


ISSN 3072-7847

# Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

VOL 2  
DICIEMBRE  
2025

“Voces que incomodan: escritura, cuerpo y  
subjetividad en la producción del saber”

 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



“Voces que incomodan: escritura, cuerpo y subjetividad en la producción del saber”

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

# 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: Lic. Gabriela E. Guerra

Vicedecano: Dr. Manuel W. Mallardi

Secretaría Académica: Esp. Gabriela Martí Velazquez

Secretaría de Consejo Académico: Mg. Marcela Patricia Moleda

Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados: A/C Dr. Manuel W. Mallardi

Secretaría de Extensión: Lic. Ivan Bassi Bengochea

Secretaría de Fortalecimiento Institucional y Políticas de Derechos Humanos: Lic. Sofía Arduso

Secretaría de Coordinación: Lic. Ana María Tiribelli

Director General Administrativo: Mariano Layral

Directora Departamento Pedagógico de Enfermería: Esp. Laura Orosco

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

Directora Departamento Pedagógico de Trabajo Social: Esp. Jimena Verón

Vol. 1, Núm. 2 — Diciembre 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](mailto: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-ND 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 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

En el camino de consolidar una publicación que dialogue desde los márgenes, las comunidades y las prácticas situadas, la revista *Debates Críticos* inaugura su segundo número con una propuesta editorial que conjuga distintas voces, trayectorias y formatos de escritura. Nos proponemos generar un espacio donde convivan miradas experimentadas con apuestas emergentes, saberes académicos con saberes encarnados en las luchas, y lenguajes diversos que resistan la homogeneización del discurso científico.

En este número titulado "*Voces que incomodan: escritura, cuerpo y subjetividad en la producción del saber*", presentamos un conjunto de artículos que abordan problemáticas sociales y sanitarias desde perspectivas críticas, interseccionales y decoloniales, con fuerte anclaje en territorios concretos de nuestro país y de América Latina. Salud colectiva, pedagogías transformadoras, condiciones laborales, género, derechos humanos, migraciones, cuidados y juventudes son algunos de los ejes que atraviesan este volumen, ofreciendo una polifonía de lecturas que invitan a pensar y actuar en clave transformadora.

También celebramos la apertura de una nueva sección de la revista: "Territorios estudiantiles: ensayar desde la experiencia", un espacio pensado para alojar las voces de estudiantes universitarios que se animan a explorar la escritura como forma de intervención crítica, como proceso formativo y como herramienta de politización de lo vivido. En esta edición, dicha sección está conformada por una serie de ensayos construidos por estudiantes de la asignatura Investigación en Enfermería II de la Universidad Nacional de Mar del Plata, quienes partieron de experiencias situadas para problematizar sus condiciones de trabajo, su formación profesional y los procesos de cuidado en clave colectiva. La sección surge del trabajo docente, del deseo de visibilizar y dignificar esas producciones, y del compromiso con una pedagogía que habilite la palabra propia como forma de producción de conocimiento y que busca instalarse como un espacio para las tres carreras.

Esta articulación entre trayectorias académicas consolidadas y escrituras en formación responde a una apuesta editorial que entiende la ciencia no como un privilegio de unos pocos, sino como una tarea común, pública, situada y democratizable. Queremos que esta revista sea eso: un punto de encuentro entre quienes tienen mucho para decir y quienes están aprendiendo a decirlo desde lugares no siempre legitimados por el campo académico tradicional.

Con enorme entusiasmo, les invitamos a recorrer este segundo número, a dejarse interpelar por sus textos, a tomar posición, a escribir respuestas, a continuar los debates. Porque si algo creemos profundamente, es que la palabra escrita puede ser también un acto de cuidado, de resistencia y de transformación.

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

# PRESENTACIÓN DEL SEGUNDO NÚMERO

El segundo número de *Debates Críticos* titulado "Voces que incomodan: escritura, cuerpo y subjetividad en la producción del saber" consolida el espíritu plural e interdisciplinario de la revista, al reunir una serie de producciones que abordan, desde diversas perspectivas, problemáticas actuales en el campo de la salud, la educación y las ciencias sociales. La publicación se estructura en tres grandes secciones: **Artículos**, **Ensayos** y una **Sección Estudiantil**, que inaugura un espacio permanente de diálogo entre la formación académica y los procesos de escritura como herramienta crítica y transformadora.

La sección de artículos presenta investigaciones y reflexiones teóricas elaboradas por autoras y autores con sólida trayectoria en sus campos. Se abordan temas como la formación en investigación en enfermería, la vigilancia epidemiológica, las prácticas de promoción de la salud y el cuidado en contextos complejos. Estas producciones ofrecen marcos analíticos sólidos, metodologías rigurosas y propuestas que dialogan con las tensiones contemporáneas entre políticas públicas, formación profesional y prácticas territoriales.

Los ensayos de este número amplían los horizontes del pensamiento crítico y ofrecen una invitación a leer en clave reflexiva. Con estilos diversos y recorridos singulares, sus autoras y autores despliegan textos que interpelan la experiencia profesional, la práctica docente, el habitar institucional y los desafíos de cuidar, enseñar e investigar en un mundo en transformación.

Este número celebra también el nacimiento de la Sección Estudiantil, un espacio abierto a las voces emergentes del sistema universitario. Se trata de ensayos escritos por estudiantes de grado, que se animan a pensar desde sus trayectorias, a escribir con preguntas propias y a situarse como sujetos críticos en los debates de sus campos. Esta sección, inédita en la revista, pone en valor las escrituras que nacen en el aula, en el taller, en la práctica profesional o en el encuentro con los territorios, y reconoce el derecho a ser leído como parte del proceso formativo.

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

# ÍNDICE

---

Staff Editorial	1
Carta Editorial	2
Presentación del Segundo Número	3
Índice	4
Artículos	7
<b><i>Heterogeneidad socioeconómica y brechas en el acceso a la salud : un análisis comparativo de los determinantes sociales en puerta Santa Cruz, El Calafate y Puerto Julián (Santa Cruz, Argentina) -</i></b>	8
Inv. Graciela Noemí Bazán; Inv. Celia Cándida Soza; Inv. Haydeé Leonor Cárdenas; Inv. Alfredo Rubén Benítez; Inv. Sonia Noemí Rindisbacher; Inv. Gabriela Fernanda Cañari; Inv. María Alejandra Marcuzzi; Est. Johissy Camila Flores Moreira; Est. Mayra Belén Rojel; Est. Jonathan Ricardo Pires; Est. José Alberto Miranda	
<b><i>Estrategias de cuidado de enfermería frente a la exposición a agrotóxicos : una caracterización en el Caps Fellix U. Camet entre 2017 y 2024 -</i></b>	19
Lic. Carmen Varela	
Ensayos	35
<b><i>Prospectiva gerontológica en el uso de las nuevas tecnológicas por parte de los jóvenes actuales -</i></b>	36
Dra. Graciela Zarebski	
Sección Estudiantil	42
Una pedagogía del ensayo : prácticas de escritura académica con sentido en la universidad pública	43
<b><i>Sonidos que abrazan : la música como estrategia de enfermería para el control de la ansiedad preoperatoria en niños -</i></b>	46
Est. Ailén Victoria Escobar Voirin	
<b><i>El cuidado en disputa : enfermería como identidad política e identidades subalternizadas -</i></b>	51
Est. Yael Bernat Aguirre; Est. Eva Monica Martin	
<b><i>Cuando la teoría no alcanza : desafíos de la practica en el sistema público -</i></b>	61
Est. Andrea Luján Bada; Est. Enriqueta Nora Barrio; Est. Anabel Valeria Caro; Est. Ana Guillermina De Castro; Est. Jimena Gisel Décima; Est. Ariana Rocío Gordillo	

<b><i>Agrotóxicos : un riesgo silencioso, un daño minucioso -</i></b>	66
Est. María Celeste Casamayor; Est. Natalia Silvia Baró; Est. Nahara Nicole Del Pino; Est. María Soledad Godoy	
<b><i>¿La salud pública es realmente universal? Reflexiones sobre el acceso desigual en la atención primaria y el rol de enfermería -</i></b>	75
Est. Caio César Costa Alencar; Est. Marina Quinteros Vélez; Est. Mariela Elizabeth Crespi; Est. Micaela Abigail, Aragón; Est. Cintia Ariana Linares	
<b><i>Cuando el poder cuida poco : saberes situados y jerarquías en la práctica enfermera -</i></b>	82
Est. Romina Soledad Giorgis	
<b><i>Cuidar o excluir : el dilema ético frente a los retrocesos en salud trans en argentina -</i></b>	87
Est. Aixa Belén Lombardo; Est. Daira Lombardo; Est. Ma. Lilien Lombardo; Est. Johana Soledad Mallo; Est. M. Belén Martínez; Est. Laura Torrilla; Est. Mariana Ñoqui	
<b><i>Obesidad infantil en Argentina : una emergencia silenciosa desde la salud integral -</i></b>	91
Est. Martina Tatiana Marcos; Est. Victoria Alemano; Est. Joana Verónica Cejas; Est. Charo Rodríguez Marquez	
<b><i>Adolescencia digital y bienestar : un desafío emergente para la práctica de enfermería -</i></b>	100
Est. María Nuria Ramirez; Est. María Gegoria Jiménez; Est. María Belén Lescano	
<b><i>TDAH en contextos latinoamericanos : un análisis crítico del diagnóstico, la escolarización y los procesos de medicalización -</i></b>	107
Est. Charo Araceli Rodríguez Márquez; Est. Victoria Alemano; Est. Joana Cejas; Est. Tatiana Marcos	
<b><i>Proyecto de teleseguimiento y acompañamiento de usuarios con enfermedades metabólicas : detección de barreras sociales, acceso y adherencia -</i></b>	114
Est. Jessica Natalia Lescano Sanchez; Est. Maria Victoria Larre; Est. Analia Aguilar; Est. Elda Elizabeth Martinez	
<b><i>Biopoder, determinación social y equidad : una mirada latinoamericana desde la salud y la educación -</i></b>	121
Est. Adriana Beatriz Lanci; Est. Susana Beatriz Garcia; Est. Rocio Soledad Decima	



# ARTÍCULOS

# **HETEROGENEIDAD SOCIOECONÓMICA Y BRECHAS EN EL ACCESO A LA SALUD : UN ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS DETERMINANTES SOCIALES EN PUERTO SANTA CRUZ, EL CALAFATE Y PUERTO JULIÁN (SANTA CRUZ, ARGENTINA)**

## **SOCIOECONOMIC HETEROGENEITY AND HEALTH ACCESS GAPS : A COMPARATIVE ANALYSIS OF SOCIAL DETERMINANTS IN PUERTO SANTA CRUZ, EL CALAFATE, AND PUERTO SAN JULIÁN (SANTA CRUZ, ARGENTINA)**

**Inv. Graciela Noemí Bazán**

gbazan0212@gmail.com // <https://orcid.org/0000-0009-6413-0166>

**Inv. Celia Cándida Soza**

<https://orcid.org/0009-0004-6090-8034>

**Inv. Haydeé Leonor Cárdenas**

<https://orcid.org/0009-0004-5053-0939>

**Inv. Alfredo Rubén Benítez**

<https://orcid.org/000-0003-0367-8776>

**Inv. Sonia Noemí Rindisbacher**

<https://orcid.org/0009-0009-7920-9862>

**Inv. Gabriela Fernanda Cañari**

<https://orcid.org/0009-0001-5848-8905>

**Inv. María Alejandra Marcuzzi**

<https://orcid.org/0009-0009-9755-1629>

**Est. Johissy Camila Flores Moreira**

<https://orcid.org/0009-0005-9110-9865>

**Est. Mayra Belén Rojel**

<https://orcid.org/0009-0003-6678-8929>

**Est. Jonathan Ricardo Pires**

<https://orcid.org/0009-0003-6678-8929>

**Est. José Alberto Miranda**

<https://orcid.org/0009-0004-5415-0538>

**Filiación Institucional:**

Universidad Nacional de la Patagonia

Austral Unidad Académica San Julián

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

Este artículo analiza la profunda heterogeneidad socioeconómica de Santa Cruz, Argentina, cuya matriz extractiva y turística (fundamentada en la extracción intensiva de hidrocarburos/minerales y el turismo masivo) genera polarización social y opera como determinante estructural de las inequidades en salud. El objetivo es comparar cómo los determinantes sociales (estructura económica, empleo, distribución etaria y habitabilidad) influyen en las desigualdades de acceso a la salud en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián. La metodología triangula datos del INDEC con resultados primarios del Censo Sociosanitario local, enfocándose en vulnerabilidad laboral, edad poblacional, saneamiento y barreras percibidas. Los resultados muestran perfiles de riesgo disímiles: El Calafate (polo turístico) registra la media de edad más baja (39.71 años) y la mayor informalidad laboral (35.0%), evidenciando que la estacionalidad laboral impacta a la población joven migrante, trasladando el riesgo social y sanitario al sistema público; Puerto Santa Cruz exhibe la mayor proporción de población bajo PAMI (20.0%), indicando un desafío en la gestión de cuidados crónicos y gerontológicos; y Puerto San Julián (polo extractivo) muestra el mayor índice de ocupación residencial (4.2 convivientes/hogar) y un déficit en saneamiento (20.0% sin cloacas). La situación subraya una doble carga de riesgo para la salud: el agudo infeccioso (exacerbado por la densidad poblacional y ocupación) y la cronicidad estructural (evidenciada por la elevada media de edad de la población, 47.41 años, garantizando mayor prevalencia de comorbilidades y morbimortalidad). Esta falla sistémica, junto a una infraestructura de salud centralizada y subdimensionada, obliga a la población a prácticas de autoatención. La conclusión es que las brechas sanitarias se deben a la fragilidad socioeconómica del modelo de enclave. Se recomienda la urgencia de la regionalización sanitaria con foco en la Atención Primaria de la Salud, liderada por la Enfermería Comunitaria, para intervenir sobre la desigualdad como determinante estructural.

**Palabras clave:** Heterogeneidad socioeconómica, Determinantes sociales, Patagonia, Salud colectiva.

## Abstract

This article analyzes the profound socioeconomic heterogeneity of Santa Cruz, Argentina, whose extractive and tourist matrix (based on the intensive extraction of hydrocarbons/minerals and mass tourism) generates social polarization and operates as a structural determinant of health inequities. The objective is to compare how social determinants (economic structure, employment, age distribution, and habitability) influence inequalities in access to health in Puerto Santa Cruz, El Calafate, and Puerto San Julián. The methodology triangulates data from INDEC with primary results from the Socio-sanitary local census focusing on labor vulnerability, population age, sanitation, and perceived barriers. The results show dissimilar risk profiles: El Calafate (tourist hub) records the lowest mean age (39.71 years) and the highest labor informality (35.0%), evidencing that labor seasonality impacts the young migrant population, transferring the social and health risk to the public system; Puerto Santa Cruz exhibits the largest proportion of the population under PAMI (20.0%), indicating a challenge in managing chronic and gerontological care; and Puerto San Julián (extractive hub) shows the highest residential occupation index (4.2 cohabitants/household) and a sanitation deficit (20.0% without sewer systems). This situation underscores a double burden of risk for public health: the acute infectious risk (exacerbated by population density and occupation) and the structural chronicity risk (evidenced by the population's high mean age of 47.41 years, guaranteeing a higher prevalence of comorbidities and morbidity/mortality). This systemic failure, alongside a centralized and undersized health infrastructure, compels the population to resort to self-attention practices. The conclusion is that health gaps are due to the socioeconomic fragility of the enclave model. The urgency of sanitary regionalization focused on Primary Health Care, led by Community Nursing, is recommended to intervene on inequality as a structural determinant.

**Keywords:** Socioeconomic heterogeneity, Social determinants, Patagonia, Collective health.

## I- Introducción

La salud y la enfermedad se comprenden cada vez más como procesos intrínsecamente sociales, cuyos desenlaces están condicionados por factores no clínicos, conocidos como Determinantes Sociales de la Salud (DSS). Estos factores, que se originan en la distribución de la riqueza, el poder y los recursos, son los generadores de las brechas injustas y evitables que se observan en el estado de salud de las poblaciones a nivel global (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008; Organización Mundial de la Salud OMS, 2021). La aproximación a los DSS exige trascender la perspectiva puramente biológica y situar el análisis en la estructura económica y política que configura los territorios. La inequidad es, en esencia, la expresión sanitaria de la injusticia social.

El presente estudio se enmarca en la investigación de la Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA) titulada "Determinantes de salud y prácticas de autoatención/autocuidado en la región

patagónica: Un estudio mixto en Puerto San Julián, Puerto Santa Cruz y El Calafate" (UNPA, s.f.). Este proyecto se sitúa en un contexto regional paradigmático: la provincia de Santa Cruz, que, a pesar de sus indicadores macroeconómicos favorables, presenta una matriz productiva reposada en gran medida en los sectores extractivos (petróleo, minería, pesca) y en el turismo. La alta renta generada por estos sectores, a menudo asociados a modelos de enclave, no se traduce en una distribución equitativa de los beneficios, sino que exacerba la polarización social y económica (Crozier, 2018). Es esta estructura económica dependiente la que genera una notable y preocupante heterogeneidad socioeconómica a nivel local, un fenómeno que hipotetizamos como determinante crucial en las disparidades en la equidad del acceso a la salud, manifestadas de forma aguda en la escasez estructural de centros de alta complejidad y de profesionales especializados.

La marcada variación en la estructura productiva y su consecuente impacto en la protección social a lo largo de los municipios de

Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián, justifica la necesidad de este análisis comparativo. El objetivo principal de este artículo es contrastar la influencia de los determinantes sociales específicos, como el empleo, la informalidad, la distribución etaria y la habitabilidad, en las desigualdades de acceso y cobertura de salud entre estas tres localidades.

Para lograr este objetivo, la investigación combina el análisis de fuentes secundarias (Censo Nacional 2022) con la sistematización de datos primarios provenientes del Censo Sociosanitario 2024 (Unidad Académica San Julián), el cual aporta una mirada localizada y detallada sobre las condiciones de vida, los determinantes estructurales y el acceso a la salud. Esta triangulación metodológica permite pasar de la descripción macroeconómica a la evidencia de la vulnerabilidad cotidiana. La contribución esperada es la generación de evidencia robusta y localizada para el diseño de políticas públicas sanitarias que aborden la inequidad desde una perspectiva estructural, promoviendo la Salud Colectiva y visibilizando las Epistemologías del Sur como herramientas de emancipación social.

El estudio toma especial relevancia al confrontar el imaginario de "riqueza patagónica" con la realidad de las carencias en el interior provincial, particularmente en el acceso a la infraestructura básica (cloacas, gas) y la continuidad de la protección social. Estos hallazgos son vitales para reorientar el modelo de atención, enfocándose en la Atención Primaria de la Salud (APS) y la Enfermería Comunitaria como agentes de cambio capaces de traducir la determinación social en prácticas de autocuidado sustentables. La Enfermería, con su enfoque holístico y comunitario, es la disciplina idónea para abordar las barreras percibidas que el Censo 2024 logró identificar, reconociendo el saber popular (autoatención/ autocuidado) como punto de partida para el cuidado profesional (Soza y Cárcamo, 2025).

El artículo se organiza en seis secciones: la presente introducción; el Marco Teórico, donde se define la salud desde la perspectiva crítica y se incluyen los aportes de la Salud Colectiva, las Epistemologías del Sur y el autoatención/autocuidado; la Metodología, que detalla el enfoque comparativo, el procesamiento de fuentes secundarias y la sistematización del Censo Sociosanitario 2024; los Resultados, que presentan los hallazgos

desagregados por localidad; la Discusión, donde se analizan los resultados en el contexto de la literatura de DSS y la Enfermería Comunitaria; y finalmente, las Conclusiones y Recomendaciones para la política sanitaria regional.

## 2- Marco teórico

El marco conceptual que guía esta investigación se fundamenta en la crítica a la visión biomédica reduccionista y en el paradigma de la determinación social de la salud (DSS). La salud-enfermedad es entendida como un proceso social históricamente determinado, donde las condiciones de vida y salud de las poblaciones son el resultado de la articulación de los procesos generales de la sociedad con los procesos particulares que operan a nivel local y micro-social (Laurell, 2015; Breilh, 2013). Esta aproximación reconoce que el sufrimiento, la enfermedad y la muerte no son hechos aleatorios, sino que se distribuyen de forma desigual siguiendo el gradiente de la estructura de clases y las relaciones de poder.

La desigualdad social se establece, por lo tanto, como la etiología central de las inequidades sanitarias (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008). En América Latina, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2019) subraya la necesidad de examinar los DSS reconociendo que la profunda injusticia social y la alta dependencia de modelos extractivos o primarios, como sucede en la Patagonia, generan una magnitud de desigualdades que los sistemas de salud, por sí solos, no pueden compensar. La determinación social va más allá de la mera correlación estadística entre un "factor" social y un resultado de salud; busca identificar las leyes causales estructurales (el modelo de acumulación, la matriz productiva) que definen las condiciones de vida, exponiendo diferencialmente a los grupos poblacionales al riesgo.

Para una comprensión más profunda de la génesis de las inequidades, esta investigación se inscribe en la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, la cual trasciende la mera descripción de los determinantes, proponiendo un análisis de la determinación social del proceso salud-enfermedad. Desde esta óptica crítica, las condiciones de salud son vistas como el resultado de los modos de producción y vida que estructuran la sociedad (Breilh, 2013).

La Salud Colectiva nos obliga a mirar más allá del individuo y el riesgo biológico, enfocándonos en los procesos colectivos (la precarización laboral, la exposición ambiental, la inadecuada planificación urbana) que generan perfiles de morbimortalidad específicos para cada grupo social y geográfico.

Por ejemplo, la vulnerabilidad sanitaria en Puerto San Julián, con su base extractiva, no puede reducirse a la falta de un hospital de alta complejidad. Es la condición de salud colectiva moldeada por la precarización laboral en servicios tercerizados, la exposición a riesgos ambientales inherentes a un modelo extractivo de alto impacto (petróleo y minería), y la tensión social generada por la presión demográfica sin inversión paralela en infraestructura social. Esta perspectiva exige una acción política y una transformación de las estructuras, más que una simple mejora técnica del sistema de salud (Laurell, 2015).

Complementariamente, las Epistemologías del Sur (de Sousa Santos, 2009) ofrecen una herramienta crucial para descentrar la mirada hegemónica y visibilizar las "ausencias" y los "conocimientos silenciados" generados por el modelo productivo y epistémico dominante. En el contexto patagónico, dominado por el conocimiento técnico-extractivo y la centralidad administrativa de Río Gallegos, las realidades periféricas (las "epistemologías del sur") son a menudo invisibilizadas. Aplicado a la salud, esto implica reconocer que las estrategias de autoatención/autocuidado de las comunidades y la medicina popular (objeto del proyecto matriz UNPA) constituyen conocimientos válidos y respuestas cotidianas a las fallas estructurales del sistema formal. La dificultad de acceso a un especialista en El Calafate no es solo una deficiencia logística, sino un ejemplo de la exclusión epistémica donde las soluciones y realidades periféricas no tienen voz ni capacidad de moldear las políticas públicas. La incorporación del Censo Sociosanitario 2024 representa, en sí misma, un ejercicio de Epistemología del Sur, al generar conocimiento situado desde la periferia académica (UNPA Puerto San Julián) y comunitaria, volviendo visible la realidad concreta de la población censada (Pérez y Smith, 2023).

La profundización en los Determinantes Estructurales de la Región Patagónica y en particular en Santa Cruz requiere la adopción crítica del concepto de Modelo de Enclave. Este

modelo, caracterizado por una alta dependencia de la exportación de recursos naturales (petróleo, gas, oro, plata, pesca) con escasa articulación productiva local, genera una "doble polaridad" socioeconómica (Crozier, 2018). Esta estructura se traduce en DSS específicos que son objeto de nuestro estudio:

1- Vulnerabilidad Laboral y Protección Social: El contraste es agudo entre los altos salarios y la seguridad social de los trabajadores calificados en hidrocarburos y minería, y la alta informalidad del turismo y servicios tercerizados. Este patrón laboral discontinuo determina la cobertura por obra social y la capacidad de las familias de hacer frente a costos no médicos de la atención sanitaria (transporte, alojamiento).

2- Impacto Demográfico y Presión Infraestructural: La atracción de mano de obra hacia los polos extractivos genera un influjo migratorio desregulado. Las ciudades extractivas (como Puerto San Julián) experimentan un crecimiento demográfico rápido y desigual, que genera una presión aguda sobre toda la infraestructura pública: educativa, habitacional y sanitaria. El sistema de salud, diseñado para una población base mucho menor, colapsa ante la demanda agregada, afectando la calidad de la atención de toda la población (Gómez y Navarro, 2022).

3- La Vivienda y los Servicios Básicos como Determinantes Clave: En contextos de alto costo de vida y migración, el acceso a una vivienda digna con servicios básicos (agua potable, cloacas, calefacción) se convierte en un determinante social de primer orden. La precariedad habitacional está directamente ligada a la exposición a enfermedades infecciosas, respiratorias y al estrés crónico, lo que agrava las condiciones de salud preexistentes (OPS, 2019). El Censo Sociosanitario 2024 busca cuantificar esta precariedad a nivel micro-local.

4- Inequidad Territorial y Centralización de la Complejidad: La vasta extensión geográfica de Santa Cruz hace que la centralización de los servicios de alta complejidad en Río Gallegos se convierta en una barrera financiera y temporal



insalvable, sobre todo para aquellos con cobertura pública exclusiva. Este aislamiento geográfico no es solo una dificultad logística, sino una manifestación de la desinversión histórica en la periferia productiva.

Para comprender la dinámica de la salud en territorios con fallas sistémicas, es fundamental incorporar la dicotomía Autoatención y Autocuidado. Soza y Cárcamo (2025) distinguen estos conceptos como cruciales para el abordaje de la Enfermería Comunitaria en territorios de alta vulnerabilidad.

- **Autoatención (Respuesta Primaria y Estratégica):** Se refiere a las acciones, conocimientos y recursos que los sujetos y las familias utilizan de manera informal o popular para diagnosticar, prevenir y tratar sus problemas de salud, antes de recurrir al sistema formal, o ante su ausencia. Es una respuesta pragmática, culturalmente anclada y de supervivencia, que incluye desde el uso de remedios caseros, la consulta a la red social inmediata, hasta la automedicación (Soza y Cárcamo, 2025). El alto porcentaje de barreras percibidas en el Censo 2024 sugiere que la población está siendo forzada a la autoatención por la distancia y el costo.
- **Autocuidado (Práctica Reflexiva e Informada):** Implica una acción consciente, informada y deliberada de la persona o la familia sobre su propia salud, promovida y guiada por un proceso educativo y emancipador. El autocuidado busca integrar el saber popular de la autoatención con la evidencia científica, promoviendo la autonomía y la capacidad resolutive del sujeto.

El rol de la Enfermería Comunitaria en este contexto se vuelve central. La enfermería, por su naturaleza de proximidad y enfoque en la prevención y promoción de la salud a nivel familiar y comunitario, es la disciplina mejor posicionada para identificar las prácticas de autoatención generadas por la exclusión sanitaria y transformarlas en estrategias de autocuidado informado (Carvacho y Pérez,

2023). Esta labor es, en sí misma, una aplicación práctica de la Atención Primaria de la Salud (APS) renovada, que busca descentralizar el poder médico y empoderar a la comunidad, validando sus saberes (Almeida et al., 2020). La presencia de la UNPA en los territorios y el levantamiento del Censo 2024 son un ejemplo de esta articulación entre academia, comunidad y la visión de la Enfermería Comunitaria.

La presente investigación se propone analizar cómo esta heterogeneidad socioeconómica, modelada por el tipo de producción local, se traduce en patrones de acceso a la salud desiguales en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián, utilizando los DSS como lente analítico, con un énfasis en la respuesta de autoatención/autocuidado que emana de las fallas sistémicas.

### 3- Metodología

Se empleó un diseño comparativo, descriptivo y exploratorio de corte transversal, con un enfoque mixto basado en la triangulación de fuentes de datos. La selección de Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián obedece a que representan los tres perfiles productivos dominantes y con dinámicas poblacionales diferenciadas en el interior de Santa Cruz (administrativo/portuario, turístico y extractivo/pesquero, respectivamente).

**Fuentes de Información y Procesamiento de Datos** La solidez del estudio reside en la triangulación de dos tipos de fuentes:

**Fuentes Secundarias Oficiales:** Se basó en datos agregados del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022 (INDEC), informes del Gobierno Provincial, y los Indicadores Básicos de Salud 2023. Las variables clave incluyeron: Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), estructura etaria, informalidad laboral y cobertura de salud (Obra Social/Prepaga, PAMI, solo sistema público).

**Fuente Primaria (Censo Sociosanitario 2024 UNPA):** Se sistematizaron los datos primarios de un Censo Sociosanitario realizado por la Unidad Académica San Julián de la UNPA. El censo, con 623 encuestas válidas, utilizó un muestreo no probabilístico (por conveniencia y bola de nieve), priorizando la visibilización de las realidades de la población más vulnerable.

Las variables priorizadas fueron la habitabilidad (convivientes por hogar, acceso a red cloacal y gas) y las barreras percibidas en el



acceso a los servicios de salud (distancia, costo, tiempo de espera).

#### Operacionalización de Variables para el Análisis

El análisis comparativo se realizó mediante la construcción de indicadores de disparidad relativa:

- Índice de Vulnerabilidad Socioeconómica (IVS): Compuesto por la tasa de NBI (INDEC) y la tasa de informalidad laboral (fuente secundaria). En la fuente primaria, incluyó la densidad habitacional crítica (más de 3 personas por dormitorio).
- Razón de Inequidad Sanitaria Territorial (RIST): Relación entre el porcentaje de población con cobertura exclusivamente pública y el número de camas de internación general por 10,000 habitantes, ajustado por la distancia en kilómetros al centro de alta complejidad (Río Gallegos).

El procesamiento se basó en la correlación descriptiva de estas variables compuestas en el tiempo (INDEC 2022 vs. Censo 2024) y entre las tres localidades, para establecer patrones de riesgo diferencial.

## 4- Resultados

Los hallazgos se presentan en dos bloques: primero, la caracterización de los perfiles socioeconómicos (datos de Censo 2022 y Censo 2024); y segundo, la descripción de las brechas de acceso y fragilidad sanitaria a la luz de los nuevos datos de cobertura y habitabilidad.

**Tabla 1: Distribución de la Muestra del Censo Sociosanitario 2024**

Localidad	Encuestas Válidas (n)	Porcentaje (%)
El Calafate	74	11,88
Puerto San Julián	425	68,22
Puerto Santa Cruz	124	19,90
Total Muestra	623	100,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La muestra, si bien no es equiparable a la población total por su carácter no probabilístico, ofrece una penetración significativa en Puerto San Julián, lo que permite un análisis detallado de la determinación social en el principal polo extractivo-pesquero.

**Tabla 2: Distribución Etaria de la Población Censada (Censo 2024)**

Localidad	Nº	Media (años)	Mediana (años)	Mínimo (años)	Máximo (años)
El Calafate	73	39,71	38,00	14,00	78,00
Puerto San Julián	417	47,41	45,00	17,00	93,00
Puerto Santa Cruz	124	45,91	43,00	17,00	89,00

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La Tabla 2 demuestra una heterogeneidad demográfica significativa. El Calafate presenta la media y mediana de edad más bajas (39,71 y 38,00 años, respectivamente). Esto es consistente con una ciudad que atrae una fuerza laboral joven, migratoria y estacional, característica del sector turístico. En contraste, Puerto San Julián y Puerto Santa Cruz tienen una población de mayor edad media, lo que

sugiere una población más establecida y estable, con una proporción más alta de adultos mayores (como se verá reflejado en la cobertura de PAMI).

**Tabla 3: Condición Laboral de la Población Censada (Censo 2024)**

Condición Laboral	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Ocupado/a con Empleo Formal	51,5	58,0	65,5
Ocupado/a con Empleo Informal	35,0	25,5	18,0
Desocupado/a	5,5	4,0	3,0
Inactivo/a (Jubilado, Estudiante, Tareas de Cuidado)	8,0	12,5	13,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián). Valores basados en población económicamente activa y mayores de 18 años.

Los datos de la Tabla 3 confirman las disparidades en la matriz laboral. El Calafate presenta la tasa de informalidad laboral más alta (35,0%), lo que se vincula directamente a su dependencia de la estacionalidad turística. En contraste, Puerto Santa Cruz exhibe la mayor estabilidad laboral formal, consecuencia de su alta dependencia del empleo público y actividad portuaria estable (65,5% formal).

**Tabla 4: Indicadores de Habitabilidad y Vulnerabilidad (Censo 2024)**

Indicador	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Vivienda Propia	58,0	63,0	75,0
Vivienda Alquilada/Cedida	42,0	37,0	25,0
NBI (Censo Local - Déficit Habitacional y Saneamiento)	18,5	14,0	10,0
Promedio de Conv. por Hogar	3,8	4,2	3,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

La vulnerabilidad habitacional es significativamente mayor en El Calafate, donde el 42,0% de los hogares son alquilados o cedidos, y se registra el mayor índice de NBI (18,5%) medido localmente. Puerto San Julián presenta la mayor densidad poblacional con un promedio de 4,2 convivientes por hogar.

**Tabla 5: Acceso a Servicios Básicos (Censo 2024)**

Servicio Básico	El Calafate (% hogares)	Puerto San Julián (% hogares)	Puerto Santa Cruz (% hogares)
Acceso a Agua Potable (Dentro de la Vivienda)	98,0	96,5	100,0
Acceso a Red Cloacal	85,0	80,0	95,0
Acceso a Calefacción por Red de Gas (Primaria)	65,0	78,0	92,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

Puerto San Julián (80,0%) y El Calafate (85,0%) muestran un déficit en el acceso a la red cloacal en comparación con Puerto Santa Cruz. El déficit más preocupante se da en el acceso a la calefacción por red de gas, siendo El Calafate (65,0%) el que presenta la mayor dependencia de métodos alternativos.

**Tabla 6: Cobertura de Salud y Acceso al Sistema (Censo 2024)**

Cobertura de Salud	El Calafate (%)	Puerto San Julián (%)	Puerto Santa Cruz (%)
Obra Social Sindical/Prepaga	60,0	65,5	55,0
PAMI (Jubilados)	12,0	10,5	20,0
Cobertura Exclusivamente Pública	28,0	24,0	25,0
Barrera de Acceso Percibida (Principalmente Distancia/Costo)	45,0	38,0	25,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos sistematizados del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián).

Puerto San Julián reporta la mayor cobertura por Obra Social/Prepaga (65,5%). Por el contrario, Puerto Santa Cruz tiene la mayor proporción de población cubierta por PAMI (20,0%), lo que se correlaciona con su población de mayor edad.

El dato más relevante es la Barrera de Acceso Percibida. En El Calafate, el 45,0% de los encuestados percibe barreras significativas para acceder a la atención.

## 5- Discusión

La investigación, basada en la triangulación entre datos estructurales (INDEC, 2022) y los del Censo Sociosanitario 2024, confirma que la heterogeneidad socioeconómica local —resultado del modelo de enclave— es el principal determinante estructural de la inequidad sanitaria en Santa Cruz. El Calafate ejemplifica la paradoja de la riqueza: altos ingresos turísticos conviven con precariedad laboral (35,0% de informalidad), habitacional (42,0% de viviendas alquiladas o cedidas) y sanitaria (28,0% con cobertura solo pública). Esta juventud migrante y temporal enfrenta riesgos ocupacionales y

reproductivos que trasladan el costo sanitario al sistema público, expresando una forma de violencia estructural (Fernández, 2021; OIT, 2021).

La precariedad se amplifica por el déficit de infraestructura (18,5% de NBI; 65,0% sin gas por red), evidenciando que el crecimiento turístico no se acompaña de inversión estatal proporcional (Gómez y Navarro, 2022). En contraste, Puerto Santa Cruz y Puerto San Julián presentan envejecimiento poblacional (medias de edad 45,91 y 47,41 años) y mayor estabilidad laboral, pero enfrentan desafíos de cuidado crónico, alta ocupación de hogares (4,2 convivientes por vivienda) y déficit sanitario (20,0% sin cloacas). Esta combinación agrava la vulnerabilidad a brotes infecciosos y refleja una profunda injusticia distributiva (CEPAL, 2020; Crozier, 2018).

La centralización de la complejidad en Río Gallegos convierte la distancia y el costo en barreras insuperables para el 45,0% de los Calafatenses y el 38,0% de los Sanjulianenses. Incluso con la presencia del Hospital SAMIC, persisten dificultades de derivación, falta de especialistas y costos indirectos, generando salud postergada y exclusión epistémica (de Sousa Santos, 2009).

Ante esta inaccesibilidad, la autoatención emerge como respuesta forzada más que cultural (Soza y Cárcamo, 2025). En este contexto, la Enfermería Comunitaria asume un rol estratégico: transformar la autoatención en autocuidado informado, integrar saber popular y evidencia científica (Carvacho y Pérez, 2023), y liderar la gestión del cuidado desde una perspectiva de Salud Colectiva (Almeida et al., 2020). Solo mediante su fortalecimiento podrá avanzarse hacia un modelo sanitario descentralizado, preventivo y equitativo, capaz de intervenir sobre los determinantes estructurales que perpetúan la desigualdad.

## 6- Conclusiones

La conclusión principal de esta investigación es categórica: las profundas desigualdades en salud en Puerto Santa Cruz, El Calafate y Puerto San Julián son el resultado directo de la interacción entre una infraestructura de salud insuficiente, subdimensionada y centralizada, y la vulnerabilidad socioeconómica intrínsecamente ligada a la dinámica del modelo productivo de

enclave en la Patagonia austral. La aparente prosperidad de la provincia no se traduce en equidad sanitaria.

La evidencia del Censo Sociosanitario 2024 (UNPA - UA San Julián) no solo cuantifica la carencia, sino que valida la perspectiva de la determinación social del proceso salud-enfermedad al cruzar los perfiles de edad con las condiciones socioeconómicas en cada localidad estudiada:

**El Calafate: Turismo, Juventud y Precariedad:** La baja mediana de edad (38,00 años) y la alta informalidad laboral (35,0%) confirman que la estacionalidad atrae a una fuerza laboral joven y precaria, generando la mayor percepción de barreras de acceso (45,0%). Esto confirma que la estacionalidad laboral es un determinante estructural que transfiere el riesgo social al sistema público, mientras que el perfil de edad impone una demanda específica de salud ocupacional y reproductiva que el sistema, sobrecargado, no logra absorber, tal como lo describe la OIT (2021).

**Puerto San Julián: Extractivismo, Hacinamiento y Doble Carga:** El alto promedio de edad (47,41 años) sumado al mayor hacinamiento (4,2 convivientes/hogar) y déficit en saneamiento, establece un patrón de doble carga epidemiológica único: riesgo de cronicidad (por edad, CEPAL, 2020) y riesgo de infecciosas (por hacinamiento e infraestructura). La inversión en saneamiento en un polo de alta renta es una urgencia de salud pública que no puede postergarse.

**Puerto Santa Cruz: Estabilidad, Envejecimiento y Cronicidad:** Su alta proporción de cobertura PAMI (20,0%) y estabilidad laboral señalan que el principal desafío se centra en el manejo efectivo de las enfermedades crónicas y la atención gerontológica dentro de un marco de Atención Primaria reforzada y descentralizada, desafío consistente con el análisis del envejecimiento en América Latina (CEPAL, 2020).

**La Inequidad como Consecuencia de la Centralización:** La alta RIST (Riesgo por Inequidad Socioeconómica de Traslado) que refiere a la probabilidad de que un individuo o grupo social no pueda acceder a la atención médica especializada o de alta complejidad debido a que los costos asociados al traslado, alojamiento y tiempo perdido superan su capacidad económica, forzándolos a postergar la

atención o a sufrir consecuencias graves, confirma que la centralización de servicios de complejidad en Río Gallegos, incluso en El Calafate, no es un inconveniente logístico menor, sino una barrera socioeconómica insalvable para los grupos sin cobertura privada, perpetuando la exclusión y la salud postergada.

Esta realidad de fallas sistémicas valida la conceptualización de Soza Celia y Cárcamo (2025) sobre la autoatención como una práctica de supervivencia forzada por la ausencia del Estado. Las comunidades en El Calafate y Puerto San Julián no eligen la autoatención, sino que son empujadas a ella por la distancia, el costo y la inestabilidad laboral.

La principal implicancia de este estudio para el sector salud es la necesidad urgente de reorientar el modelo de atención hacia una Atención Primaria de la Salud (APS) descentralizada, liderada por la Enfermería Comunitaria, ya que es la disciplina mejor posicionada para revertir la Exclusión Epistémica: Incorporar las prácticas de autoatención como punto de partida, ejerciendo un "diálogo de saberes" que respete la cultura local (Epistemología del Sur) y la transforme en autocuidado informado (Carvacho y Pérez, 2023).

Integrar la Gestión del Cuidado en el Territorio, adaptada a las características etarias de cada localidad, permitirá reducir la barrera de la distancia mediante la expansión de los

CAPS. En El Calafate, esto implica desarrollar programas de salud ocupacional y reproductiva para una población joven e informal, mientras que en Puerto Santa Cruz y Puerto San Julián se requiere fortalecer los cuidados crónicos y la visita gerontológica para una población envejecida. Con ello, se busca incidir en los determinantes sociales de la salud utilizando evidencias como el Censo 2024 para la abogacía política, demostrando que inversiones en infraestructura básica —gas y cloacas— son intervenciones sanitarias tan prioritarias como la construcción hospitalaria o la formación de especialistas.

La lucha por la equidad sanitaria en la Patagonia exige transformar el modelo productivo mediante políticas intersectoriales que aborden la desigualdad social como causa estructural. Desde la perspectiva de la Salud Colectiva y la Enfermería Comunitaria, se recomienda: crear polos sanitarios de complejidad intermedia en El Calafate y Puerto San Julián con especialidades básicas y Telesalud; fortalecer la APS con liderazgo enfermero; diseñar instrumentos de protección social adaptados a la estacionalidad laboral; invertir en saneamiento y energía como acciones de salud pública prioritarias; y establecer un sistema integrado de vigilancia ocupacional y ambiental que use los datos del Censo 2024 para focalizar intervenciones en zonas de mayor riesgo.

## 7- Referencias bibliográficas

- Almeida, F. G., Rocha, C. M., & Silva, J. A. (2020). El rol ampliado de la enfermería en la Atención Primaria de Salud y su impacto en la equidad. *Revista Brasileña de Enfermería Comunitaria*, 44(2), 150-165.
- Breilh, J. (2013). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Carvacho, J., & Pérez, L. (2023). El rol de la enfermería comunitaria en la visibilización de los determinantes sociales en contextos periféricos. *Revista Chilena de Enfermería*, 20(1), 45-60.
- Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*. Organización Mundial de la Salud.
- Crozier, A. (2018). *Modelo económico y desigualdad territorial en la Patagonia Austral*. *Revista de Estudios Regionales*, 35(2), 112-135.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2020). *El envejecimiento en América Latina y el Caribe: desafíos, oportunidades y acciones de protección social*. CEPAL.
- de Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del Sur: la reinención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores.
- Fernández, L. R. (2021). *El rol de la informalidad laboral en la determinación social de la salud en Argentina*. *Cuadernos de Salud Pública*, 45(1), 89-105.
- Gómez, P., & Navarro, R. (2022). *Migración interna y sobrecarga de servicios: el impacto del extractivismo en las ciudades patagónicas*. *Territorio y Sociedad*, 15(3), 56-78.

- Gobierno de la Provincia de Santa Cruz. Dirección Provincial de Estadísticas y Censos. (2022). *Informe de indicadores socioeconómicos y de salud*.
- González, M. E. (2020). *Salud pública y accesibilidad en contextos de baja densidad poblacional*. Revista de Políticas Públicas Sanitarias, 12(1), 45-60.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022*.
- Laurell, A. C. (2015). *La salud-enfermedad como proceso social*. Siglo XXI Editores.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS). (2023). *Indicadores básicos de salud – República Argentina 2023*.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Informe mundial sobre la equidad en salud*.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT). (2021). *El trabajo informal y la seguridad social: desafíos en América Latina*. OIT.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Determinantes sociales de la salud en América Latina*. OPS.
- Pérez, A., & Smith, C. (2023). *Conocimiento situado y autoatención: Prácticas de salud comunitaria en el sur de la Patagonia*. Revista de Antropología Médica, 7(2), 22-38.
- Smith, J. D. (2017). *Informalidad laboral y seguridad social en el sector turístico*. Cuadernos de Economía Laboral, 40(3), 200-220.
- Soza Celia, E., & Cárcamo, S. (2025). *Autoatención y Autocuidado: Herramientas conceptuales para la enfermería en territorios en disputa*. Revista de Salud Comunitaria Austral, 9(1), 12-25.
- Universidad Nacional de la Patagonia Austral (UNPA). (s.f.). *Determinantes de salud y prácticas de autoatención/ autocuidado en la región patagónica: Un estudio mixto en Puerto San Julián, Puerto Santa Cruz y El Calafate* [Manuscrito no publicado]. Proyecto de Investigación UNPA.



# ESTRATEGIAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA FRENTE A LA EXPOSICIÓN A AGROTÓXICOS : UNA CARACTERIZANCIÓN EN EL CAPS FELIX U. CAMET ENTRE 2017 Y 2024

## NURSING CARE STRATEGIES IN RESPONSE TO AGROTOXIN EXPOSURE: A CHARACTERIZATION AT CAPS FÉLIX U. CAMET BETWEEN 2017 AND 2024

**Lic. Carmen Varela**

Grupo de investigación Promoción de la Salud. Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social (UNMDP). Lic. en Enfermería (UNMDP). Lic. en Geografía (UBA). Ayudante graduada en FCSyTs. Docente en Tecnicatura Superior en Enfermería de la Escuela de gobierno Floreal Ferrara. Trabajadora del H.I.G.A Dr. O. Alende

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### Resumen

Este trabajo recupera la experiencia de resistencia frente a la exposición a agrotóxicos en el barrio Félix U. Camet entre 2017 y 2024, con el propósito de analizar las características que adquieren las estrategias de cuidado desarrolladas por el equipo de enfermería del Centro de Atención Primaria de la Salud (CAPS). El desafío consiste en observar los movimientos que se generan a partir de las prácticas de cuidado y su capacidad de producir transformaciones en el territorio. La investigación tiene como núcleo conceptual la Planificación Estratégica, con sus dimensiones y categorías de análisis. Se incorpora la problematización que emerge entre lo planificado y la realidad territorial en la producción de cuidados, bajo el concepto tensión planificación/territorio.

Originada como tesis de grado de la Lic. En Enfermería, esta investigación es de tipo descriptiva, basada en metodologías cualitativas, que utiliza entrevistas semiestructuradas a enfermeras como fuentes primarias. Los resultados dan cuenta del carácter estratégico del cuidado interdisciplinario e intersectorial construido en esta experiencia, en tanto generó movimientos en las relaciones de poder frente a un problema complejo. La propuesta teórica de los autores sobre lo estratégico en salud y las posibles salidas a problemáticas de gran escala, como la producción de alimentos con agrotóxicos, encuentra en esta experiencia una expresión concreta: la resistencia sostenida por las profesionales de la salud y la comunidad de Félix U. Camet desde 2017.

**Palabras clave:** Planificación estratégica, Tensión planificación-territorio, Producción de cuidados, Salud ambiental.

## Abstract

This research explores the experience of resistance to pesticide exposure in the Félix U. Camet neighborhood between 2017 and 2024, aiming to analyze the characteristics of care strategies implemented by the nursing team at the Primary Health Care Center (CAPS). The central challenge is to examine the dynamics generated by care practices and their potential to drive territorial transformations. The study is conceptually grounded in Strategic Planning, incorporating its dimensions and analytical categories. It addresses the tensions that emerge between planned interventions and territorial realities in the provision of care, framed under the concept of “planning–territory tension.”

Originally developed as a Nursing degree thesis, this investigation adopts a descriptive design based on qualitative methodologies, employing semi-structured interviews with nurses as primary data sources. The findings underscore the strategic nature of interdisciplinary and intersectoral care constructed throughout this experience, as it fostered shifts in power relations in response to a complex problem. The authors’ theoretical framework on strategic approaches in health and potential solutions to large-scale challenges—such as food production involving pesticides—finds concrete expression in this case: the sustained resistance led by health professionals and the Félix U. Camet community since 2017.

**Keywords:** Strategic planning, Planning-territory tension, Care provision, Environmental health.

## I- Introducción

La actividad agrícola en la ciudad de Mar del Plata, ya sea en su formato intensivo o extensivo, tiene gran impacto económico y social en la población del Partido de General Pueyrredón, con un importante alcance en la generación de empleo directo e indirecto. Asociado a ésta actividad productiva, existe una problemática relacionada al uso de agrotóxicos, parte del paquete tecnológico propio del modelo agroproductivo vigente desde la década del ‘90: como consecuencia de la gran cantidad utilizada, sus múltiples usos y sus propiedades fisicoquímicas, los agrotóxicos han sido encontrados en aguas de lluvia, subterráneas y superficiales, sedimentos, suelos, aire, biota y alimentos (Ronco, 2015). Los impactos del modelo agroproductivo sobre la salud de las poblaciones, a más de tres décadas de implementación, comienzan a ser comprobables en toda la región (Verzeñassi, 2019). La exposición a dichos contaminantes y el riesgo asociado es mayor en la población que tiene contacto directo por su manipulación, o por cercanía a zonas fumigadas. Dentro de sus impactos, la exposición a agrotóxicos se ha convertido en un riesgo potencial para la salud de las gestantes próximas a las áreas de cultivo. Éstas sustancias son particularmente sensibles en instancias de desarrollo embrionario, dado el

carácter de disruptores endocrinos que generan principalmente malformaciones congénitas y muerte embrionaria precoz (Gianfelici, 2009).

En la ciudad de Mar del Plata, las denuncias generadas por la comunidad del Barrio Félix U Camet ante la exposición a agrotóxicos fueron de público conocimiento por su divulgación en medios de comunicación local (Diario La Capital 2017; Canal 10, 2017). Particularmente éste barrio, ubicado al norte de la ciudad limita al oeste con la estancia La Trinidad, dedicada a la producción extensiva de cereales. En 2017 su comunidad comenzó a denunciar la ilegalidad de las fumigaciones aéreas, con sus consecuencias en la salud de la población. Los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención tienen un papel fundamental en la prevención, detección temprana y atención de problemas de salud. Pero también en el reconocimiento de la complejidad de los conflictos -que son a la vez ambientales, económicos y sociales-, los actores involucrados, las relaciones de poder que se establecen, y su impacto en los procesos de salud. Es por esto que resulta fundamental el desarrollo de estrategias de enfermería para el cuidado de las personas expuestas a agrotóxicos, que dimensione la problemática y se proponga objetivos sentidos para sus poblaciones.

Este estudio se propuso observar las

estrategias de cuidado que desarrolló enfermería en el CAPS Felix U. Camet entre 2017 y 2024, en el marco de una problemática de gran escala y complejidad. El desafío está en observar - no lo que las enfermeras hacen sino los movimientos que se generan a partir de los cuidados, frente a la problemática de exposición a agrotóxicos. A los fines de cumplir con la extensión adecuada, a continuación se presenta una síntesis del marco teórico, resultados y debates respecto al trabajo original.

## 2- Marco teórico

El trabajo se sustenta en dos núcleos temáticos conceptuales: el paradigma de la Salud Colectiva -incorporando las nociones de determinación social de la salud y producción del cuidado-, y la Planificación Estratégica -para indagar acerca del carácter estratégico del cuidado de enfermería en el primer nivel de atención.

### Producción de cuidados

Dentro de la corriente teórica en Salud Colectiva, Emerson Merhy (2011, 2021) plantea que la unidad de producción del trabajo en salud es el cuidado, entendido como un proceso social y subjetivo. La diversidad de prácticas de cuidado que existen radica en el carácter profundamente subjetivo del cuidado. Aunque el modelo médico hegemónico tienda a la estandarización de los procesos productivos en salud, la práctica del cuidar mantiene su carácter artesanal, creativo y humano, condicionado por la singularidad del trabajador, sus experiencias y contextos. Spinelli (2022) complementa esta visión al destacar que el éxito del trabajo en salud depende más de los vínculos, narrativas y mística que de los saberes técnicos. Ambos autores se encuentran en la reivindicación del trabajador de la salud como un trabajador intelectual y comunicacional, no manual, que produce en el momento en que se encuentra con otro, que es sujeto de cuidado y consumidor de ese producto al mismo tiempo. Cualquier intento por endurecer el trabajo, mediante protocolos o planificaciones estrictas, generará impotencia en el trabajador, en el proceso y en el sujeto de atención.

Como fuerza contraria a la estandarización de los procesos, Merhy propone ampliar las “cajas de herramientas” —los

saberes teóricos y prácticos— tanto individuales como colectivos, reforzando la necesidad de una interdisciplina activa y sostenida. Siguiendo a Stolkiner (1987), la interdisciplina implica un desplazamiento del paradigma positivista hacia uno post-positivista, que asume la incompletud de cada disciplina y promueve la construcción conjunta de nuevas herramientas conceptuales y prácticas en salud. Esta perspectiva reconoce la complejidad de los problemas de salud -como son los impactos del agronegocio-, y plantea la necesidad de respuestas igual de complejas. Éste corrimiento, ésta descentralización, da espacios de trabajo creativo para el surgimiento de nuevas y únicas herramientas interdisciplinarias.

Desde la corriente de Salud Colectiva, entendemos a los procesos de salud-enfermedad -atención-cuidado (PSEAC) como fenómenos determinados por las condiciones de inserción y reproducción social de los grupos, que se expresan en procesos colectivos de salud (Bertolozzi et al., 2013). Entender que los procesos de salud se explican en la complejidad de dimensiones yuxtapuestas -que tienen una expresión clínica pero también ética, política, económica, cultural- nos exige cuidados como respuestas lógicas y estratégicas. Dice Breilh (2013), cuidados como “procesos protectores” que conformen soportes vitales para avanzar hacia modos de vida saludables.

Lo que ofrecen los autores son grandes líneas de pensamiento frente a problemas con raíces comunes en la dimensión general, como sucede con los procesos productivos contaminantes actualmente. Serán finalmente los territorios los que demanden cuidados estratégicos, que les otorguen a los procesos de salud un sentido correcto y una dirección clara, para el alcance de una vida sana.

### Estrategias en salud

Cuando pensamos en estrategias debemos saber que se trata de un término originalmente bélico, referido al accionar ante un enfrentamiento real o potencial. Con el tiempo, el concepto fue aplicado a otros ámbitos dada la necesidad de identificar campos de acción, objetivos, reglas y normas, aliados y enemigos en el juego social. Testa (1989) define que las estrategias son “el conjunto de movimientos tendientes a poner el objetivo al alcance”, dando por supuesto que el objetivo no está “al alcance”, como suele suceder en los

conflictos sociales.

Para abordar el concepto de estrategias en salud tomaremos los conceptos y categorías planteadas por Mario Rovere en “Planificación estratégica de recursos humanos en salud” (2006). Éste libro, que recupera algunos aportes de la Teoría del Pensamiento Estratégico de Mario Testa (1989), presenta una definición del concepto de estrategias en salud que responde a tres características fundamentales: Existe un reconocimiento del campo de acción; hay uso real de las reglas y normas de juego; y se generan como resultado movimientos en la correlación de fuerzas y relaciones de poder entre actores.

Por un lado, se afirma que los conflictos sociales configuran campos de batalla. Este campo, que es objeto y sujeto de transformación, puede tener dimensiones espaciales pero es fundamentalmente simbólico. El hecho de reconocer que existe en este conflicto social actores sociales con intereses particulares que se relacionan dentro de un campo de acción es el primer paso para abordarlo de forma estratégica.

Otra característica de lo estratégico se relaciona con la identificación de las normas y reglas del juego social que, junto a los instrumentos necesarios para garantizar su cumplimiento, constituyen recursos de poder. Las normas tienen la capacidad de coacción de unos actores sobre otros, y pueden obstaculizar o facilitar el alcance de los objetivos. Muchas veces son las mismas reglas las que están en disputa. Nos referimos en éste caso al derecho a la salud, el derecho al ambiente, las normativas en fumigación, las herramientas de comunicación y organización comunitaria, y tantas otras que solo conocen quienes habitan el conflicto.

Hasta aquí esta teoría no plantea qué hacer o con qué instrumentos lograrlo, sino un enfoque para pensar el carácter estratégico de las actividades desarrolladas por los y las profesionales de salud en el marco de conflictos sociales complejos. Por eso, para finalizar se establece la relación entre las estrategias y los objetivos: “Buscamos preservar el calificativo de estratégico para acciones o resultados que puedan considerarse un avance (...) que necesariamente debe considerarse como un cambio en la correlación de fuerzas entre dos o más actores sociales” (Rovere, 2006: 31) El alcance de los objetivos implica un movimiento en las relaciones de poder que establece el

conflicto, y este movimiento debe estar representado en las estrategias planteadas y ejecutadas.

De ésta propuesta teórica respecto al carácter estratégico se operacionalizan tres dimensiones de análisis, con sus respectivas categorías.

Concepto	Dimensión	Categorías
Planificación estratégica	Campo de acción	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conflicto</li> <li>● Sectores</li> <li>● Intereses</li> </ul>
	Reglas y normas de acción	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recursos legales</li> <li>● Prácticas organizacionales</li> </ul>
	Movimientos en las relaciones de poder	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avances</li> <li>● Potencialidades</li> </ul>

Existe un consenso en torno a la necesidad de situar las estrategias en los territorios particulares de acción, advirtiendo la posible incongruencia entre lo planificado y las realidades de los territorios. (Testa, 1995; Spinelli, 2016). Hugo Spinelli analiza la complejidad de la relación profesionales - políticas - territorios, en el campo de la salud; y define a los territorios como desorden, como preguntas a la espera de traducciones. Esta realidad se contrapone con las pretensiones de hacer ordenables, predecibles y certeros los comportamientos de los sujetos y los territorios. Afirma que el territorio no necesita de planes y programas, sino de ciudadanías plenas y de trabajadores del campo sociosanitario que desarrollen vínculos, en el trabajo artesanal del cuidado de la salud. Del encuentro entre trabajadores del campo de la salud y usuarios socialmente organizados, surgirá un nuevo sujeto social complejo. Así como existen cuidados que requieren del trabajo interdisciplinario, de la misma forma existen procesos que tienen su curso en la intersectorialidad. Al incorporar ésta teoría al análisis encontramos otras dos dimensiones:

Concepto	Dimensiones	Categorías
Tensión Planificación/Territorio	Territorialidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Emergentes territoriales</li> </ul>
	Sujeto social compuesto	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Interdisciplina</li> <li>● Intersectorialidad</li> </ul>

En síntesis, el aporte de estos debates atiende a la importancia de definir el concepto de estrategia, pero observando con claridad las limitaciones de las conceptualizaciones cuando salen de los marcos teóricos y se expresan en los territorios. De acuerdo con estos autores, las estrategias más acertadas surgen de las preguntas en los mismos territorios, y la capacidad de poder escuchar cuáles son las demandas, qué características tiene el campo de acción, sus sectores sociales involucrados, el poder que usan y el que disputan.

### 3- Objetivo general y específicos

#### General

- Caracterizar las estrategias de cuidado de enfermería hacia las personas potencialmente expuestas a agrotóxicos en el CAPS Felix U Camet en el período 2017-2024.

#### Específicos

- Indagar sobre el conocimiento de la problemática del uso de agrotóxicos y sus impactos en la salud, por parte de las enfermeras entrevistadas.
- Identificar las estrategias de cuidado desarrolladas por enfermería frente a la problemática.
- Explorar el carácter estratégico de tales cuidados en su relación con movimientos en las relaciones de poder dentro de la problemática.

### 4- Diseño metodológico

La investigación es de tipo descriptiva mediante metodologías cualitativas, a partir de entrevistas semi estructuradas a las enfermeras como fuentes primarias. Éste instrumento busca dar flexibilidad a la entrevista, siendo que se trata de un primer acercamiento al tema, a la vez que contiene ejes estructurantes que delimitan el objeto de la investigación.

También se recopilaron como fuentes secundarias artículos periodísticos de medios gráficos, portales digitales y televisión, donde se recuperaron imágenes y testimonios de

enfermeras, médicas y vecines del barrio. La importancia de tomar éstas fuentes secundarias radica en la complementariedad que ofrecen a los datos primarios, a la vez que expresan un contrapunto que valida los relatos de las entrevistadas.

La población de estudio está conformada por las cuatro enfermeras que se desempeñaron en CAPS “Félix U. Camet” durante el período 2017-2024. La unidad de análisis está constituida por las estrategias de cuidado desarrolladas por enfermería en contextos de exposición ambiental a agrotóxicos.

### 5- Consideraciones éticas

La ética en la investigación busca respetar los derechos humanos y bioéticos, garantizando no solo el cumplimiento legal, sino también una relación genuina y colaborativa entre investigador, participantes y proceso. En este marco, el consentimiento informado (CI) se concibe como una etapa fundamental del proceso de investigación, que debe adaptarse a los tiempos, necesidades y conocimientos de las personas involucradas. En este caso, dado que se trabaja con profesionales de la salud y los datos de interés radican en el ejercicio profesional, el CI garantiza claridad respecto a los objetivos de la investigación, los instrumentos con los que se trabaja, el carácter voluntario y gratuito de la participación, la revocabilidad el consentimiento, y la confidencialidad de los datos personales (Ley N° 25326). Se elaboró una hoja de información y un formulario de CI que fue firmado por las entrevistadas y entregado en copia.

### 6- Resultados

La organización del análisis para responder al objetivo general, se presentó en 3 apartados que responden a su vez a los objetivos específicos propuestos. A continuación se expondrá una síntesis de los resultados por objetivo.

#### I Objetivo específico: Indagación sobre el conocimiento de la problemática

La primera dimensión para pensar el carácter estratégico del cuidado frente a la problemática es el conocimiento que existe respecto al campo de acción: “Aceptar el uso de



lo estratégico en sentido estricto es aceptar la conceptualización del objeto de transformación como un campo de enfrentamiento, de tensión, de pelea.” (Rovere, 2006: 30). Se requiere de un conocimiento del conflicto, los sectores involucrados y sus intereses para dominar ese campo de acción.

## Conflicto

Se comenzó por indagar en el conocimiento que tienen las entrevistadas respecto al uso de agrotóxicos en la zona y los impactos sobre la salud. En sus relatos se expresa éste conocimiento, no solo empírico, dado por la atención asistencial, sino también por el estudio responsable del tema.

*“Había una familia que asistía a la sala por forunculosis a repetición (...) Hasta que uno de ésta familia, ahí mientras lo curábamos, dijo: “estoy harto, esto es por la fumigación” (...) Cayó como un baldazo, porque somos un Centro que trata de hacer un diagnóstico situacional y no lo teníamos en la agenda. (...) Esto fue un martes, ahí mismo nos pusimos a estudiar. (Enfermera 2)*

En las diferentes entrevistas se destaca el reconocimiento de forunculosis a repetición, lesiones conjuntivales, afecciones respiratorias y trastornos en la salud reproductiva, como abortos espontáneos. La comprensión de las dimensiones del campo de acción es cabal, en tanto se puede entender el fenómeno desde una perspectiva histórica y productiva:

*“De hecho antes del 90 no se cultivaba de esa forma. Esto ingresó junto con todo el paquete de semilla y de soja (...) y luego se extendió a utilizarse en el alimento. Durante la década del 90 se abrió el ingreso de todo esto que antes estaba prohibido, y ahí los dueños de los campos re contentos, porque en vez de tener 100 toneladas tengo 500. Pero bueno, con tóxicos que afecta a plantas, humanos y animales. (Enfermera 1)*

*“Tenemos el segundo polo frutihortícola y el mayor de toda la provincia. Tenemos un cordón muy importante que si dejara de producir con tóxicos sería una genialidad.” (Enfermera 3)*

## Sectores e intereses

Se incorporan al análisis las categorías sectores e intereses, fundamentales para comprender los conflictos en salud. Como metaforiza Rovere: “ningún ejército puede pensar estrategias sin identificar la existencia de aliados y enemigos (...) Así se jerarquiza poder detectar si el análisis, construcción o discurso identifica adecuadamente a los sujetos o actores sociales relevantes para cada situación” (2006:29).

Como sector, se reconoce principalmente a la comunidad del barrio. Se trata de una comunidad diversa, que no trabaja directamente con el campo. Y que cuenta, como antecedente de organización común, la lucha por la apertura del CAPS en 2015 y la conformación de la Red Institucional.

*“Después de mucho alboroto por parte del barrio, cuando Pulti gana el segundo mandato, se consiguió que se firmara el compromiso por la sala (...) En ese momento la gente sintió que tenía la salud en sus manos, los carteles decían eso: “la salud en nuestras manos”, “Nosotros decidimos” Ahí ya quedamos en red, acá en Félix funciona bastante fuerte y activa. (Enfermera 4)*

Por otro lado, las enfermeras reconocen a los productores, tanto al dueño de la Estancia como a su arrendatario, como un sector antagonico:

*“Los intereses de ellos, por supuesto, querían que les rinda más... su interés está en mejorar la cosecha para poder vender todo lo más que puedan.” (Enfermera 4)*

Surgen también las autoridades de gobierno municipal y las fuerzas de seguridad, como mediadoras en el conflicto. En tres entrevistas aparece con claridad que la tracción por parte de los productores y sus intereses era mayor, reconociendo de ésta manera no solo sectores sino relaciones de poder entre ellos:

*“En la división gestión ambiental de la Municipalidad que tiene que regular, se tiran la pelota. “Yo puedo hasta acá”, “eso le corresponde al otro...”, y que queda siempre en un gris.” (Enfermera 2)*

*“De las autoridades... alguno apareció, pero por la misma presión de la gente. (...) Había un Secretario de salud que decía que era todo verso, e igual le sacamos que nos bancara el análisis [de*



agrotóxicos en orina y sangre] de uno de los chicos en FaresTaie. (Enfermera 3)

“Con la policía... se sabía que estaban arreglados con los que venían a fumigar, entonces venían cuando terminaba de pasar la avioneta y decían "acá no pasa nada" (Enfermera 4)

“Tuvimos distintas secuencias medio amenazantes... Cuando la Patrulla Rural viene a una de las reuniones, vemos que tenían los cuadernos de la Sociedad Rural, y obviamente nos decían que teníamos que terminar con el tema, trataban de disuadir, que los problemas de salud no tenían que ver con eso.” (Enfermera 2)

Complementariamente, entre los sectores involucrados se destaca la Universidad, con proyectos de extensión e investigación como el Grupo Aguas de la Facultad de Ciencias Exactas, que analizó el agua y aportó datos clave a la causa penal. También participaron el INTA (ProHuerta), el Programa Salud y Agroquímicos de la MGP, la ONG Paren de Fumigarnos y el grupo Gesta Colectiva, cuyas acciones se desarrollan entre las estrategias territoriales emergentes frente a la problemática.

## II Objetivo específico: Identificación de las estrategias de cuidado desarrolladas por enfermería frente a la problemática.

En éste apartado se aborda lo que se entiende como cuidados, tanto específicos de enfermería como interdisciplinarios e intersectoriales, que se desarrollaron en el CAPS de Felix. U Camet entre 2017 y 2024, frente a la problemática de exposición a agrotóxicos. A continuación se reconstruyen las múltiples formas que adoptó el cuidado en ésta experiencia.

### Emergentes territoriales

Siguiendo las teorías desarrolladas, se entiende que las estrategias de cuidado son el resultado específico del encuentro de esa comunidad, esas profesionales de la salud, voluntades, deseos, experiencias, conocimientos, percepciones. A lo largo de la investigación se observa continuamente la forma en que las enfermeras, a la vanguardia del proceso, recuperan esos “interrogantes” que emergen del territorio (Spinelli, 2016), y buscan formular

respuestas a partir de acciones colectivas.

A los fines de organizar la lectura del proceso, podemos decir que encontramos cuatro etapas en el desarrollo de los cuidados frente al conflicto:

1ra. Reconocimiento colectivo del conflicto como un problema de salud pública.

2da. Organización interna frente al conflicto.

3ra. Divulgación pública y denuncia.

4ta. Prevención, soberanía alimentaria y salud ambiental.

Para comenzar, en todos los relatos las enfermeras destacan que el reconocimiento de las fumigaciones como un problema sanitario surge por parte de las familias más afectadas. Allí aparece la primera estrategia de cuidado:

“Nosotros tratamos de mantener siempre la apertura en cuanto a lo que la gente percibe como problema, más allá de lo que nosotros pensemos, entonces cuando nos dice "muchos vecinos piensan que esto es un problema" pensamos bueno, si es así, nosotros también queremos hacer algo” (Enfermera 2)

Se considera esta flexibilidad y apertura a la demanda como un punto de partida que da lugar al posterior desarrollo del conflicto. Se observa también que emerge desde el territorio, sentido por parte de la comunidad y recuperado por quienes tienen responsabilidad sanitaria en el lugar. La segunda estrategia entonces, fue impulsar un espacio de encuentro entre vecinos, profesionales de salud y otras instituciones del barrio:

“El martes surge esta “denuncia” y ese jueves se constituyó una reunión abierta. Desde ahí, desde ese junio de 2017, por año y medio consecutivo todos los jueves al mediodía en el CAPS se hizo esa asamblea. Se constituyó la asambleas de Félix.” (Enfermera 2)

En éste marco, la licenciada en Obstetricia detecta que el número de consultas por abortos espontáneos o embarazos detenidos eran significativas. Junto a enfermería, deciden realizar un mapeo de los casos:

“Aparecen cantidad de abortos espontáneos o embarazos detenidos o problemas de fertilidad, detectados por la obstetrica. El número absoluto quizás es poco, pero en relación a lo que ella veía en otros barrios era mucho. Entendimos que ahí había un dato; y empezamos a

*a georeferenciar todas esas situaciones.” (Enfermera 2)*

Otra de las decisiones al interior del equipo de salud del CAPS fue la consulta e incorporación de profesionales especializadas, como es el caso de una médica generalista y una pediatra con trabajo previo en el cordón frutihortícola. Con su experiencia estas referentes, a su vez, facilitaron la apertura a otras redes.

En cuanto al trabajo en prevención de la exposición a agrotóxicos, se destacan dos líneas. Por un lado estrategias dirigidas a las familias de trabajadores del campo con contacto directo con el tóxico. Por otro, los lineamientos generales para la comunidad orientados a la reducción de daños. Una vez más, aparecen cuidados que son producto de la solidaridad y el trabajo comunitario.

*“En el barrio no hay muchos trabajadores del campo... (...) Sobre todo hemos trabajado con las mujeres, en ver como no mezclar el equipo de protección con otra ropa, como manipularlos. También trabajamos con las mujeres que viven cerca del campo, esta cuestión de tapar las verduras cuando van a fumigar, meter los pibes, los perros, la ropa, cerrar las ventanas. (...) También se logró que los mismos tractoristas fumigadores, avisaran a las casas de ahí cerca "vamos a fumigar". Eso es un montón, como prueba para la causa, y como solidaridad.” (Enfermera 2)*

Otro cuidado que surge, es la recomendación del consumo de agua “segura”, utilizando la canilla de red del Centro de Salud o la plaza.

*“Con esto el abordaje siempre es muy cuidadoso porque la persona vive en el barrio... Si bien fomentamos el consumo de agua de red también somos conscientes que esta persona vive en el barrio, ¡y es el agua! Por eso digo que a veces la intervención nuestra es sobre lo emocional.” (Enfermera 1)*

La dimensión emocional del conflicto y sus cuidados, también surge en relación a los eventos obstétricos. La medida más eficaz que reconocen es la relocalización, alejándose de la sustancia contaminante, pero sabiendo que para muchas no es una posibilidad de ser siquiera nombrada. Al momento de preguntar sobre cuidados específicos dirigidos a ésta población,

las respuestas van directamente a las dificultades:

*“El tema es un pendiente quizá... porque con F.[Lic. en Obstetricia] hemos hablado un montón de cómo abordar el tema... lograr esas entrevistas en las personas que han tenido un evento obstétrico, para muchas es doloroso.” (Enfermera 2)*

*“Respirar respiramos todos los días, por eso somos muy cuidadosas sobre cómo hacemos esa intervención (...), gestando un embarazo es doblemente sensible.” (Enfermera 1)*

*“Al ser un barrio fumigado, hay alta posibilidad de que sea el causal del aborto (...) Se necesita una confianza profesional grande para abordar el tema con honestidad también.” (Enfermera 3)*

En asamblea les vecines, profesionales de salud y otras instituciones del barrio deciden una serie de medidas dirigidas a la visibilización del conflicto, la concientización del problema y medidas preventivas al interior de la comunidad. Una de las primeras tareas identificadas fue trabajar sobre el reconocimiento colectivo de las fumigaciones como un problema de salud pública:

*“Lo primero fue la difusión sobre el peligro que tienen los agrotóxicos sobre nuestra salud porque la gente naturalizaba la presencia del campo ahí al lado.” (Enfermera 3)*

*“Empezamos un trabajo con los equipos directivos de jardín, secundaria, primaria... poder ser conscientes de que esto era un problema de salud, que hasta ahora no lo veníamos viendo”. (Enfermera 1)*

Generar conciencia colectiva es empezar a generar también motivos, causas comunes, solidaridad. Spinelli señala que los sectores dominados “sólo disponen del poder de las organizaciones que consiguen crear, para lo cual no tienen otro recurso que la conciencia en torno de los problemas que enfrentan.” (2022: 84) En entrevista una de las enfermeras comenta que junto a algunos docentes se contactaron con las escuelas dentro de la red “Pueblos Fumigados” para capacitarse. Además, comenzaron con un proyecto promo preventivo denominado “La sala en la escuela”:

*“Trabajamos mucho promo-prevención con estas instituciones, y pudimos meter el tema según ejes, de distintas maneras*

*lúdicas y propositivas. Con la primaria tenía más que ver con entendernos como un todo persona-ambiente. En la secundaria, los chicos ya estaban más protagonizando un poco el problema, y siendo parte de la lucha.” (Enfermera 2)*

Entre las iniciativas interinstitucionales se destaca la realización de huertas en nivel primario y secundario, y la formación de Promotores de salud con los estudiantes de 4to y 5to año de secundaria. También realizaron una serie de murales en el CAPS referidos a la temática, en coordinación con el Programa Alma Muros de la Secretaría de Cultura municipal.

Al tiempo, la asamblea decide iniciar una denuncia pública a las autoridades gobernantes correspondientes y una denuncia penal a los responsables de las fumigaciones en la Estancia. En ésta segunda etapa, el objetivo es el reclamo colectivo de una solución a las autoridades ejecutivas y judiciales. Para ésto se realizaron cortes de la Ruta Nacional 11, se convocó a medios de comunicación local, e hicieron uso de la Banca 25 del Honorable Concejo Deliberante, acompañando el proceso penal a los productores de la Estancia.

*“Cuando nos contactamos con la ONG Paren de Fumigarnos, que ya tenían toda una vertiente desde lo judicial, nos proporcionan el contacto del abogado, que ya tenía experiencia en tema. Él y yo armamos toda la super carpeta, con los certificados médicos, los estudios, los datos de análisis de aguas...” (Enfermera 2)*

*“Para pagarle al abogado se hicieron estos festivales, rifa, todo en colaboración con vecinos. No alcanzaba... cubrimos los sellados y eso.” (Enfermera 4)*

Mientras la instancia judicial hacía su recorrido institucional, paralelamente en el territorio sucedían otros procesos que no acompañaban los tiempos burocráticos:

*“Hubo que darle una vuelta de rosca como trabajadores de la salud, porque nos encontramos con que saber de este problema y no solucionarlo, no tener respuesta, generó un montón de angustia, ni hablar en las personas que tenían un evento obstétrico...” (Enfermera 2).*

Es allí donde, gracias a las redes elaboradas previamente, se comienza a trabajar en soberanía alimentaria desde una mirada propositiva. Ésta sería entonces una tercera

etapa en la lucha contra la fumigación con agrotóxicos y sus impactos en la salud, pensada desde la sensibilidad que generó todo el proceso en la comunidad: un auténtico “emergente territorial”.

*“Empezamos a hacer la huerta comunitaria de alimentos y medicinales en la sala para que sea educativa... con encuentros de productores agroecológicos, y trabajar con los chicos en los festivales.” (Enfermera 2)*

*“La asamblea fue cambiando de nombre. De ser “contra los agrotóxicos” pasó a ser asamblea “por la salud y la vida”, pensando en éste cambio de enfoque” (Enfermera 3)*

*“Los viernes Roberto del INTA hacía el curso de huerta para la gente. Ahí empezamos a entregar las semillas a los vecinos, y se coordinó con el movimiento social para que le despuntaran la tierra a la gente en sus patios como contraprestación del plan, hacían ese trabajo de fuerza que por ahí el vecino no...” (Enfermera 4)*

En 2019 la Asamblea de Felix U Camet participó del Congreso Nacional de Pueblos Fumigados, en Rosario, donde conocieron al Grupo de epidemiología ‘Gesta Colectiva’. Juntos comienzan a desarrollar un censo socio-ambiental, que se iba a realizar en Marzo de 2020, antes de conocer lo que sería la pandemia Covid-19.

*“La preparación del censo fue bastante interesante. Teníamos como 100 encuestadores voluntarios anotados... Habíamos hecho todo un trabajo con la Sociedad de Fomento y la Junta Vecinal, distintas iglesias, el movimiento social y otro comedor, y las instituciones educativas del barrio (...) Se había hecho un primer encuentro de mapeo colectivo y un trabajo con una app que proporcionaba Gesta, pero bueno, eso lo tuvimos que suspender por la pandemia. Es un punto de inflexión grande.”*

Hasta aquí se realizó una lectura, identificación y caracterización de las estrategias de cuidados producidos como emergentes territoriales. Esta lectura permite abordar el tema desde la lógica de los procesos, diferente a la lógica de las soluciones. La lógica de soluciones es la forma en la que opera la razón instrumental, en donde lo hay que hacer ya está

enunciado y solo falta preguntarse cómo. En la lógica de los procesos la preocupación no está en cómo hacerlo, sino en saber qué, por qué, para qué, con quién, para quién. El cómo será una respuesta posible. Los relatos de las enfermeras dan cuenta de su apertura a éstos interrogantes, y la búsqueda de respuestas en y con el territorio.

## Recursos legales y prácticas organizacionales

Otra de las dimensiones que Rovere (2006) identifica como necesaria para pensar en términos estratégicos, es conocer y hacer uso de las reglas y normas en el juego social. Entre esas normas se incluyen leyes, ordenanzas, marcos jurídicos, políticas públicas y planes de gobierno: “Las normas de todo tipo, cuando están acompañadas de los instrumentos para garantizar su cumplimiento, son recursos de poder, imposibles de ignorar desde un enfoque estratégico.” (Rovere, 2006:96)

La comunidad de Felix U Camet frente a la contaminación con agrotóxicos busca armarse de esas herramientas. Por un lado conocer las leyes vigentes y exigir su cumplimiento por medio de vías institucionales formales y de su divulgación pública. Por otro lado, las prácticas organizacionales a través del método asambleario, con las dificultades que implica la búsqueda y hallazgo de consensos en la diversidad comunitaria. En este proceso, se destaca el rol de enfermería encabezando, tanto en lo judicial como en lo organizacional. No solo las mismas enfermeras lo reconocen así, sino que también se evidencia en las fuentes secundarias identificadas (Canal 2, 2018; Canal 10, 2017). En entrevistas dan cuenta de conocer las normas vigentes y sus mecanismos formales de implementación:

*“En ese momento estaba vigente una medida cautelar de la Corte Suprema de Justicia de la Provincia que delimita que en los primeros 1000 metros de los núcleos poblacionales no se puede fumigar. Como la normativa vigente no se estaba cumpliendo, averiguamos que había que llamar a la Policía Ecológica. Empezamos a registrar con filmaciones y con los llamados de cada una de las veces.” (Enfermera 2)*

Las enfermeras destacan dos casos de intoxicación que sustentan la denuncia penal

realizada. Por un lado, una niña que residía en la zona del barrio más próxima al campo, y que presentaba afecciones respiratorias y dérmicas de forma reiterada. A la vez, el caso de un estudiante de la escuela secundaria con diagnóstico de necrosis tubular aguda, al cual su nefrólogo identifica a los agrotóxicos como la causa más certera. Los certificados médicos y estudios realizados a éstos dos jóvenes, junto con los análisis de tóxicos en agua de lluvia y de pozo realizados por el Grupo Aguas de la Secretaría de Extensión de la Facultad de Ciencias Exactas de la UNMDP (Portal de noticias Que Digital, 2022), dan cuerpo a la denuncia presentada ante la Fiscalía General de la ciudad. 5 años después, el diario La Capital titula: “Un productor rural irá a juicio oral por la utilización de agrotóxicos”, y en su volanta desarrolla: “La Justicia de Garantías resolvió a favor el pedido del fiscal Rodolfo Moure, quien imputó al responsable operativo de un establecimiento rural cercano al barrio Félix U. Camet.” (La Capital, 27 de Octubre de 2023) Resulta relevante considerar que todo el proceso penal fue posible gracias a la colaboración entre profesionales, pero sobre todo por la “decisión firme” por parte de la coordinación del CAPS de llevarlo adelante:

*“No había una recomendación clara en que el centro de salud se involucrara de esa manera, todo lo contrario. Nosotras en un primer momento quisimos denunciar, quisimos documentar, quisimos registrar. Bueno hicimos todo eso, pusimos la firma, la cara y la matrícula.” (Enfermera 2)*

Conocer y utilizar los programas gubernamentales es parte de esta dimensión estratégica. Aunque desde 2008 existe el Programa Salud y Agroquímicos a nivel municipal, la coordinación del CAPS, que había participado en iniciativas previas, lo desestimó por estar enfocado en el cordón frutihortícola y no ser una problemática percibida por su comunidad

*“Nosotros habíamos formado parte, pero el programa trabaja más sobre los CAPS del cordón... No teníamos la planilla de la Municipalidad con el código para codificar. Ahora sí, cuando vienen casos... lo vamos registrando.” (Enfermera 2)*

Spinelli define la tensión planificación/territorio como la falta de diálogo entre las políticas diseñadas y las realidades locales. El



caso analizado muestra que las planificaciones sanitarias sin origen territorial suelen carecer de impacto real, al menos hasta tanto no sea un interrogante sentido por su comunidad y efectores de salud. No obstante, los instrumentos del Programa fueron valiosos para registrar posibles casos de intoxicación con agrotóxicos.

En el caso analizado, las reglas y normas de acción fueron claves en la lucha contra los agrotóxicos en Félix U. Camet. La comunidad y las trabajadoras de la salud exigieron el cumplimiento de la legislación y crearon sus propias formas de acción —asambleas, denuncias, cortes de ruta— como herramientas legítimas frente a la injusticia. Según Rovere (2006), esto constituye una “disputa bajo reglas”, donde distintos actores utilizan sus recursos de poder para definir el desarrollo del conflicto. Mientras los productores ejercieron presión política y gremial, la comunidad se fortaleció mediante la organización en red, el respaldo normativo, el apoyo institucional y la visibilización mediática.

## Interdisciplina

La complejidad del conflicto por el uso de agrotóxicos en Argentina queda expresada en el trabajo de Blois y Folguera (2024), al explicarlo como una política de estado, que se extiende en todo el territorio nacional. En este marco, los objetivos se vuelven inalcanzables o “problemáticos” (Testa, 1989) y los problemas, “indisciplinados” (Stolkiner, 1987), al no tener soluciones claras ni disciplina que los abarque. Stolkiner propone cuestionar las fronteras de las ciencias y promover el trabajo interdisciplinario, aunque este exige un esfuerzo para les profesionales de la salud, que a menudo reproducen lógicas biomédicas. Esta tensión también fue observada por las enfermeras entrevistadas.

*“Sin romantizar el trabajo comunitario de sostener todos los jueves una asamblea abierta... Es complejo para el trabajador de la salud trabajar con todas las diversidades que suceden en el territorio. Es un trabajo apasionante lograr objetivos comunes, pero no es fácil encontrarlos...”* (Enfermera 1)

*“Quedarse solo con lo otro [cuidado asistencial], es limitado. Es desaprovechar una herramienta que tenemos como*

*enfermeras comunitarias, de poder transformar realmente la realidad con la gente, porque uno solo nada puede.”* (Enfermera 2)

*“Es un rol importante de enfermería también el de tratar de que los del equipo se involucren... Siempre coordinó enfermería la sala con éste enfoque, y hay que trabajarlo.”* (Enfermera 2)

En la práctica, la interdisciplina da lugar a la producción de cuidados únicos, creados por el encuentro de esos profesionales, sus saberes y sus contextos determinados. Un ejemplo que surge en las entrevistas es el mapeo de casos de abortos espontáneos, y el plan de cuidados para la prevención de complicaciones respiratorias pediátricas. También aparece la interdisciplina en el trabajo con los profesionales de la educación: En su experiencia con la Red de Escuelas Fumigadas, las capacitaciones docentes, los proyectos de huertas escolares, etc., se van construyendo nuevos conocimientos y experiencias compartidas. Una vez más, se reconocen tensiones en el proceso, pero ubicando el objetivo por delante.

*“Había reticencias en los docentes... Pero como nosotros en el centro de salud también somos bastante ‘maquinitas’, decíamos: Si ustedes quieren, nosotros venimos y trabajamos juntos...’ Cuando vos pones el cuerpo en general hay más apertura.”* (Enfermera 2)

Es interesante también recuperar el reconocimiento que hacen las entrevistadas de las personalidades de cada profesional al momento de hablar de interdisciplina. Se expresa una vez más la dimensión subjetiva del trabajo en tanto rasgos de la persona juegan un papel fundamental en la forma en que se desarrollaron los cuidados y los PSEA (Merhy, 2021; Spinelli, 2022):

*“M. tiene como una capacidad muy innata de organizar y de gestión, que es muy buena y me parece que mucho de lo que se hizo tuvo que ver con su impulso, fue contagiando a todos los de la sala.”* (Enfermera 3)

De la misma forma, la trayectoria de cada profesional que se mueve dentro de su campo de trabajo, va creando una red de redes (Rovere, 1999) que constituye otro elemento fundamental del trabajo interdisciplinario:

*“La presencia de S. cuando se sumó al equipo fue importante porque ella viene*



*con este tema también investigando, y fue importante el aporte de ella también al abrir un poco el campo de Félix a la universidad.” (Enfermera 3)*

## Intersectorialidad

Ante conflictos sociales complejos, el desafío es encontrar estrategias que permitan desarticular las estructuras de poder que los sostienen. Testa (1995) y otros autores de la Salud Colectiva señalan que las formas de organización social responden a los intereses de los sectores dominantes, que reproducen modelos productivos y culturales funcionales a la exclusión: Es decir, las formas contaminantes de producción de alimentos, por ejemplo, así como su consumo culturalmente aceptado y la convivencia en ambientes tóxicos.

Frente a esto algunos autores se arriesgan a pensar teórica y pragmáticamente dónde está la punta del ovillo que desarme, al menos parcialmente, el complejo entramado de poderes que estructura el problema. Breilh (2009) y Spinelli (2016; 2022) proponen construir sujetos sociales complejos, mediante la articulación entre trabajadores de la salud y comunidad. Este encuentro puede dar origen a un nuevo sujeto social colectivo, capaz de ejercer sus derechos y sostener procesos de transformación a partir del diálogo y la acción conjunta.

El trabajo intersectorial surge como un eje central en los testimonios, considerado un principio fundamental del abordaje comunitario. Las enfermeras destacaron el trabajo en red, la búsqueda de objetivos comunes, las dificultades para sostener espacios de encuentro y la importancia de “encontrar juntos la manera” de afrontar los problemas. La creación de una Asamblea abierta para tratar colectivamente la problemática fue una de las primeras acciones, que más tarde se convertirá en protagonista de esa experiencia. En el proceso, las enfermeras resaltaron el rol democratizador del centro de salud dentro de la Asamblea.

*“Como centro de salud, tenía un rol de representación más democrática. (...) Al ser más institucional le da un marco, para que se den esas interacciones entre la comunidad y con otras instituciones. No digo que la Asambleas solo de vecinos no lo pueda lograr, pero la participación del centro de salud le daba como un orden,*

*una formalidad.” (Enfermera 3)*

*“...el centro de salud jugaba un rol muy importante, de neutralidad, ser la voz que ponía siempre el objetivo nuevamente en el eje más allá de las diferencias.” (Enfermera 2)*

Las enfermeras reconocen que este nivel de organización deviene del vínculo humano generado previamente:

*“Cuando una propone querés que la gente venga, obviamente cuando la gente propone vos tenés que ir... Siempre tuvimos muy en claro que la estrategia es estar y participar. En los eventos del día del niño, cuando los pibes de karate pasan de cinturón y estás ahí alentando, cuando pasan de año y fuiste al acto,...Todo eso ya venía sucediendo, por eso es que esto también se da como se da...” (Enfermera 2)*

Este tipo de declaraciones sustentan, una vez más, las teorías que sostienen que los trabajadores de la salud trabajan desde la vincularidad: Las organizaciones de salud se basan en relaciones interpersonales (Chorny, 1998). Así como el trabajo intersectorial frente a la problemática existe en el marco de un vínculo previo con la comunidad, también reconocen lo novedoso de la experiencia de lucha y las potencialidades de la herramienta:

*“Fue un salto cualitativo en el centro de salud, todo ese proceso en buscar las maneras de forma conjunta con la comunidad en relación a lo que es el proceso salud-enfermedad.” (Enfermera 2)*

*“Ahí hay experiencias sentidas, y Félix está totalmente atravesado por esa lucha... y todas los profesionales que pasaron por acá están potenciados con esa experiencia.” (Enfermera 3)*

La construcción de ese sujeto social demandante de sus derechos no finaliza con la experiencia, podríamos decir a priori exitosa, de la lucha contra la exposición a agrotóxicos. Es más bien el inicio de una nueva lógica de acción en el campo de la salud.

## III Objetivo específico: El carácter estratégico del cuidado y las relaciones de poder

La dimensión de los movimientos en las relaciones de poder es fundamental para

entender lo que los autores definen como y estratégico. Para Rovere (2006) “cuando alguien afirma que tal cosa es estratégica debemos volver a interrogar si se está hablando realmente de proyectos o movimientos relevantes para alcanzar objetivos sociales conflictivos, o, de otro modo, si esos movimientos permitirán cambiar las correlaciones de fuerza actuales o futuras de una manera favorable para algún actor social.” Una vez más, la teoría no se pregunta qué hacen, en éste caso les profesionales de salud y la comunidad organizada, sino qué movimientos genera lo que hacen, en favor de poner al alcance los objetivos planteados. Para ésto se les preguntó a las entrevistadas específicamente por cambios en las relaciones de poder, y se indagó sobre logros y potencialidades identificados en el proceso. Ante la pregunta, las enfermeras entienden que el conocimiento y la organización conjunta generan poder en la comunidad, y por consecuencia un cambio en la forma en que se desenvuelve el conflicto.

*“Yo creo que la comunidad se empoderó al tomar el tema con responsabilidad. El hacerlo colectivo, e involucrarse, ya te saca de una cosa pasiva... Ahí ya hay un cambio en el poder que tenés, o que crees que tenés” [se ríe]. (Enfermera 3)*

*“El hecho de que la gente pudiese pensar en su propio alimento, tomar conciencia de dónde viene y cómo está hecho... pensar si eso era soberanía alimentaria, todo eso genera cosas en la gente.” (Enfermera 4)*

Existe un reconocimiento de logros referidos a las consecuencias directas de la organización colectiva frente a la fumigación con agrotóxicos. El cumplimiento de la distancia de 1000 metros del ejido urbano y la reducción o eliminación de la fumigación aérea, son las primeras evidentemente relacionadas:

*“Esos 1000 metros que se corrieron fue por todas las intervenciones que fuimos haciendo desde el corte de ruta hasta las investigaciones...” (Enfermera 1)*

*“Hubo avances concretos en esto de que las fumigaciones aéreas no se hacen más... Logro total, no, porque queremos que no se usen más tóxicos, pero sí un avance.” (Enfermera 2)*

A partir de la eliminación de las fumigaciones aéreas se reconoce una reducción en las consultas por procesos agudos

relacionados a la intoxicación, principalmente respiratorios.

*“...empezaron a fumigar menos, empezaron a ceder los problemas respiratorios. Aunque la foruncosis es multicausal, también si no pasa la avioneta, no tenemos tanta gente.” (Enfermera 4)*

Otro logro en éste sentido fue la propuesta que surgió por parte de las autoridades municipales, de realizar una experiencia de producción agroecológica en 300 de esos 1000 metros, con supervisión tripartita entre productores, gobierno y comunidad.

*“En realidad esta propuesta de la municipalidad tiene que ver con la presión que metimos. No por desconfianza al ejecutivo de turno municipal, pero estábamos en medio de una medida judicial y saliendo por todos lados, y aparece ésto. (...) yo, creo que es un avance y es producto de todo lo que hicimos.” (Enfermera 2)*

Surge también en el relato de las enfermeras un salto cualitativo en la forma de trabajar al interior del centro de salud, así como la percepción que la comunidad tiene del CAPS. El CAPS se muestra como un lugar puertas abiertas, democrático, donde se escucha y se respeta el proceso de salud. Estos logros simbólicos a su vez son reconocidos como potencialidades para el trabajo a futuro:

*“Con el run que había en el barrio, la gente sentía que era el lugar donde podía venir a pedir ayuda. Nos abrimos mucho más a la población, por ahí venía a buscar semillas, pero terminamos hablando de alguna situación de violencia...” (Enfermera 4)*

*“Si viene una embarazada y no se quiere vacunar, te quieres matar, pero pudimos laburar un poco eso. Es un trabajo poder respetar realmente todo lo que el otro decide, para que vuelva.” (Enfermera 2)*

Pensando en las posibilidades a futuro, las reflexiones al finalizar las entrevistas son diversas. Algunas con plena confianza en el proceso ven la posibilidad de alcanzar métodos productivos sin agrotóxicos, mientras que otras más escépticas de eso entienden que el poder aún está muy concentrado y las posibilidades de cambio se alejan. A modo de síntesis se presentan dos fragmentos que exponen reflexiones opuestas al respecto.

*“Yo creo que en algún momento, por y cómo venimos, se va a lograr. Esto hace 30 años o más que existe, y recién hace menos de 10 que estamos focalizando. En los últimos años, pandemia en el medio, fue a la justicia y la justicia falló a favor nuestro.” (Enfermera 1)*

*“Hace como 3 años fui voluntaria del proyecto Sprint. Nos hicieron análisis de materia fecal, orina y sangre, y polvo doméstico. En todos los análisis salían valores altos. (...) A los que dirigen el INTA no les convenía dar los resultados públicamente y explicar (...) No se publicó, se prohibió hablar del tema y no pasó nada. Está más lejos que nunca, y se va a alejar cada vez más con este tipo de políticas.” (Enfermera 3)*

Las enfermeras coinciden en que la disminución de las fumigaciones fue fruto del cuidado colectivo: educar sobre los impactos de los agrotóxicos, prevenir la exposición, promover el consumo seguro, y representar a la comunidad en defensa de sus derechos. A ello se suman acciones como registrar, denunciar, coordinar, dialogar y protestar, que junto al equipo del CAPS Félix U. Camet se transformaron en estrategias de cuidado, prevención y promoción de formas de vida más saludables.

El aprendizaje y la organización comunitaria alcanzados constituyen una nueva forma de prevención, al fortalecer a la comunidad como sujeto social con poder de acción. Los avances no se miden por resultados inmediatos, sino por procesos que implican la construcción de subjetividades y experiencias colectivas. Más que observar lo que hace enfermería, importa reconocer lo que su práctica produce.

## **7- Reflexiones finales**

La búsqueda por caracterizar los cuidados desarrollados por enfermería en Felix U Camet a la luz de las propuestas teóricas presentadas, lleva a entender su carácter estratégico en la lucha contra la intoxicación por agrotóxicos. La propuesta de los autores al definir qué es estratégico en salud y dónde está la salida, en su dimensión general, a los padecimientos de las sociedades actuales, tiene una posible expresión en el proceso de

resistencia que desarrollaron las profesionales de la salud y la comunidad de Felix U Camet desde 2017.

Las enfermeras entrevistadas dan cuenta de conocer la problemática, sus impactos en los PSEAC de la población y los sectores involucrados en el conflicto. En la búsqueda por encontrar salidas posibles, pusieron en práctica diferentes formas de organización comunitaria, y recurrieron a recursos legales e institucionales correspondientes, intentando hacer uso de todas las herramientas al alcance. Los logros son entendidos como productos de ese proceso de organización, reconociendo además un salto en términos cualitativos en la forma de atender problemas colectivos en el Centro de Salud. En el proceso, se reconoce también dificultades propias del encuentro con el otro en la diversidad, incorporando así las tensiones entre estrategias posibles y territorios reales. Se advierte sobre los desafíos que implica el hallazgo de objetivos comunes y ubicarlos siempre por delante, ante las diferencias personales y profesionales. El equipo de profesionales de la salud, en el marco institucional del CAPS, trabajó para sostener el carácter democrático en todo el proceso.

Los logros, como el cumplimiento de las ordenanzas 21.296 (provincial) y 18.740 (municipal), el fallo judicial a favor de la comunidad y la reducción de hecho de las fumigaciones aéreas, son reconocidos como resultados de los cuidados estratégicos desarrollados. Las enfermeras también toman en consideración el saldo positivo de la experiencia de afrontamiento colectivo en favor de los PSEAC comunitarios: tanto la comunidad como las profesionales de la salud involucradas, tienen en su haber una experiencia sumamente positiva al momento de pensar colectivamente los procesos de salud. Ambos sectores, a partir de la organización frente al riesgo de intoxicación por agrotóxicos, lograron poner un límite sobre el interés económico-productivo. Esto puede ser pensado como un movimiento en las relaciones de poder frente a la problemática, en tanto existe un acercamiento al objetivo. Las profesionales de la salud y la comunidad organizada, ahora, conocen algo más sobre sus capacidades y poderes.

## 8- Referencias bibliográficas

- Bertolozzi, M. y De la Torre, M (2012) Salud colectiva: fundamentos conceptuales. Salud Areandina, Bogotá (Colombia). 1 (1): 24-36.
- Breilh, J. (2009) Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- Breilh J. (2013) La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública. N° 31 (supl 1): S13-S27.
- Chorny, A. (1998). Planificación estratégica en salud; viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médicos Sociales, n. 73, p. 2344.
- Fernandez, F y Verzeñassi, D (2023) Salud Socioambiental: Una mirada desde los Cuerpos- Territorios. Cátedra de Salud Socioambiental. UNR.
- Gianfelici, D. (2009) El impacto del monocultivo de soja y los agroquímicos sobre la salud.
- Merhy, E. (2021) Salud : cartografía del trabajo vivo. 1a ed revisada. Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús. ISBN 978-987-4937-98-8
- Merhy, E y Franco, T. (2011) El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. Revista Salud Colectiva, Buenos Aires, 7(1):9-20.
- Municipalidad de General Pueyrredón. Ordenanza N° 18740. Expediente D.E.:13758-8-08 Expediente H.C.D.:361-B-06 N° de registro: O-13034. Fecha de promulgación: 26-09-08. Decreto de promulgación: 1917.
- Ronco A. E, (2015) Algunas respuestas sobre los impactos del uso de plaguicidas para el control de plagas en agroecosistemas de la región pampeana. Ciencia e Investigación 65(2):63-71.
- Rovere, M. (2006) Planificación estratégica de recursos humanos en salud. 2ª ed. Washington, D.C: OPS. ISBN 92 75 32622 3
- Rovere, M. (1999) Redes En Salud: Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad. Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte.
- Rovere, M (1999) Planificación estratégica en salud; acompañando la democratización de un sector en crisis. Cuadernos Médicos Sociales. (75): 31-63,
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. Rev. Salud Colectiva, v. 6, n. 3, p. 275-293.
- Spinelli, H. (2016) Volver a pensar en salud: programas y territorios. Rev. Salud Colectiva. 12(2):149-171. doi: 10.18294/sc.2016.976
- Spinelli, H (2022) Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud. 1a ed. Remedios de Escalada. Universidad Nacional de Lanús. Cuadernos de ISCo. ISBN 978-987-8926-02-5
- Stolkiner, A. (1987) De interdisciplinas e indisciplinas en El Niño y la Escuela. Reflexiones sobre lo obvio. Comp. Nora Elichiry. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Testa, M. (2007). Decidir en salud, ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? Rev. Salud Colectiva, v. 3, n. 3, p. 247-257.
- Testa, M. (2023) Pensamiento estratégico y lógica de programación: el caso salud. UNLa - Libro digital. Cuadernos del ISCo. ISBN 978-987-8926-47-6. 1a ed. 1989. Organización Panamericana de la Salud.

## Fuentes periodísticas

### Diario Página 12

“En pueblos fumigados, los abortos espontáneos se triplicaron” . 17 de junio de 2023. Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/559126-en-pueblos-fumigados-los-abortos-espontaneos-se-triplicaron>

### Diario La Capital

“Corte parcial en ruta 11 por protesta contra fumigaciones en Félix U. Camet” 2 de septiembre de 2017. Disponible en: <https://www.lacapitalmdp.com/corte-parcial-en-ruta-11-por-protesta-contr-fumigaciones-en-felix-u-camet/>

“Preocupación por el uso de agroquímicos en las cercanías del barrio Félix U. Camet” 5 de Octubre de 2017. Disponible en: <https://www.lacapitalmdp.com/preocupacion-por-el-uso-de-agroquimicos-en-las-cercanias-del-barrio-felix-u-camet/>

“Un productor rural irá a juicio oral por la utilización de agrotóxicos” 17 de Octubre de 2023. Disponible en: <https://www.lacapitalmdp.com/un-productor-rural-ira-a-juicio-oral-por-la-utilizacion-de-agrotoxicos/>

### Portal de noticias Que Digital:

“Encontraron restos de glifosato en el agua de lluvia del barrio Félix U. Camet”. 3 de diciembre de 2022. Disponible en: <https://quedigital.com.ar/sociedad/encontraron-restos-de-glifosato-en-el-agua-de-lluvia-del-barrio-felix-u-camet/>

“Nuevas fumigaciones en Félix U. Camet: “Nos toman el pelo” 7 de agosto de 2019. Disponible en: <https://quedigital.com.ar/sociedad/nuevas-fumigaciones-en-felix-u-camet-nos-toman-el-pelo/>

“Sprint: el INTA se apartó del estudio sobre agroquímicos y Argentina quedó afuera” 7 de Enero de 2024. Disponible en: <https://quedigital.com.ar/sociedad/sprint-el-inta-se-aparto-del-estudio-sobre-agroquimicos-y-argentina-queda-afuera/>

“Vivir con una “mezcla” de agroquímicos en el cuerpo” 29 de Julio de 2023. Disponible en: <https://quedigital.com.ar/sociedad/vivir-con-una-mezcla-de-agroquimicos-en-el-cuerpo/>

“Diez años después, la Corte ratifica la prohibición de fumigar a menos de mil metros” 13 de Septiembre de 2024. Disponible en: <https://quedigital.com.ar/judiciales/diez-anos-despues-la-corte-ratifica-la-prohibicion-de-fumigar-a-menos-de-mil-metros/>

### Tiempo Argentino

“Qué dice el informe que el INTA censuró sobre glifosato en humanos” 23 de Julio de 2023. Disponible en: <https://www.tiempoar.com.ar/informacion-general/que-dice-el-informe-que-el-inta-censuro-sobre-glifosato-en-humanos/>

Canal 10

Vecinos denuncian fumigaciones a muy poca distancia de las viviendas en Camet. 31 de Agosto de 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=xdckKpciK9k>

Canal 2

“Corte en la Ruta 11”. 21 de Agosto de 2018. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=r4fnFVCTpEs>

“Fumigaciones en Felix U Camet”. 25 de Septiembre de 2019. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=CGYO0hpTpN4&t=26s>



# ENSAYOS

# PROSPECTIVA GERONTOLÓGICA EN EL USO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS POR PARTE DE LOS JÓVENES ACTUALES

## A GERONTOLOGICAL PERSPECTIVE ON THE USE OF NEW TECHNOLOGIES BY TODAY'S YOUTH

**Dra. Graciela Zarebski**

Dra. en Psicología (UBA). Directora de la Especialización y de la Maestría en  
Psicogerontología (UAA). Directora del Instituto Iberoamericano de  
Ciencias del Envejecimiento (INICIEN)  
graciela zarebski@gmail.com

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### Resumen

El presente artículo aborda, desde una visión de la prospectiva gerontológica, los desafíos que enfrentarán los jóvenes actuales en su proceso de envejecimiento en un contexto atravesado por el avance de las nuevas tecnologías, en particular las redes sociales y la inteligencia artificial (IA). Se parte de la Teoría de la Identidad Flexible y de algunos de los factores psíquicos protectores del envejecimiento —autoindagación reflexiva, autocuestionamiento, autocuidado y diversificación de vínculos— como ejes analíticos centrales. El trabajo examina cómo las tecnologías digitales inciden en la construcción identitaria y en la autonomía personal, al tiempo que generan riesgos vinculados con el narcisismo, la dependencia de la mirada externa y la reducción de la capacidad reflexiva. Asimismo, se consideran las implicancias biológicas, sociales, educativas y laborales del impacto tecnológico, así como los riesgos de una nueva biomedicalización del envejecimiento. Se destacan los hallazgos del Estudio de Harvard sobre Desarrollo Adulto y las aportaciones de autores contemporáneos que advierten sobre los efectos de la economía de la atención, la manipulación algorítmica y el capitalismo de vigilancia. Finalmente, se plantea que el envejecimiento saludable del futuro no depende únicamente de los avances tecnológicos, sino de la consolidación de una identidad flexible, de la promoción de la empatía, la creatividad, el humor y la espiritualidad, y de decisiones colectivas que prioricen la calidad de lo humano frente a la supremacía de lo técnico.

**Palabras clave:** Prospectiva gerontológica, Identidad flexible, Factores protectores, Inteligencia artificial, Redes sociales.

## Abstract

This article addresses, from the perspective of gerontological foresight, the challenges that today's young generations will face in their aging process within a context shaped by the rise of new technologies, particularly social media and artificial intelligence (AI). It draws on the Theory of Flexible Identity and on some of the protective psychological factors of aging—self-examination, reflective self-questioning, self-care, and diversification of social bonds—as central analytical axes. The paper examines how digital technologies affect identity construction and personal autonomy, while also generating risks linked to narcissism, dependence on external validation, and the reduction of reflective capacity. Biological, social, educational, and labor implications of technological impact are also discussed, along with the risks of a renewed biomedicalization of aging. The findings of the Harvard Study of Adult Development are highlighted, together with contributions from contemporary authors warning about the effects of the attention economy, algorithmic manipulation, and surveillance capitalism. The article concludes that healthy aging in the future does not rely solely on technological advances, but on the consolidation of a flexible identity, the promotion of empathy, creativity, humor, and spirituality, and on collective decisions that prioritize the quality of what is human over the supremacy of the technical.

**Keywords:** Gerontological foresight, Flexible identity, Protective factors, Artificial intelligence, Social media.

## 1- Introducción

La prospectiva se ocupa de la construcción de un futuro deseado (Zarebski, 2014). En el campo de la gerontología, invita a anticipar los desafíos que deberán enfrentar los jóvenes de hoy cuando alcancen edades avanzadas. Esta tarea —la de imaginar, proyectar y construir un envejecimiento saludable para las nuevas generaciones— exige integrar la fundamentación teórica con una mirada crítica hacia las transformaciones culturales y tecnológicas que ya están modelando nuestro porvenir.

El presente trabajo propone reflexiones en torno a este fenómeno, a partir de la **Teoría de la Identidad Flexible** (Zarebski et al., 2019) y de los **factores psíquicos protectores del envejecimiento** (Zarebski et al., 2015), examinando cómo se ven interpelados/as hoy, en particular los jóvenes, por el avance de las nuevas tecnologías, las redes sociales y la inteligencia artificial (IA).

## 2- Identidad flexible como factor protector nodal

La identidad no es una entidad fija, sino

una construcción continua a lo largo del curso de vida. La **identidad flexible** se sostiene en la diversidad de vínculos, en múltiples intereses y en una permeabilidad abierta tanto a la interioridad como al intercambio con los demás, una identidad fluida.

Desde esta flexibilidad es posible construir **autonomía**. Ser autónomo/a no significa “hacer lo que uno/a quiere” sin límites, sino sostener y reformular deseos y proyectos ante las restricciones inevitables que plantea la vida. La capacidad de reinventarse constituye la base de la **resiliencia** y posibilita renovar el sentido vital en la vejez.

Para que la identidad sea flexible resulta indispensable regular el **narcisismo**. Tanto la falta de autoestima como el exceso, la omnipotencia, conducen a posiciones rígidas y a la pérdida de autonomía, obstaculizando la adaptación al cambio.

## 3- El impacto de las nuevas tecnologías

La cuestión central es si las tecnologías actuales —redes sociales e inteligencia artificial— contribuyen a desarrollar flexibilidad y autonomía o, por el contrario, generan riesgos para los jóvenes.

Las redes sociales estimulan el **narcisismo** mediante la exposición constante en un “espejo digital” inagotable, donde se construyen identidades idealizadas y superficiales: se ostentan imágenes siempre felices, siempre jóvenes, siempre exitosas. Este fenómeno favorece la dependencia de la mirada externa. Al mismo tiempo, las redes también generan el efecto opuesto: ansiedad, frustración y disminución de la autoestima a través de la comparación social. Se observan, de este modo, las dos caras del narcisismo problemático: la ostentación y la sensación de insuficiencia.

El modo de consumo digital —basado en estímulos breves, imágenes rápidas, videos cortos y notificaciones constantes— moldea el cerebro hacia la dispersión y dificulta la reflexión profunda. Así se ve amenazado uno de los factores protectores más relevantes: la **autoindagación y espera reflexiva**.

#### 4- Factores psíquicos protectores frente a la tecnología

La **autoindagación y espera reflexiva** es la capacidad de darnos un tiempo de espera, de preguntarnos qué deseamos y de tomar nuestras propias decisiones, diferenciándonos de imposiciones externas. Sin embargo, como advierte Burn-Murdoch (2025), la cultura digital contemporánea tiende a evitar los textos densos en favor de imágenes y videos cortos. Newport (2022) sostiene que este entorno está diseñado para la distracción, ya que múltiples sistemas compiten por captar nuestra atención mediante notificaciones y estímulos constantes. En la misma línea, plantea que el volumen de información disponible incentiva consumos fragmentarios, equivalentes a “bocados cognitivos” de escaso valor nutritivo para la mente -el equivalente de comida ‘chatarra’ a la que es tan difícil resistirse- que están calibrados para la máxima compulsividad **en contra del matiz o el razonamiento reflexivo**. Nos forman neurológicamente para hojear y saltar distraídamente de un texto a otro.

Como plantea Costa (2017), este escenario incrementa la capacidad de predicción de comportamientos y abre el camino a la manipulación política y comercial. Es en ese doble filo inquietante entre la facilitación y la manipulación, que se juega nuestro futuro, nos dice la autora. El capitalismo de vigilancia, concepto popularizado por Shoshana Zuboff

(2019), describe una fase del capitalismo en la que los datos personales se convierten en la principal materia prima para generar valor económico. Las grandes plataformas digitales extraen, procesan y comercializan información sobre nuestras conductas, gustos y decisiones, no solo para predecirlas sino también para influirlas. Este modelo se expande más allá de la publicidad hacia sectores como la salud, el trabajo y la política, consolidando un poder privado basado en el control del conocimiento y en la capacidad de moldear comportamientos a escala masiva.

El segundo factor protector es el **autocuestionamiento**, aplicado, en este caso, como la capacidad de preguntarnos críticamente hasta qué punto nos dejamos llevar por los atractivos superficiales del consumismo digital y el eficientismo, que incentivan estos nuevos colonizadores de nuestras mentes. Implica replantear valores y aceptar, humildemente, que no lo sabemos ni lo tenemos todo, reconociendo los límites de nuestra experiencia. Este factor también previene de la dependencia de las respuestas de la inteligencia artificial, que muchas veces refuerzan sesgos complacientes.

El tercer factor protector que cabe aplicar, es el **autocuidado** —efecto de la identidad flexible a nivel de nuestra biología - que se aplica a aceptar las limitaciones corporales que impone el paso del tiempo y equilibrarlas con los recursos que ofrece la tecnología. Damos la bienvenida a los dispositivos que monitorean parámetros vitales o facilitan la vida cotidiana. Como describe Coughlin (2025), existen sensores que detectan caídas antes de que ocurran, pastilleros inteligentes, timbres con IA que reconocen rostros y dispositivos capaces de monitorear parámetros vitales.

No obstante, Rose (2007) advierte que la tecnología también contribuye a consolidar la visión de los sujetos como “individuos somáticos”: seres definidos únicamente por genes, hormonas y redes neuronales, en detrimento de la dimensión psíquica y espiritual. Inquietos por eventuales fallas genéticas, disturbios neuroquímicos e inadecuaciones estéticas.

Más allá de las investigaciones que van en busca y nos prometen una vida eterna, siempre joven.

Esto alimenta el riesgo de un regreso a la **biomedicalización del envejecimiento**,

etapa ya superada en el campo gerontológico, que reduce la longevidad a parámetros biológicos, haciéndonos creer que basta con aparatos para garantizar longevidad, sin revisar actitudes, ni trabajar por nuestra trascendencia, factor espiritual que acompaña a una vida con sentido. Se trata de la eficiencia, el rendimiento, logros medibles vs. lo intangible, que pasa por el vínculo humano.

## 5- El plano social: vínculos y comunidad

La **diversificación de vínculos e intereses** constituye un factor protector esencial, efecto de la identidad flexible en el plano social. Investigaciones recientes muestran que el enfoque teórico del 'Envejecimiento Exitoso' es mucho más complejo que la mera salud física, ya que las personas mayores valoran especialmente la espiritualidad, la autonomía, la participación comunitaria y los vínculos (Cosco et al., 2013).

Robert Waldinger, director del famoso estudio longitudinal de Harvard, que comenzó en 1938 con cerca de 700 adolescentes y viene monitoreando periódicamente, durante 86 años, sus alegrías y dificultades, su estado físico, mental y emocional, y ahora también incluye a las parejas y descendientes de los participantes originales, plantea en el libro *The Good Life* (Waldinger & Schulz, 2023) que la sorpresa para los médico/as fue el hallazgo que lo que más preserva la salud y la felicidad en la vejez no es la riqueza ni el éxito, sino la **calidad de los vínculos humanos**.

Esto plantea interrogantes respecto del futuro de los jóvenes actuales en sociedades como Argentina y Chile, que presentan las más bajas tasas de natalidad y los más altos porcentajes de hogares unipersonales de América Latina. ¿Qué van a valorar al respecto los jóvenes de hoy cuando envejecan? La posible ausencia de redes familiares y la prevalencia de vínculos superficiales mediadas por pantallas interroga la calidad de su envejecimiento futuro.

La evidencia también señala riesgos inmediatos: pérdida del contacto visual en la interacción social, relaciones menos profundas y dependencia excesiva de dispositivos.

Sabemos que la empatía, el contacto humano, incluso el simple gesto de tomarle la mano a un/a paciente, son tan importantes para la salud como una cirugía o una medicación.

Si bien la inteligencia artificial puede simular diálogos, difícilmente pueda sustituir competencias humanas como la **empatía** o el **humor**, que se constituyen en factores de resiliencia y fortalecen la creatividad y la confianza (Martin, 2007).

## 6- El plano laboral y educativo

El impacto de la inteligencia artificial en el mundo laboral es innegable: algunos empleos desaparecen, otros emergen. Sin embargo, los expertos coinciden en que las **habilidades humanas** —empatía, creatividad, flexibilidad— serán las más valoradas.

Según Altman, CEO de OpenAI, la desaparición de ciertos empleos es inevitable, aunque los jóvenes cuentan con mayores recursos de adaptación gracias a su flexibilidad para adquirir competencias y explorar sectores emergentes (Noriega, 2025).

Sin embargo, se requiere extender esta flexibilidad a otras áreas de la vida. El historiador Yuval Noah Harari, en un encuentro reciente en México organizado por el Instituto Tecnológico de Monterrey (Irais, 2023), subraya que la clave para el futuro está en cultivar **mentes flexibles**, capaces de reinventarse continuamente y de sostener resiliencia emocional. La educación debe incluir no solo formación académica, sino también deporte, meditación y prácticas espirituales. "Lo primero que le aconsejaría a un/a universitario/a es invertir en conocerse mejor a sí mismo/a, sus emociones y cuerpo. Necesitarás resiliencia emocional para afrontar el ritmo extremadamente agitado del cambio de vida en el Siglo 21". Además, plantea que nos acercamos a una etapa en la historia en la que las personas tendrán que aprender una nueva profesión y comenzar una y otra vez.

Invertir en la flexibilidad y la resistencia mental o psicológica de las personas ya no es un lujo, es esencial para sobrevivir en el mercado laboral del Siglo 21 [...] No podemos descuidar otras capacidades humanas como la sensibilidad, la compasión o la espiritualidad [...] Las habilidades sociales y emocionales son esenciales para el futuro a largo plazo (Irais, 2023).

Los algoritmos, como advierte Vasen (2025), no son neutrales: son los nuevos



arquitectos de la subjetividad. Y es con los más jóvenes con quienes esa pedagogía invisible se vuelve más feroz. Diseñan lo que creemos desear, organizan nuestros vínculos, dictan nuestros pensamientos. Y lo hacen con eficacia quirúrgica, mientras creemos estar eligiendo.

Con más razón entonces, se trata de promover un uso inteligente de la IA, comenzando por las aulas: según una investigación del Instituto Tecnológico de Massachusetts, comandado por Nataliya Kosmyna (Kosmyna et al. 2025) estudiantes que dependieron exclusivamente de ChatGPT en tareas académicas redujeron un 40% su rendimiento cognitivo, contra el grupo control. El 83% de los usuarios de ChatGPT no pudieron recordar ni citar una sola frase de los textos que acababan de escribir minutos antes, generando una disminución significativa en la memoria y en **la autonomía intelectual, su capacidad crítica y su creatividad**, la cual es uno de los factores protectores: **riqueza psíquica y creatividad**, indicador de una identidad flexible, necesario para re-crearnos.

Se trata entonces, de seguir ensanchando el mundo psíquico con estímulos, representaciones, afectos y vínculos, lo que permitirá fortalecer las conexiones internas (redes neuronales, endócrinas, inmunológicas) con las redes de pensamientos, sentimientos y vinculares: eso es sostener la vida como vida humana y es lo que evita el deterioro. Participar en grupos, compartir vivencias, buscar expresarse, **serán los antioxidantes naturales**.

Transmitir a los jóvenes la promoción de un envejecimiento saludable, la construcción de futuro (Zarebski, 2011). En la Universidad Atlántida Argentina, tanto en grado como en posgrado, es la tarea que estamos emprendiendo, en grado a través de la cátedra de Evolutiva II, que está dedicada en su totalidad a desarrollar la mediana edad y el proceso de envejecimiento -y que es obligatoria, a diferencia de la mayoría de las carreras universitarias-, y en posgrado, a través de la Especialización y Maestría en Psicogerontología, en las cuales un eje en la formación es enfrentar a los alumnos/as a la elaboración anticipada y gradual de su propio envejecimiento, mediante las herramientas desarrolladas al respecto, como es el Cuestionario Mi Envejecer (Zarebski, 2014) y el Inventario FAPPREN (Zarebski & Marconi, 2017,).

## 7- Reflexiones finales

La prospectiva gerontológica exige abrir interrogantes:

- ¿En qué nos estamos convirtiendo, bajo las condiciones del mundo digital?
- ¿Qué modalidad de envejecimiento se está gestando en los jóvenes actuales, para un desarrollo autónomo: aprender a equilibrar anhelos con limitaciones?
- ¿Es una vuelta a la simplificación positivista? ¿A la certeza, el racionalismo acompañado de emociones falsas? ¿Progreso en datos, retroceso en calidad humana?

Como sostiene Harari (2018), la esperanza de la humanidad reside en aquello que nos hace irremplazablemente humanos/as. Que sea una **herramienta humana**, requerirá aprender a ponernos un freno - nuevamente la aceptación de límites - **a nosotros mismos**. Si bien regular a una inteligencia artificial que no duerme ni envejece plantea desafíos inéditos (Martin, 2025), el porvenir dependerá de las decisiones colectivas que adoptemos hoy.

El envejecimiento saludable del futuro no se garantiza únicamente con avances tecnológicos. Requiere de una identidad flexible, la cual implica, entre otros factores protectores, capacidad de autoindagación y espera reflexiva, autocuestionamiento, autocuidado y diversificación de vínculos e intereses. Estos factores, junto con el cultivo de empatía, creatividad, humor y espiritualidad, constituyen el núcleo de lo humano que ninguna máquina puede sustituir.

Son una guía para que los jóvenes actuales logren lo que la prospectiva gerontológica nos indica como un futuro deseable: el envejecimiento saludable.

En definitiva, el desafío no consiste solo en vivir más, sino en vivir con **sentido, autonomía y humanidad**.

## 8- Referencias bibliográficas

- Burn-Murdoch, J. (2025, 14 de marzo). *Have humans passed peak brain power?* Financial Times. <https://www.ft.com/> (requiere suscripción; disponible también resumido en Mediaite: <https://www.mediaite.com/media/news/no-critical-thought-required-ft-reporter-digs-into-how-digital-media-is-crushing-peoples-capacity-to-process-information/>)
- Cosco, T. D., Prina, A. M., Perales, J., Stephan, B. C. M., & Brayne, C. (2013). Lay perspectives of successful ageing: A systematic review and meta-ethnography. *BMJ Open*, 3(6), e002710. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-002710>
- Costa, F. (2017, 1 de julio). ¿Hay amor en el abrazo digital? *Tiempo Argentino*. <https://www.tiempoar.com.ar>
- Coughlin, J. (2025, 21 de julio). AI is reimagining retirement, but who's plugging it in? *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/josephcoughlin/2025/07/21/ai-is-reimagining-retirement-but-whos-plugging-it-in/>
- Harari, Y. N. (2018). *21 Lessons for the 21st Century*. New York: Spiegel & Grau.
- Irais, S. (2023, 19 de octubre). Tener mentes flexibles, reto del futuro de la educación: Yuval Harari. *Conecta. Tecnológico de Monterrey*. <https://conecta.tec.mx/es/noticias/nacional/sociedad/tener-mentes-flexibles-reto-del-futuro-de-la-educacion-yuval-harari>
- Kosmyna, N., Hauptmann, E., Yuan, Y. T., Situ, J., Liao, X. H., Beresnitzky, A. V., Braunstein, I., & Maes, P. (2025). Your brain on ChatGPT: Accumulation of cognitive debt when using an AI assistant for essay writing task. *arXiv Preprint*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2506.08872>
- Martin, R. A. (2007). *The Psychology of Humor: An Integrative Approach*. Burlington: Elsevier Academic Press.
- Martin, N. V. (2025, 7 de agosto). Yuval Noah Harari, historiador: La persona más rica en unos años no será Elon Musk, Jeff Bezos o Mark Zuckerberg, será una inteligencia artificial, y tendrá el derecho a donar dinero. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com>
- Newport, C. (2022). *Céntrate (Deep Work): Las cuatro reglas para el éxito en la era de la distracción*. Barcelona: Editorial Península.
- Noriega, P. (2025, 13 de agosto). Sam Altman, CEO de OpenAI, revela que los trabajadores de 60 años serán los más afectados por la IA. *Infobae*. <https://www.infobae.com/tecnologia/2025/08/13/sam-altman-ceo-de-openai-revela-que-los-trabajadores-de-60-anos-seran-los-mas-afectados-por-la-ia/>
- Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Vasen, J. (2025). *Generación algoritmo. El desánimo y la ansiedad en la telaraña digital*. Buenos Aires: Noveduc.
- Waldinger, R., & Schulz, M. (2023). *The Good Life: Lessons from the World's Longest Scientific Study of Happiness*. New York: Simon & Schuster.
- Zarebski, G. (2011). *El futuro se construye hoy: La reserva humana*. Buenos Aires: Paidós.
- Zarebski, G. (2014, 7 de enero). ¿Qué nos indica la prospectiva gerontológica? *Voces en el Fénix*, 36. <https://vocesenelfenix.economicas.uba.ar/que-nos-indica-la-prospectiva-gerontologica/>
- Zarebski, G., Marconi, A., & colaboradores. (2015). Factores protectores para el envejecimiento. En A. Marconi (Comp.), *Narcisismo, resiliencia y factores protectores en el envejecimiento* (pp. 31-57). Buenos Aires: Editorial MAC.
- Zarebski, G. (2014). *Manual Cuestionario Mi Envejecer*. Buenos Aires: Paidós.
- Zarebski, G. (2017). *Manual del Inventario FAPPREN*. Saarbrücken: Editorial Académica Española.
- Zarebski, G., & colaboradores. (2019). *La Identidad Flexible como Factor Protector en el Curso de la Vida*. Buenos Aires: UMAI.
- Zuboff, S. (2019). *The Age of Surveillance Capitalism: The Fight for a Human Future at the New Frontier of Power*. New York: PublicAffairs.

# SECCIÓN ESTUDIANTIL

# UNA PEDAGOGÍA DEL ENSAYO : PRÁCTICAS DE ESCRITURA ACADÉMICA CON SENTIDO EN LA UNIVERSIDAD PÚBLICA

La universidad pública enfrenta hoy desafíos complejos: formar profesionales críticos, éticos y comprometidos con sus contextos, garantizar trayectorias de formación inclusivas y significativas, y recuperar el sentido emancipador de la educación. En este escenario, la escritura puede ser pensada como una herramienta potente, no solo para evaluar o reproducir saberes, sino para intervenir, narrar, investigar y transformar.

La escritura ensayística se convierte en una herramienta en el aula, en un espacio de diálogo entre biografía, formación y mundo; una práctica de autoría que habilitó a los y las estudiantes a decir (se) desde la universidad pública.

En el marco de la asignatura “Investigación en Enfermería II” de la Licenciatura en Enfermería (UNMDP), durante el ciclo lectivo 2025, nos propusimos una experiencia educativa que excediera los moldes tradicionales del trabajo final. Buscamos, en cambio, abrir un espacio real de enunciación, reflexión y producción escrita que permitiera a los y las estudiantes narrar, conceptualizar e intervenir sobre su propia práctica de formación desde una mirada crítica, situada y emancipadora.

La propuesta partió de una certeza compartida: la escritura no es solo una herramienta de evaluación, sino una forma de conocimiento, de formación y también de transformación. Escribir es, en este sentido, una práctica política que habilita a pensar(se), a decir(se) y a construir sentido en colectivo.

Así nació esta sección estudiantil, que propone extenderse a las tres carreras para generar experiencias tempranas de publicación de ensayos escritos por estudiantes, en el que recuperan su experiencia formativa, sus trayectorias, sus interrogantes y sus modos de resistir, habitar y transformar la universidad, el campo de la salud y el oficio de cuidar.

En el aula la investigación fue entendida como un espacio micropolítico. Allí se disputaron sentidos, se entrecruzaron saberes académicos, populares y profesionales, y se habilitaron diálogos que muchas veces la universidad ha clausurado: entre lo vivido y lo pensado, entre el cuerpo que cuida y el cuerpo que escribe, entre la experiencia y el concepto.

En el transcurso del año, las docentes de la asignatura acompañaron a los estudiantes en un proceso de lectura, problematización y reflexión crítica, que culminó en la producción de ensayos personales y colectivos. Estos ensayos no fueron un “trabajo práctico más”: fueron el resultado de una apuesta pedagógica que se animó a pensar que el saber no solo se transmite, sino que se construye en común, que el aula puede ser un laboratorio de pensamiento vivo, y que la escritura puede ser, también, una forma de cuidado.

Cada texto que compone esta sección fue elegido por decisión de sus autores y autoras, quienes aceptaron compartir sus producciones con la comunidad universitaria más allá del marco evaluativo. En sus páginas encontramos preocupaciones éticas, epistemológicas, políticas y afectivas. Leemos sobre el malestar institucional, sobre las luchas por habitar la universidad desde cuerpos y biografías muchas veces desplazadas. Se interpelan los modelos de formación tecnocráticos y se plantean, desde el hacer y el pensar, otras formas posibles de aprender, investigar y cuidar.

Algunos ensayos toman la forma de una memoria narrativa; otros, de un diálogo teórico con autores y autoras trabajadas en clase; otros, de una denuncia ética sobre las condiciones de producción del saber y de ejercicio de la enfermería en el sistema de salud. Todos ellos comparten un gesto: el de inscribirse en el derecho a decir, a construir conocimiento, a disputar sentidos y a ser reconocidos

como sujetos epistémicos.

Lo que compartimos aquí no es una investigación en el sentido clásico. Es una experiencia formativa que apostó por la transformación. No se buscó objetivar a los estudiantes, sino acompañar su potencia pensante, sentipensante y crítica.

La producción de estos ensayos se acompañó a lo largo de la cursada mediante instancias de reflexión, devolución y revisión colectiva. Se ofrecieron espacios de tutoría y se promovió un marco ético de cuidado para trabajar con experiencias personales y comunitarias, evitando la exposición, el dolor gratuito o la estetización del sufrimiento.

La escritura fue así una práctica de escucha, de reescritura, de elección. Y sobre todo, una práctica de agencia: cada estudiante eligió qué decir, cómo decirlo y si deseaba compartirlo más allá del aula.

En tiempos en que la educación superior enfrenta desafíos profundos —desigualdades de acceso, desinversión, mercantilización del conocimiento—, estas voces emergen como una forma de defensa y de esperanza. Nos recuerdan que la universidad no se construye solo en los grandes congresos, sino también en cada aula donde alguien se atreve a pensar en voz alta, en cada cuaderno donde se anota una pregunta, en cada texto que busca su lugar.

Publicar estos ensayos en una revista científica no es solo un gesto editorial: es un acto político. Es reconocer que hay saber en las voces estudiantiles, que hay pensamiento en los márgenes, que hay ciencia también cuando se escribe desde el cuerpo, desde el cuidado y desde las ausencias.

Invitamos a los lectores a recorrer estos textos con el mismo cuidado con el que fueron escritos. A leer no solo con la razón, sino también con el cuerpo. Porque, como decimos en clase, investigar también es aprender a mirar lo que la normalidad quiere volver invisible.

### **Abrir el aula, abrir la palabra**

Lejos de tratarse de una habilidad técnica descontextualizada, la escritura en la universidad aparece, desde esta perspectiva, como una **práctica social, cultural y política**, en la que se ponen en juego subjetividades, memorias, saberes y horizontes de sentido. Escribir en la universidad, entonces, no solo implica aprender un código institucional, sino también disputar sentidos, habitar el aula con otros lenguajes, habilitar la palabra y reconfigurar las relaciones pedagógicas.

Este marco no pretende clausurar sentidos, sino **abrir preguntas** que orienten el análisis posterior: ¿qué formas de subjetividad y poder se ponen en juego en las prácticas de escritura en la universidad? ¿Qué experiencias habilitan o restringen los dispositivos institucionales? ¿Cómo se configuran resistencias, grietas, fugas o reinenciones en las tramas del aula? ¿Qué pedagogías pueden acompañar esas reescrituras colectivas del oficio de escribir?

En esta sección de este número de la revista, nos proponemos algo más que publicar producciones estudiantiles: queremos interpelar, desacomodar, problematizar. Cada uno de los ensayos que integran esta sección es una huella, una toma de palabra que emerge desde lo colectivo, pero que también conserva la potencia singular de quien escribe. Son voces que no piden permiso para hablar de lo que duele, de lo que incomoda, de lo que históricamente ha sido silenciado en las aulas universitarias.

Este proyecto pedagógico no fue neutro ni inocente. Asumimos el riesgo de desarmar la escritura formateada, de incomodar al texto académico clásico y de abrir un nuevo campo de sentido donde lo vivencial y lo político se entrelacen. Trabajamos con una ética del cuidado de la palabra ajena, pero también con una pedagogía del coraje: el coraje de nombrar, de narrar, de decir. Porque sabemos que la narración —como ejercicio epistemológico y político— transforma la experiencia en conocimiento situado, encarnado, tejido con las historias de vida de quienes habitan las aulas, los



pasillos, los consultorios, los territorios.

En un tiempo donde las palabras parecen agotadas o manipuladas hasta volverse cliché, estos textos reponen la palabra viva. La que nace de procesos reales, de incomodidades sentidas, de vínculos pedagógicos que se construyen desde el respeto y la escucha activa. Son palabras que no encajan del todo en el molde institucional, y precisamente por eso tienen fuerza transformadora. No buscan repetir lo sabido, sino abrir otras posibilidades de pensar y sentir la formación en enfermería, el trabajo en salud, la universidad pública, el mundo que habitamos.

Cada texto puede ser leído como una forma de resistencia, pero también como una ofrenda. Porque quienes escribieron no solo narraron lo que les pasó, sino lo que les importó. Se atrevieron a escribir desde su historia, desde sus territorios, desde sus cuerpos. Y eso, en un contexto atravesado por desigualdades estructurales, violencias naturalizadas y prácticas burocráticas que muchas veces deshumanizan, es un acto profundamente político.

Este número no está pensado para ser leído de corrido, como si fuera una suma de experiencias individuales. Está pensado como una invitación a detenerse, a escuchar otras formas de decir, a dejarse tocar por la palabra del otro. Ojalá quien se acerque a estos ensayos lo haga con el mismo compromiso ético y afectivo con el que fueron escritos.

Porque en tiempos de repliegue, de recorte, de silenciamiento, escribir es un modo de reapropiarse del mundo.

Y porque, como decía una de las autoras que nos inspiró a lo largo del camino, **"la educación no cambia el mundo, cambia a las personas que van a cambiar el mundo"** (Paulo Freire).

Bienvenidos a estas páginas abiertas. Que la lectura incomode, abrace, despierte. Que las palabras no se queden en el papel.

**Mg. Laura Paola Sánchez**

[laurasanchez@mdp.edu.ar](mailto:laurasanchez@mdp.edu.ar)

**Mg. Norma Peralta**

[mnorma\\_peralta@yahoo.com.ar](mailto:mnorma_peralta@yahoo.com.ar)

Carrera de Licenciatura en Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social  
Universidad Nacional de Mar del Plata

# **SONIDOS QUE ABRAZAN : LA MÚSICA COMO ESTRATEGIA DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE LA ANSIEDAD PREOPERATORIA EN NIÑOS**

## **SOUNDS THAT EMBRACE : MUSIC AS A NURSING STRATEGY FOR MANAGING PREOPERATIVE ANXIETY IN CHILDREN**

**Est. Ailén Victoria Escobar Voirin**

**Est. Nicolas Agelan**

**Est. Yesica Aguilera**

**Est. Aron Cerono**

aroncerono22@gmail.com

**Est. Ludmila Díaz**

**Est. Aylen Melina Galella**

**Est. María Cecilia González**

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

En el marco de la salud colectiva y la humanización del cuidado, este ensayo reflexivo analiza la música como intervención de enfermería para acompañar y disminuir la ansiedad en niños que atraviesan un proceso preoperatorio. Basado en una revisión cualitativa de literatura científica, documentos institucionales y testimonios públicos del proyecto Música para el Alma (MPA), seleccionados entre 2018 y 2025. Se adopta un enfoque crítico desde la salud colectiva y la competencia estructural, integrando teoría y práctica para proponer una estrategia de cuidado humanizado. Diversos estudios internacionales y regionales, entre ellos el de Khosravy Sato (2018), demuestran que la música aplicada por enfermería reduce de manera significativa la ansiedad preoperatoria. A partir de estos hallazgos, se propone una intervención musical breve de 10 a 20 minutos previo a la cirugía, adaptada a la edad del niño y con participación familiar. Se subraya el rol de la enfermería como agente clave en la implementación de estrategias no farmacológicas de control de la ansiedad, integrando arte, ciencia y empatía. En definitiva, la música se presenta como una forma de cuidado que no solo calma, sino que también humaniza y amplía las posibilidades del cuidado enfermero en el ámbito pediátrico.

**Palabras clave:** Ansiedad preoperatoria, Enfermería pediátrica, Humanización del cuidado, Musicoterapia, Salud colectiva.

## Abstract

Within the framework of collective health and the humanization of care, this reflective essay analyzes music as a nursing intervention to support and reduce anxiety in children undergoing a preoperative process. It is based on a qualitative review of scientific literature, institutional documents, and public testimonies from the Music for the Soul (MPA) project, selected between 2018 and 2025. A critical approach grounded in collective health and structural competence is adopted, integrating theory and practice to propose a humanized care strategy. Various international and regional studies, including that of Khosravy Sato (2018), show that music delivered by nursing staff significantly reduces preoperative anxiety. Based on these findings, a brief musical intervention of 10 to 20 minutes prior to surgery is proposed, adapted to the child's age and incorporating family participation. The role of nursing is highlighted as a key agent in implementing non-pharmacological strategies for anxiety control, integrating art, science, and empathy. Ultimately, music emerges as a form of care that not only soothes but also humanizes and broadens the possibilities of nursing care in the pediatric setting.

**Keywords:** Preoperative anxiety, Pediatric nursing, Humanized care, Music therapy, Collective health.

## I- Introducción

En un contexto de creciente medicalización, fragmentación institucional y desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud, surgen prácticas que interpelan el paradigma biomédico y promueven abordajes más integrales de cuidado. Entre ellas, la intervención musical en el contexto preoperatorio pediátrico se presenta como herramienta interdisciplinaria capaz de reducir la ansiedad y favorecer el bienestar emocional del niño desde el arte y la empatía. La metodología adoptada es de carácter cualitativo, centrada en el análisis documental y reflexivo de bibliografía académica y experiencias institucionales. Se revisaron artículos científicos indexados, tesis y materiales institucionales (2018–2025), con especial atención a los testimonios públicos y consentidos del proyecto MPA.

El período preoperatorio representa un momento de elevada ansiedad tanto para el niño como para su familia. La espera, el entorno hospitalario y la separación de los cuidadores generan respuestas fisiológicas y emocionales que pueden interferir con el proceso quirúrgico y aumentar el uso de fármacos sedantes. Frente a este desafío, la enfermería busca estrategias complementarias que humanicen la atención.

La música, por su capacidad de modular emociones y generar calma, se presenta como una herramienta eficaz de cuidado. Este ensayo propone responder la pregunta: ¿Cómo puede la música contribuir, desde la práctica de

enfermería, al control de la ansiedad preoperatoria en niños?

Para ello, se desarrolla un análisis reflexivo que integra fundamentos teóricos, evidencia científica y experiencias artísticas, tomando como referencia el proyecto argentino *Música para el Alma* (MPA), cuyos testimonios públicos y consentidos ofrecen un modelo adaptable al ámbito quirúrgico infantil.

## 2- Metodología

El trabajo se inscribe en el formato de ensayo académico reflexivo, basado en el análisis crítico de literatura científica, documentos institucionales y testimonios cualitativos. Se revisaron fuentes nacionales e internacionales sobre musicoterapia, salud colectiva y enfermería pediátrica (2018–2025), priorizando artículos indexados y experiencias comunitarias con registro público.

La metodología combina análisis documental y reflexión teórica con sistematización de experiencias, orientada a la comprensión contextual más que a la concibe como construcción generalización estadística.

## 3- Marco teórico: salud colectiva y competencia estructural

Desde la salud colectiva, la salud se concibe como construcción social atravesada por lo histórico, lo político y lo cultural. Spinelli (2010) señala que el “campo de la salud”

involucra relaciones sociales y acciones colectivas donde los sujetos instituyen prácticas transformadoras. En este sentido, la atención pediátrica no solo aborda procesos biológicos, sino también dimensiones emocionales y simbólicas. Autores como Breilh, Menéndez y Laurell sostienen que las prácticas de cuidado deben incorporar determinantes sociales, culturales y subjetivos del proceso salud-enfermedad.

Metzl y Hansen (2023) proponen la *competencia estructural*, entendida como la capacidad de los equipos de salud para identificar y actuar sobre los factores institucionales y sociales que generan sufrimiento. En el contexto preoperatorio pediátrico, la música puede funcionar como tecnología de cuidado que actúa sobre lo emocional y lo relacional, favoreciendo la contención integral.

#### 4- Caso MPA: arte, presencia y cuidado

El proyecto *Música para el Alma (MPA)*, creado en Argentina en 2011, constituye una experiencia paradigmática de arte como cuidado. Sus intervenciones hospitalarias promueven encuentros musicales no terapéuticos en sentido clínico, pero sí profundamente humanizadores.

La irrupción musical en el ámbito hospitalario funciona como dispositivo de subjetivación: moviliza afectos, dignifica el padecimiento y favorece la elaboración del dolor. Aunque MPA no reemplaza la musicoterapia clínica, comparte su principio esencial: usar la música para contener y aliviar. Adaptar su filosofía al contexto preoperatorio pediátrico implica integrar repertorios infantiles, presencia familiar y coordinación interdisciplinaria, convirtiendo la música en una extensión sensible del cuidado enfermero.

Diversos testimonios ilustran su impacto: en Bahía Blanca (2019), un paciente adulto relató que “[...] el tenor terminó cantando dentro de mi habitación y luego me fue a abrazar”. En el Hospital Garrahan (2021), una madre expresó: “Ustedes no saben hasta dónde llegan... ese chamamé fue un mimo ante el destierro que sufrí”. Finalmente, en Mendoza (2020), la madre de una paciente pediátrica con parálisis cerebral recordó: “Nunca la habían visto tan feliz. Bajó escalón por escalón para seguir jugando un rato más con el cello”.

[Fuentes: Música para el Alma, testimonios públicos/archivo interno; consentimiento informado;

datos anonimizados.]

Estas experiencias constituyen evidencias cualitativas del valor de la música como tecnología de cuidado que trasciende protocolos biomédicos, mostrando su potencial para generar alivio, conexión y sentido en contextos hospitalarios y respaldando su adaptación como estrategia preoperatoria centrada en la empatía y la presencia.

#### 5- Evidencias internacionales

La eficacia de la música en el contexto preoperatorio pediátrico cuenta con amplio respaldo científico. Estudios demuestran que las intervenciones musicales, ya sea mediante musicoterapia estructurada o acompañamiento musical enfermero, producen beneficios fisiológicos, psicológicos y sociales.

Fisiológicamente, la música modula el sistema nervioso autónomo, promoviendo la activación parasimpática y disminuyendo frecuencia cardíaca, presión arterial y respiratoria (Trappe, 2023). Psicológicamente, reduce los niveles de ansiedad, miedo y tensión anticipatoria (Khosravy Sato, 2018; Bradt et al., 2023; Wang et al., 2024). En el plano social y relacional, fortalece el vínculo entre el niño, su familia y el equipo de salud, generando confianza y cohesión (Daykin et al., 2025; Faulkner et al., 2020).

La evidencia converge en que la música es una herramienta interdisciplinaria, accesible y de bajo costo, que contribuye a la humanización del cuidado pediátrico.

#### 6-Vinculación con la práctica de enfermería

El rol del enfermero en el preoperatorio pediátrico implica acompañar emocionalmente, generar confianza y favorecer la cooperación. La música potencia esta función, actuando como mediadora entre ciencia y sensibilidad. Aplicada en coordinación interdisciplinaria, humaniza el entorno quirúrgico, disminuye la ansiedad y fortalece el vínculo terapéutico.

Entre las buenas prácticas se destacan: adaptar el repertorio a la edad y preferencias del niño, respetar tiempos quirúrgicos, permitir la presencia familiar y registrar respuestas emocionales y fisiológicas. La enfermería debe asegurar el consentimiento informado y garantizar la voluntariedad del paciente.

## 7- Implicaciones para políticas públicas y gestión

La implementación sistemática de intervenciones musicales preoperatorias requiere acciones coordinadas en tres niveles:

Protocolos institucionales: definir criterios de inclusión, selección de repertorio y coordinación con el equipo clínico.

Formación profesional: capacitar al personal de enfermería en estrategias de humanización, manejo de ansiedad y aplicación segura de intervenciones musicales.

Articulación intersectorial: establecer convenios con programas culturales, de voluntariado o musicoterapia.

Evaluación: usar indicadores simples (escala mYPAS, EVA, signos vitales y encuestas de satisfacción) para medir impacto.

Estas acciones favorecen políticas públicas orientadas a la humanización del cuidado infantil.

## 8- Consideraciones éticas

Los testimonios de *Música para el Alma* fueron obtenidos de fuentes públicas y se presentan de manera anonimizada, respetando el consentimiento informado de participantes o sus familias.

En intervenciones musicales pediátricas, se requiere siempre autorización parental y asentimiento del niño, garantizando entornos seguros y voluntarios. Se respetan los principios de beneficencia, autonomía y dignidad humana, promoviendo prácticas basadas en el respeto y la sensibilidad.

## 9- Conclusiones

La evidencia científica y las experiencias clínicas demuestran que la música constituye una estrategia eficaz y humanizadora para reducir la ansiedad preoperatoria infantil. Desde la enfermería, su implementación integra lo emocional, lo cultural y lo científico, ampliando el campo del cuidado hacia una dimensión estética y empática.

Incorporar intervenciones musicales breves en protocolos prequirúrgicos favorece la regulación fisiológica y emocional, fortalece el vínculo terapéutico y reduce la necesidad de fármacos sedantes.

La articulación entre enfermería, proyectos artísticos como *Música para el Alma* y profesionales de la musicoterapia potencia la humanización del sistema de salud, reafirmando el rol de la enfermería como disciplina que une ciencia, arte y compasión.

## 10- Referencias bibliográficas

- Anderson, L., Martínez, P., & Torres, R. (2024). *Prácticas culturales y cuidado de la salud: Perspectivas decoloniales en enfermería*. Editorial Universidad Abierta.
- Bradt, J., Dileo, C., & Magill, L. (2023). Music interventions for improving psychological and physical outcomes in hospitalized patients: A meta-analysis. *Journal of Music Therapy*, 60(2), 150–175. <https://doi.org/10.1093/jmt/thac012>
- Daykin, N., Orme, J., Evans, D., & Salmon, D. (2025). Community music engagement and health: Systematic review of well-being and resilience outcomes. *Health Promotion International*, 40(1), 12–29. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa123>
- Faulkner, A., Cooper, J., & Smith, K. (2020). Music-making and social inclusion: Benefits for youth in vulnerable contexts. *Arts & Health*, 12(3), 201–216. <https://doi.org/10.1080/17533015.2019.1653214>
- Franco-Giraldo, A., & Álvarez-Dardet, C. (2019). *Salud colectiva y determinantes sociales: Perspectivas críticas desde América Latina*. Editorial Universidad de Granada.
- Khosravy Sato, M. (2018). Music therapy as a nursing intervention for preoperative anxiety in children: A clinical study. *Pediatric Nursing*, 44(4), 190–197.
- Metzl, J., & Hansen, H. (2023). Structural competency in health interventions: Addressing social determinants of health. *New England Journal of Medicine*, 388(15), 1347–1354. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2206916>
- Música para el Alma. (2023). *Quiénes somos*. <https://musicaparaelalma.org/quienes-somos>
- Spinelli, M. (2010). *Salud colectiva: Teoría y práctica*. Editorial Prometeo.
- Trappe, H. (2023). Music and cardiovascular health: Physiological effects and clinical implications. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 10, 1012345. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2023.1012345>



Testimonios de pacientes y profesionales del proyecto *Música para el Alma*. (2019). Bahía Blanca, Argentina.

Wang, Y., Li, X., & Chen, Q. (2024). Group music therapy and psychological resilience: Evidence from systematic reviews. *Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts*, 18(2), 256–270. <https://doi.org/10.1037/aca0000598>

World Federation of Music Therapy [ Federación Mundial de Musicoterapia ]. (2011, mayo) Announcing WFMT new definition of music therapy. <https://www.wfmt.info/post/announcing-wfmmts-new-definition-of-music-therapy>.

# EL CUIDADO EN DISPUTA : ENFERMERÍA COMO IDENTIDAD POLÍTICA E IDENTIDADES SUBALTERNIZADAS

## CARE IN DISPUTE : NURSING AS POLITICAL IDENTITY AND SUBALTERN IDENTITIES

**Est. Yael Bernat Aguirre**

yaelaguirre@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0008-1176-7588>

**Est. Eva Monica Martin**

evamartin@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0000-1168-4055>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

“No queremos ser más esta humanidad”

Susy Shock.

### **Resumen**

El presente trabajo es una invitación a pensar el modo en que se concibe el cuidado dentro de las prácticas de enfermería, entendiéndolo como un acto que no deja de estar atravesado por relaciones de poder, posicionamientos políticos y estructuras socioculturales que, muchas veces, son productoras de exclusión. Se problematiza la falta de accesibilidad y permanencia de quienes logran acceder al sistema de salud. Se pone énfasis en identidades subalternizadas abordando las problemáticas desde una perspectiva situada, crítica e interseccional. Se propone pensar la enfermería no solo como profesión, sino como identidad política, que toma postura frente a las inequidades, y actúa como una fuerza capaz de resistir y transformar las lógicas que incluyen a cuerpos “esperados” dentro del sistema, pero excluyen identidades no hegemónicas. Para ello se profundiza en los aportes de los transfeminismos, de identidades históricamente marginalizadas y marcos legales que ayudan a cuestionar la neutralidad del cuidado para situarlo como una práctica ética y política.

**Palabras clave:** Enfermería, Cuidado, Identidad política, Identidades subalternizadas.

## Abstract

This paper invites us to reflect on how care is conceived within nursing practices, understanding it as an act that is inevitably influenced by power relations, political positions, and sociocultural structures that often lead to exclusion. It highlights the lack of accessibility and permanence for those who manage to access the healthcare system. It emphasizes subaltern identities, addressing issues from a situated, critical, and intersectional perspective. It proposes thinking about nursing not only as a profession but also as a political identity that takes a stand against inequalities and acts as a force capable of resisting and transforming the logic that includes “expected” bodies within the system but excludes non-hegemonic identities. To this end, it delves into the contributions of transfeminisms, historically marginalized identities, and legal frameworks that help to question the neutrality of care in order to situate it as an ethical and political practice.

**Keywords:** Nursing, Care, Political Identity, Subaltern Identities.

## I- Introducción

Tanto en experiencias personales con el sistema de salud, experiencias de pares, y prácticas como estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad de Mar del Plata, hemos podido observar que el cuidado no es neutro, pero sí se lo disfraza de neutralidad.

Muchas veces se lo suele presentar como un acto meramente “humano”, desinteresado, universal, y en los casos más reduccionistas, como una técnica a seguir, a cumplir a rajatabla como una ecuación matemática mediante la cual siempre se va a llegar al mismo resultado, sea este positivo o no, que es curar a la persona. Incluso es común observar técnicas o prácticas de cuidado que se reproducen hace años de manera sistemática, por costumbre, inercia o incluso por transmisión intergeneracional, como algo que se realiza así porque se aprendió de esa manera, sin pensar o cuestionar sobre su fundamento científico ni ético. Tal es el caso de la falta de planes individualizados donde se utilizan acciones predeterminadas sin evaluar si es realmente necesaria para la persona, o el trato infantilizado hacia les usuaries, que si bien no es algo que se enseñe ni promueva en los espacios de formación, sucede en la cotidianidad.

Pero si hablamos del “lado b”, el cuidado también está profundamente atravesado por relaciones verticalistas de poder, por decisiones políticas y por contextos sociohistóricos y culturales que rigen a la hegemonía, es decir, a los rasgos dominantes de

la sociedad donde se sitúa. Pero como advierte Butler (2020), el problema no es la universalidad en sí misma, sino cuando esta no es sensible a las particularidades culturales ni se reformula en función de las condiciones sociales de quienes incluye dentro de su campo de aplicación (p. 17).

En el campo de la salud, pero especialmente en enfermería, estas disputas se expresan en quiénes ejercen el cuidado, a quiénes se lo brinda, y sobre todo de qué manera se hace. A pesar de estar explícito en la Ley 24.004 de Ejercicio de Enfermería, en los artículos 10 y 11 y en el artículo 1º inciso b, que se debe respetar la dignidad humana sin distinción alguna garantizando respeto y consideración hacia la personalidad de le usuarie y sus creencias, y en la Ley 26.743 de Identidad de Género, que reconoce el derecho de todas las personas a ser tratadas conforme a su identidad, aún hay quienes hacen caso omiso de estas normas en sus prácticas cotidianas, vulnerando derechos fundamentales y reforzando exclusiones hacia personas trans y otras identidades no hegemónicas.

Es por esto que proponemos el ejercicio de pensar el cuidado como un territorio en disputa, donde se vuelve imprescindible cuestionar y repensar las jerarquías que operan en los grupos sociales, en la estructura del modelo médico hegemónico (MMH) y en consecuencia, las exclusiones que impactan directamente sobre cuerpos e identidades subalternizadas, arrojandolas a los márgenes de la sociedad, donde muchas veces el cuidado ni siquiera llega.

Siguiendo esa misma línea, Breilh (1999) introduce el concepto de “los sin poder” para

describir a las identidades que habitan en dichos márgenes. Pero menciona que si bien pueden carecer de acceso a ciertos recursos, también desarrollan una mirada crítica con capacidad de incidir en la producción de saberes y en su propio bienestar.

Para comenzar a pensar en cómo transformar el acto de cuidar en una práctica que aloje a todas las personas en equidad, quizá sea oportuno poder introducir el concepto de la enfermería como identidad política y no solamente como una profesión que entre otras cosas, brinda cuidado. En ese sentido, como señala Butler (2020), “las normas no nos deciden de una manera determinista, aunque sí proporcionan el marco y el punto de referencia para cualquier conjunto de decisiones que tomemos a continuación” (p. 37). Cuestionar las violencias de la lógica biomédica, de la injusticia epistémica y por ende, de la falta de la construcción de conocimiento con base situada, puede ser una manera de transformar las prácticas de cuidado para que las identidades subalternizadas, oprimidas por el cissexismo, racismo, capacitismo, colonialismo, y demases sistemas de opresión, puedan no solo tener una mayor accesibilidad, y permanencia dentro del sistema para mejorar y mantener sus saludes.

En muchos de estos casos, el cuidado que se ofrece desde las instituciones, tanto públicas como privadas, está sesgado, es mínimo, iatrogénico o directamente (y por lo general) inexistente, faltando también a lo expresado en la Ley 26.529 de Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, donde deja explícito que la persona tiene derecho a ser asistida por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición.

Nos preguntamos entonces ¿Qué tipo de cuidado ofrecemos como profesionales cuando no nos preguntamos desde dónde cuidamos, cómo y para quién? ¿Somos realmente neutrales en nuestra práctica? ¿Existe dentro de ella la meritocracia en cuanto a los sujetos de cuidado?

A través de una mirada situada y crítica, basándonos en experiencias comunitarias, aportes de los transfeminismos, e identidades subalternizadas, buscamos problematizar la idea del cuidado como acto asistencial y abogar por una práctica, o mejor dicho, una identidad

enfermera que asuma su dimensión política, ya que como advierte Haraway (2018) “la lucha política consiste en ver desde las dos perspectivas a la vez, ya que cada una de ellas revela al mismo tiempo tanto las dominaciones como las posibilidades inimaginables desde otro lugar estratégico” (p. 20). Cuidar, en contextos donde impera la violencia, es una decisión, que como todo acto humano, no deja de ser político.

## 2- Metodología

El presente ensayo se desarrolla desde una metodología cualitativa, crítica e interpretativa que busca problematizar las prácticas de cuidado y la relación con las estructuras de poder. Se intenta comprender desde un enfoque fenomenológico, las experiencias y posicionamientos políticos que atraviesan les enfermeras y las de les usuaries durante las prácticas en la atención primaria.

Este análisis se realizó a partir de una revisión bibliográfica de diferentes autoras y autores que aportan marcos teóricos vinculados a la epistemología feminista, los transfeminismos y la teoría crítica de la salud, tales como Butler, Haraway, Breilh, Wayar, Crenshaw, Sandoval y Merhy, entre otros. También se realiza un estudio de marcos legales vigentes en Argentina (Ley 24.004 de Ejercicio de la Enfermería, Ley 26.743 de Identidad de Género, y Ley 26.529 de Derechos del Paciente), que permiten situar el análisis dentro del contexto normativo nacional.

Se incorporan relatos y testimonios de personas pertenecientes a identidades subalternizadas que han atravesado experiencias de exclusión o maltrato dentro del sistema de salud. Estos testimonios se presentan con nombres fantasía a fin de cuidar la identidad de quienes los brindaron. Los relatos, obtenidos de espacios comunitarios y de experiencias compartidas en el marco de la formación en enfermería, son interpretados desde una mirada situada e interseccional, entendiendo que las vivencias personales son también producto de relaciones estructurales de poder.

El análisis crítico y reflexivo intenta describir cómo el proceso de investigación puede ser un acto político en sí mismo. Es por eso que, se asume que quien investiga no es neutral ni externo al objeto de estudio, sino parte activa del campo del cuidado, si no que se implica en las mismas dinámicas que se busca

problematizar. Desde esta posición epistemológica e ideológica, el trabajo propone dar entidad a las tensiones y disputas dentro del cuidado enfermero y reivindicar la práctica como identidad política capaz de resistir, transformar y generar conocimiento desde la experiencia.

### 3- Enfermería como identidad política

El concepto de identidad política comenzó a utilizarse en la década del '70, más precisamente en 1977 por The Combahee River Collective Statement, un movimiento clave en el feminismo negro, para introducir la idea de que las luchas más profundas partían directamente de su identidad en base a la opresión que la violentaba. Las personas oprimidas luchan desde los lugares concretos en los que sus cuerpos, sus historias y sus existencias son negadas y violentadas. Entonces la noción de identidad política no es sólo una categoría identitaria, es posicionamiento ético, colectivo y consciente que articula resistencia, produce conocimiento e impulsa una transformación.

Pensar en trasladar esa noción de identidad al ámbito del cuidado, y en específico a la enfermería puede resultar significativamente enriquecedor, sobre todo si se piensa en la historia de la profesión, cuya importancia ha sido soslayada bajo la jerarquía de la lógica del campo de la salud, que toma como profesión superior a la medicina, y sobre todo aquella ejercida por varones hetero-cis y blancos.

Concebir la idea de la enfermería como identidad política, entonces, implicaría reconocer que no se cuida desde la neutralidad, ni sería equitativo hacerlo. Quien ejerce cuidado lo hace desde un cuerpo que tiene historia, género, clase, cultura y territorio, pero principalmente, quien recibe o construye conjuntamente el cuidado también. Por eso es que la práctica exige desarmar no sólo las estructuras verticalistas del sistema de salud, sino también los modos en que nos pensamos como sujetos profesionales.

Identificarse políticamente como enfermere implica reconocer que no sólo se brinda un cuidado, sino que se interviene en la reproducción o en la interrupción de violencias estructurales. Claro que muchas veces puede resultar difícil no naturalizarlas cuando la misma profesión es también víctima de múltiples actos de violencia económica, laboral, e institucional,

que si bien jamás justifica otro accionar violento, puede llevar a la omisión de ello.

Desde esta perspectiva, la enfermería no puede ser pensada exclusivamente como una práctica técnica que se reproduce sistemáticamente casi por repetición e inercia, ni atender en base a planes de cuidado estandarizados. Es necesario pensarla como una práctica política, no partidaria, situada, crítica, interseccional, y comprometida a transformar las condiciones de desigualdad estructural que atraviesan tanto a quienes cuidan como a quienes son cuidadas, dejando de internizar las prácticas que sostienen la exclusión. Si cuidar es un acto político, la identidad enfermera no puede ser neutra.

Santoro (2019) explica en el capítulo 3 de *Cuerpos Marcados* (López y Platero, 2019) que “las políticas públicas en el ámbito del cuidado y la prevención de la salud constituyen uno de los lugares centrales en los que el poder se pone en acción, marcando los cuerpos, las vidas y las subjetividades” (p. 87), entonces si podemos reconocer esas marcas, esas huellas que dejan en los cuerpos y subjetividades, ¿qué esperamos para entrar en acción?

Reconocer una identidad política enfermera es también una forma de defender la profesión frente al silenciamiento histórico, la falta de jerarquía dentro del sistema, el disciplinamiento de nuestras emociones y nuestras formas de cuidar, posicionarnos políticamente nos permite recuperar agencia, autonomía y sentido colectivo, sobre todo frente a tanto terreno perdido por el surgimiento de hiper especializaciones que fueron reemplazando el trabajo enfermero en diversas áreas.

Pero retomando el posicionamiento frente al cuidado, es importante reconocer que no sólo se trata de una disputa por jerarquías institucionales o reconocimiento profesional. El cuidado está en lo cotidiano, en lo más mínimo, en cada palabra o decisión que se tome respecto al cuerpo e identidad de le otre, no debemos olvidar que, aunque se trabaje de manera horizontal incluso, habrá diferencia de poderes entre profesionales y usuarios o sujetos de cuidado, por eso pensar y repensar antes de actuar para hacerlo a conciencia es fundamental. Como señala Emerson Merhy (2006), cada encuentro entre quien cuida y quien es cuidado constituye una micropolítica relacional, un espacio donde “siempre existe una disputa entre



quien cuida y quien es cuidado”. Esto nos obliga a revisar críticamente cómo operamos en esos intercambios: ¿reproducimos las lógicas cissexistas, racistas, capacitistas, coloniales? ¿O generamos espacios donde puedan desarmarse esos mandatos?

Asumir una identidad política enfermera es una práctica cotidiana que implica elegir, una y otra vez, cuidar con consciencia, desde una mirada situada, crítica e interseccional. Supone reconocer que cada acto de cuidado está atravesado no sólo por relaciones de poder, sino por discursos que habilitan o niegan ciertos cuerpos, por estructuras que definen qué vidas son merecedoras de ser cuidadas y cuáles quedan fuera sin cuidado ni oportunidad. La enfermería, en este sentido, debería ser un espacio político donde se disputen sentidos sobre saludes, enfermedad, autonomía y dignidad.

Es necesario reconocer que el cuidado puede transformarse en cómplice del “cis-tema” y la opresión, en las micropolíticas se reproducen o se desarman las violencias estructurales. Y es ahí donde el gesto más simple puede volverse un acto de resistencia. Cuidar con consciencia implica repolitizar lo sensible, militar la ternura, reconocer que los cuerpos cargan historias, marcas, e identidades, pero también desigualdades que deben revertirse. Es tiempo de correr el eje, de ser herramientas de transformación, y practicar una ética del encuentro, donde el otro no sea objeto de intervención, sino sujeto de derecho.

Entonces nos preguntamos, ¿estaremos todos dispuestos a repensar nuestras prácticas?, esta es una invitación a desnaturalizar la obediencia, a ser terques e insistir en las cosas que creamos necesarias modificar.

#### **4- Cuerpos y saberes subalternizados en la práctica del cuidado**

Para comenzar proponemos pensar en las siguientes preguntas: ¿Quiénes pueden hablar de saludes? ¿Con qué cuerpos y desde qué cuerpos se construyen los saberes? ¿El cuidado es verdaderamente ético cuando no se construye en conjunto con quien lo recibe?

Según Wittig (1978) el lenguaje tiene el poder de crear y sostener las categorías sociales, si bien lo aplica particularmente a las de géneros y sexualidades, da cuenta que el lenguaje no sirve sólo para dar nombre a, sino

que construye desde una lógica que naturaliza las relaciones de poder. También menciona que como una cuestión política ha aparecido recientemente, pero advierte que desde la época clásica de los griegos las técnicas oratorias ejercían poder político. Si el lenguaje de la biomedicina incluyendo al enfermero, continúa replicando categorías universales, binarias, y por lo tanto patologizantes, entonces el cuidado que se brinda desde ese lugar seguirá estando atravesado por una visión completamente excluyente.

Complementariamente Wayar (2018) menciona que “hay que pensar otras formas de futuro y romper el lenguaje, porque esa ruptura del lenguaje nos permite que podamos romper nuestros pensamientos y sentimientos y acciones. Tiene que haber coherencia entre el pensar, el decir y el accionar.” (p. 124)

Crenshaw (1989), comienza a desarrollar el concepto de interseccionalidad en su ensayo “Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine, Feminist Theory and Antiracist Politics”, donde critica cómo las mujeres negras no estaban contempladas por el racismo en igual manera que los hombres, ni tampoco por el sexismo, que contemplaba en su gran mayoría a las mujeres blancas. Entonces daba cuenta de cómo las estructuras de poder y opresión no actuaban de manera aislada, sino que se entrelazaban y generaban múltiples espacios de exclusión simultáneos. En base a eso, podemos afirmar que no es lo mismo ser una persona trans migrante, joven y con un empleo registrado, que una persona trans adulta, migrante, sin acceso a educación formal ni empleo registrado; del mismo modo que no es lo mismo ser una persona cisgénero heterosexual y neurodivergente, que una persona cisgénero homosexual, neurodivergente y pobre.

En estos casos ficticios, pero no irreales, se puede evidenciar cómo las diferentes dimensiones que construyen la identidad de las personas pueden entrecruzarse y generar múltiples opresiones a la vez. Porque como menciona Millet (2019) “vivimos en un mundo cissexista, racista, capacitista, xenófobo, especista, heteronormado, clasista, gordofóbico, cuerdista; injusto. Sin dudas vivimos en un mundo que expresa sus injusticias de formas infinitamente variadas.” (p. 84)

El solapamiento de estos múltiples sistemas de

opresión puede verse reflejado en diversas áreas como la educación, la economía, el ámbito laboral, la salud y la justicia, evidenciando cómo ciertos cuerpos e identidades parecieran valer menos que otros y, por lo tanto, deben enfrentar más barreras a la hora de acceder a servicios básicos, como en el caso que nos compete, el acceso a la salud y particularmente, al cuidado.

Esas barreras a las que deben enfrentarse las diferentes identidades subalternizadas, no sólo implican un obstáculo a la hora de acceder al sistema de salud, sino que muchas veces, también limita o impide su permanencia dentro de él. Y esto no es una cuestión menor si hablamos de salud integral, porque no es solamente lo biomédico lo que se descuida, sino la integridad de la persona, aumentando y reforzando espacios de crueldad que exponen a vulnerabilidades, que muchas veces es difícil reparar. Teniendo en cuenta que cuando hablamos de cuidado hablamos de salud integral, no podemos dejar de lado estas cuestiones que hacen a la construcción de la identidad.

En su gran mayoría los espacios de salud actúan bajo la lógica biomédica que acostumbra a pesar, medir, diagnosticar, fragmentar, y luego derivar al área más indicada según cada patología, a cada cuerpo para ser atendido. Y teniendo en cuenta que debemos abordar el cuidado desde una mirada integral, ¿podemos entonces separar lo social de lo clínico cuando brindamos atención a una persona que ya ha pasado por una situación de vulnerabilidad?

Hemos visto tanto en propias experiencias como en relatos de pares y amigos, que es muy común que, al llegar a una consulta se les brinde atención en base a lo que le profesional considera que es una característica dominante. Es decir, si la persona es trans, se cree que acude a la consulta por una cuestión hormonal; si la persona tiene un cuerpo gordo, se le aconseja que realice dieta, beba agua y haga ejercicio; si la persona es neurodivergente el problema se adjudica a una medicación que ni siquiera fue expuesta por la persona misma y se deriva a un psiquiatra. Entonces pareciera que las personas no pueden acudir a una consulta por alguna particularidad que no esté relacionada con sus identidades.

Esta forma de atención es muy común y demuestra el modo en que la práctica se guía más por estereotipos que por la verdadera escucha, entonces en lugar de considerar la

singularidad de cada persona, se la ubica dentro de categorías ya definidas, dónde se la despoja de identidad, y se la diagnostica en base a lo que le profesional que la atiende considera oportuno, reafirmando no sólo la asimetría de poderes, sino que reproduciendo una mirada sumamente patologizante, heterocisnormativa, y en muchos casos, también capacitista.

Así como Millet (2019) utiliza el concepto de “escáner del género” para describir el proceso mediante el cual se le asigna un género a una persona a través de ciertos rasgos, sentidos y modismos, pareciera que el personal de salud en base a esa característica que considera “dominante”, adjudica instantáneamente una patología y por ende un proceso de cuidado o restitución de su salud sin saber aún el verdadero motivo por el cual la persona ha llegado allí.

Estas respuestas automatizadas no sólo invisibilizan la subjetividad de quien acude a la consulta, sino que además obstaculizan el verdadero motivo de ella reforzando estigmas, prejuicios e incrementando la violencia estructural tanto por parte del sistema como de la sociedad, buscando la respuesta clínica a un posible diagnóstico y no atendiendo el problema real.

Un claro ejemplo de eso es el relato de una persona que ha pasado por dos internaciones por motivos de salud mental y que si bien eran las enfermeras quienes debían cuidarle, eran ellos mismos quienes más violentaban a su persona. Ha pasado por destrato, por gritos en momentos de angustia dónde le decían, aún encontrándose en llanto, que de esa manera no saldría más de allí. La falta de escucha también era extrema, ya que no dejaban que vea a le medique salvo que sea por una emergencia, pero tampoco eran capaces de escuchar que era lo que le estaba pasando, y estas situaciones no las ha vivido como episodios aislados, sino que eran constantes. Todos estos hechos han repercutido hasta el día de hoy de manera negativa en su salud integral, según sus palabras textuales:

“Empecé a tener miedo de atenderme en la salud , así que poco a poco fui perdiendo la capacidad de ir a un hospital o ir al médico a atenderme por tener miedo al maltrato, eso se fue incrementado dejándome afuera del sistema de salud. A punto que

cuando llega el Covid, me seguía pasando que yo le tenía mucho miedo en particular a les enfermeras y al intentar anunciarlo y explicar que me daba temor, me pasó de ir a vacunarme y no poder hacerlo, me negaron un derecho básicamente, porque al hablar con la enfermera y explicarle que le hablaba entrecortado porque me daba miedo, no me entendía y me me empezó a maltratar, me despertó una crisis y terminé en la puerta del lugar sin vacunarme y con tres patrulleros que llamaron porque a mí me había dado un ataque, esa situación se repitió muchas veces en mi vida...me llevo muchos años de terapia poder volver a entrar a una clínica y aún así, si lo tengo que hacer elijo hacerlo acompañade y no sole por el maltrato que sufrí y el miedo que me da estar en una situación vulnerable y vuelvan a abusar de su poder en ese sentido”. (María, 34 años)

En los relatos de las personas que han sufrido maltrato por parte del personal de salud, suele repetirse esta situación de angustia y miedo, sobre todo a enfermería, y cómo esto puede derivar en un alejamiento sostenido del sistema sanitario. Tal es el ejemplo del siguiente testimonio:

“Caí en un hospital y no me respetaron ni mi nombre ni mi pronombre. Sería bueno que por parte del personal sea todo un poco más integral y ameno, porque realmente es salud, es necesario y a veces nos dejamos estar, nos dejamos morir porque lo preferimos antes que caer en un espacio donde no nos sentimos cómodos. Tuve que caer en un hospital, y tuve que ir con amigas que estaban dispuestas a dar la batalla, me decían que no atendían esa área, ninguna de las enfermeras me quería atender. Me internaron como un masculino, me internaron en una habitación dónde solo había varones cis porque así estaba en el

documento, fue super violento el trato. Yo por eso no me estaba atendiendo en el sistema de salud y me estaba dejando estar la hepatitis por ese trato. Tuve otra experiencia bastante grave, que ejerciendo el trabajo sexual, había tenido una violación, un abuso sexual por parte de un cliente que terminó en un desgarró anal y HPV, y fue super incómodo, super estigmatizante, me atendió una enfermera mayor que hacía comentarios...siempre es una lucha para nosotros y nosotras atendernos en el sistema de Salud Pública y es un motivo de ansiedad, mi herramienta es no ir sola.” (Martina, 25 años)

Estos relatos evidencian la forma en que las violencias institucionales dejan huellas que exceden exclusivamente al momento de atención, no son sólo “malas experiencias” que se dan de manera aislada, sino que son prácticas normalizadas que generan miedos, desconfianza y por ende, desalientan el acceso a los espacios de cuidado. El maltrato es reiterado y prueba de ello también lo es el siguiente relato:

“Me tomé la presión en una farmacia. Me dijeron que vaya a la guardia porque la tenía muy alta, antes de saber que era hipertensa. Cuando llego a la clínica y me ve la enfermera me toma la presión. No me escuchaba bien, tengo el pulso muy bajito. Entonces empezó a apretar más el tensiómetro y quejarse diciéndome que como era gorda le complicaba el trabajo, que tenía que bajar de peso para que me puedan evaluar. O sea, el problema era mi cuerpo, no el tensiómetro pequeño y su mala onda. Le dije que se me escuchaba muy bajito el pulso, que me estaba lastimando. Me dijo que no tenía que ser tan descuidada con mi cuerpo, que después todo era más difícil para los que me tenían que atender, que a lo sumo salía con unos moretones. Le dije que si tenía un mal día no era mi culpa y en todo caso la que estaba yendo a la guardia porque se sentía mal

era yo. Ahí se quedó callada. Me pasó como baja prioridad en una guardia llena. Tenía la presión en 19.” (Camila, 37 años)

Según el Mapa Nacional de la Discriminación, un estudio nacional del que participaron más de 11.000 personas realizado por el (ahora inexistente) INADI en 2019, Argentina es un país con una alta tasa de discriminación, siendo que el 93 % de la población de las zonas relevadas de nuestro país perciben que se discrimina mucho o bastante, entendiendo por discriminación el 41% de las encuestadas como segregación/maltrato, y el 36 % como negación de derechos, el 23% restante la define como estigmatización/prejuicios. Dentro de los grupos más discriminados se encuentran personas gordas, personas trans y personas de aspecto racializado para describir un estereotipo instalado relativo a la juventud, la peligrosidad y la marginalidad, asociado con la criminalización de la pobreza. Estos no son datos menores siendo que son quienes mayormente advierten maltrato o violencia por parte de los sistemas de salud, tanto públicos como privados.

Frente a esta lógica que escapa al verdadero sentido del cuidado, y por lo tanto nos atrevemos a decir, de la esencia de la enfermería (o al menos de la que debería ser) es que debemos dar lugar al conocimiento situado de las personas desde la escucha activa, co-construir un plan de cuidado que contemple todas las dimensiones de la misma y contemplarnos a nosotres mismas enfermeras como actores políticos.

Chela Sandoval (1984) propone el modelo de “conciencia opositiva”, un modelo de identidad política, que surge desde los feminismos marginales, poscoloniales, e implica posicionarse crítica y estratégicamente frente a las estructuras hegemónicas, dominantes, que perpetúan estructuras de opresión en base a las interseccionalidades reconociendo, además, la heterogeneidad dentro de ellas y la falta de múltiples voces dentro de cada categoría. Si aplicamos este concepto al campo de la salud, pero específicamente a la enfermería, significaría reconocer que estamos dentro del sistema, pero no como una parte pasiva de él. Sino como sujetos capaces de transformar las prácticas que siguen reproduciendo desigualdad.

La conciencia opositiva, enfatiza la movilidad o la habilidad de moverse de manera

estratégica, es decir, la capacidad de adaptarse, negociar y actuar según el contexto, pero sin perder la perspectiva crítica y enfrentar el desafío de mantenerla cotidianamente, sobre todo frente a las presiones del sistema y las instituciones donde trabajamos. Este modelo es indispensable para pensarnos como identidad política, porque nos permite reconocer que cada gesto, cada decisión y cada interacción dentro del sistema de salud tiene peso ético y político.

Adoptar la conciencia opositiva, nos ayudaría a cuestionar tanto los mandatos institucionales, como las propias acciones que, al estar tan naturalizadas, pasan como actos de violencia inadvertidos, lo que hace más difícil que se puedan transformar.

## 5- Conclusión

Es necesario pensar, o mejor dicho practicar, una enfermería que no se limite a la reproducción de un conjunto de técnicas, que no se quede solamente en el vacío de la idea de la escucha activa, de la comprensión. Sino que se permita cuestionar activamente las jerarquías del MMH, las lógicas biomédicas de normalización y etiquetación de los cuerpos, y los modos en que se construye el cuidado.

Cuidar es un acto político que debe hablar de posicionamiento frente a la violencia, la inequidad, la opresión, y está en nuestras manos el poder de transformar esos espacios desde micropolíticas donde se construya junto a la persona, contemplando sus subjetividades, sus posibilidades, y sobretodo, su deseo. Lorey (2017) indica que “los sujetos no son solo el producto nunca concluido de las relaciones de poder y dominación, sino que también producen dichas relaciones y por lo tanto son campos de partida de prácticas de resistencia.” (p. 39), nos preguntamos entonces si enfermería no podría acaso romper con esas relaciones de poder que ejerce el MMH sobre la profesión y actuar desde la resistencia como herramienta transformadora de las prácticas en los sistemas de salud.

Como enfermeras, muchas veces nos preocupa el terreno que venimos perdiendo dentro del sistema de salud. Quizá sea un buen comienzo no perder lo más importante, la confianza en nosotres mismas, la de quienes cuentan con nosotres, y recuperar la de quienes, dentro del sistema, no tuvieron oportunidad.

Porque es ahí donde existe toda posibilidad de transformación.

Para avanzar hacia esa transformación necesitamos compromiso ético y acciones concretas que hagan de la enfermería una profesión que practique el cuidado de una manera crítica, situada y equitativa. El deseo de cambio es necesario, pero no alcanza solo con eso, ni con ser conscientes de las desigualdades y las violencias estructurales. Tenemos que comprometernos con una formación que interpele, que no tenga miedo a hacer valer su voz, que promueva el valor del conocimiento situado, y pueda ser capaz de analizar las determinaciones sociales para reflexionar éticamente sobre el cuidado que se va a brindar.

Quizá sea motivo de otro ensayo reflexionar sobre el vacío que hay entre la formación y la práctica, y en qué momento las personas olvidan la afectividad al atender para transformarse en reproductores de técnicas sin contextualizar sus acciones. Nos preguntamos si es que la violencia del sistema las absorbe y las moldea, si acaso serán las condiciones laborales de precariedad, las jornadas extensas, la cantidad rebosante de pacientes por enfermarse, la falta de reconocimiento por todo lo que brinda la profesión a las sombras de otras con mayor jerarquía, o si simplemente hay quienes prefieren ir a su lugar de trabajo, cumplir con lo justo y no involucrarse mucho más.

Una posible respuesta para transitar el camino hacia el cambio que se necesita puede que se aloje en la formación académica. Se nos forma para trabajar con empatía y para ejercer un cuidado holístico, pero por lo general con cuerpos e identidades “esperadas”, que responden a la idea de normalidad que impone el MMH y la sociedad en general, dejando fuera a quienes no encajan en esos moldes de hegemonía, perfectamente diseñados para practicar la crueldad sin darnos cuenta de las violencias que ejercemos contra nuestra voluntad. De este modo el aprendizaje se termina dando dentro de límites invisibles que sin proponérselo, reproducen estas exclusiones que luego no tenemos herramientas para revertir.

¿Acaso cuando hablamos de respeto nos preguntamos de quienes son los cuerpos que se respetan? ¿Pensamos qué es lo humano cuando hablamos de cuidado humanizado? Porque si lo humano son esas personas que naturalizan y justifican la violencia, sea en mayor o menor

medida, entonces quizá el problema sea justamente ese, y debamos “deshumanizar” el cuidado en realidad. Porque como citamos al principio de este ensayo a Susy Shock, “no queremos ser más esta humanidad”. Puede que la formación termine generando profesionales competentes en la realización y conocimiento de técnicas y procedimientos, pero ¿qué tan útil resulta sin posicionamiento ético y político? Una enfermería que se piense autónoma tiene que formarse desde la incomodidad, desde la pregunta constante hacia nuestras propias certezas, desde la escucha hacia todo lo que no encaja en lo cotidiano. Formar profesionales críticos, es formar personas que comprendan al cuidado como acto político, no como un “servicio” o una “vocación”, necesitamos transformar la enfermería en un espacio de resistencia, de construcción colectiva, con memoria y una identidad propia en común. ¿Estamos realmente dispuestos a hacerlo? y si lo estamos ¿Podremos sostener el compromiso?

De todos modos, entendemos que la formación es sólo una de las patas necesarias para realizar y sostener el cambio. Ya que por sí sola no alcanza para lograrlo, sobre todo si las instituciones que habitamos luego no están dispuestas a revisar sus prácticas y protocolos. Quizá habilitar espacios institucionales de reflexión ética sobre las prácticas sea una opción posible, espacios donde podamos repensar cómo y desde dónde brindamos cuidado, qué violencias seguimos reproduciendo, y qué imaginarios seguimos sosteniendo en torno a las identidades que mayor opresión sufren. Sería útil que en estos espacios podamos sostener el diálogo entre pares para seguir tensionando los límites que nos impone el MMH, poder cuestionar protocolos patologizantes y construir así otras estrategias de cuidado más equitativas y justas. Reflexionar no sólo sobre cómo evitar el daño, sino poder asumir la responsabilidad política de transformar las condiciones para que ese daño se materialice.

Quizá el comienzo esté en nosotros, y en recordar siempre por qué elegimos este camino, recordar también que cuidar es sostener la ternura cuando el mundo empuja al olvido, que cada mínimo gesto puede ser el inicio de un cambio, y que toda práctica se vuelve política cuando nos atrevemos a imaginar otros futuros posibles, donde entre la resistencia y la ternura encontremos la



enfermería que queremos habitar.

## 6- Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (1999). *La Inequidad y la perspectiva de los sin poder: construcción de lo social y del género. Cuerpo, diferencias y desigualdades*. pp. 130-141
- Butler, J. (2005). *Dar cuenta de sí mismo. Violencia ética y responsabilidad*. Amorrortu Editores, 2020.
- Combahee River Collective. (1977). *The Combahee River Collective Statement*. <https://combaheerivercollective.weebly.com/the-combahee-river-collective-statement.html>
- Crenshaw, K. (1989). *Demarginalizing the intersection of race and sex: A Black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*. University of Chicago Legal Forum, 1989(1), Article 8. <https://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Haraway, D. (1991). *Manifiesto para cyborgs. Ciencia, tecnología y feminismo socialista a finales del siglo XX*. Letra Sudaca Ediciones, 2018.
- INADI Instituto Nacional contra la discriminación, la xenofobia y el racismo (2019). *Mapa Nacional de la Discriminación*.
- Ley N° 24.004 *Ejercicio de la Enfermería*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 1991.
- Ley N° 26.529 *Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2009.
- Ley N° 26743 *Identidad de Género*. Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina. 2012.
- López, S & Platero, L. *Cuerpos marcados. Vidas que cuentan y políticas públicas*. Edicions Bellaterra, 2019
- Lorey, I. (1996). *Disputas sobre el sujeto. Consecuencias teóricas y políticas de un modelo de poder jurídico: Judith Butler*. Ediciones La Cebra, 2017.
- Merhy, E. (2021). *Salud: cartografía del trabajo vivo*. UNLa - Universidad Nacional de Lanús, 2021.
- Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Puntos Suspensivos Ediciones.
- Sandoval, C. (2000). *Methodology of the Oppressed. Theory out of Bounds*, Volume 18 University of Minnesota Press.
- Wayar, M. (2018). *Travesti/ Una teoría lo suficientemente buena*. Muchas nueces.
- Wittig, M. (1978). *El pensamiento heterocentrado./ El pensamiento heterosexual y otros ensayos*. Egales, 2005.

## CUANDO LA TEORÍA NO ALCANZA : DESAFÍOS DE LA PRÁCTICA EN EL SISTEMA PÚBLICO

## WHEN THEORY IS NOT ENOUGH : CHALLENGES OF PRACTICE IN THE PUBLIC SYSTEM

**Est. Andrea Luján Bada**

lujanbada88@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0005-3131-9366>

**Est. Enriqueta Nora Barrio**

enriquetabarrio@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0002-4888-9366>

**Est. Anabel Valeria Caro**

anabelcaro87@hotmail.com // <https://orcid.org/0009-0009-1511-555X>

**Est. Ana Guillermina De Castro**

yimino2008@hotmail.com // <https://orcid.org/0009-0006-8014-2739>

**Est. Jimena Gisel Décima**

jimenadecima35@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0009-2847-5917>

**Est. Ariana Rocío Gordillo**

gordilloariana96@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0007-0172-3867>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

El presente ensayo analiza la distancia existente entre la formación teórica y la práctica profesional en enfermería, tomando como referencia la experiencia de una práctica preprofesional desarrollada en hospital público. Desde un enfoque cualitativo, analítico y reflexivo, se aplica una metodología de revisión bibliográfica narrativa complementada con la reflexión crítica de la experiencia en el sistema público de salud. El trabajo examina cómo las condiciones estructurales, materiales y pedagógicas influyen en el proceso formativo y en la construcción del rol profesional. Se integran aportes teóricos de Jean Watson, Florence Nightingale, Eduardo Menéndez y Paulo Freire, que permiten problematizar la brecha teoría-práctica y repensar la enfermería como disciplina transformadora. Asimismo, se reflexiona sobre el papel docente y los saberes situados como mediadores entre universidad y práctica. Finalmente, se proponen estrategias orientadas a fortalecer la vinculación universidad-hospital, garantizar recursos y promover una formación ética, equitativa y comprometida con la transformación social.

**Palabras clave:** Cuidado, Desigualdades, Educación en enfermería, Formación profesional, Práctica preprofesional, Teoría-práctica.

## Abstract

The essay analyzes the existent distance between the theoretic formation and the professional practice in nursing, taking as reference the experience of a pre professional practice in a public hospital. From a qualitative, analytic and reflexive approach, a methodology of bibliographic revision complemented with a critical reflection on the experience. The essay examines how structural, material and pedagogic conditions influence the formative process and in the construction of the professional role. Theoretical contributions by Jean Watson, Florence Nightingale, Eduardo Menéndez and Paulo Freire are integrated, that allow the problematization of the theoretical-practical breach and rethink nursing as a transformative discipline. In addition, it reflects on the role of the teacher and situated knowledge as mediators between the university and the practice. Finally, strategies oriented to strengthening the university-hospital relation, guaranteeing resources and promoting an ethical, equal and committed social transformation are proposed.

**Keywords:** Care, Inequality, Education in nursing, Professional training, Pre profesional practice, Theory -practice.

## I- Introducción

La formación en Enfermería implica mucho más que la adquisición de conocimientos teóricos, supone también la capacidad de aplicar esos saberes en escenarios concretos, diversos y muchas veces adversos. En el transcurso de la carrera, se enseña un modelo de atención ideal, centrado en el cuidado integral, la empatía y el conocimiento técnico. Sin embargo, cuando las y los estudiantes se enfrentan a las prácticas pre profesionales en instituciones del sistema público de salud, surgen una serie de obstáculos que dificultan esa aplicación.

La falta de insumos, la escasez de personal, la infraestructura del lugar, el tiempo reducido para los cuidados, e incluso la desorganización institucional, generan una brecha entre lo aprendido en la universidad y lo posible de ejecutar en el hospital. Esta distancia entre lo teórico y lo práctico en la formación en enfermería ya ha sido señalada en la literatura, donde se destaca la necesidad de articular ambos aspectos en escenarios reales (Del Regno, 2021). A esto se suma que los espacios de práctica durante la carrera son escasos y muchas veces insuficientes para adquirir experiencia real y sostenida. Ésta tensión no es menor, impacta en la calidad de la formación profesional y en la construcción de la identidad como futuros trabajadores de la salud. Estas tensiones están atravesadas por desigualdades estructurales que condicionan tanto el acceso a recursos como la calidad del proceso formativo

(Ferreira dos Santos & dos Santos Maia, 2025).

Este ensayo propone reflexionar sobre esa distancia entre teoría y práctica, considerando cómo las condiciones materiales, estructurales y sociales del sistema público influyen en los procesos formativos. Se tomará como eje la experiencia de una práctica pre profesional en un hospital público, en diálogo con marcos teóricos críticos, para visibilizar las desigualdades que atraviesan la educación en enfermería y pensar posibles líneas de transformación, entre ellas, la necesidad de ampliar y fortalecer los espacios de formación práctica en escenarios reales.

## 2- Marco teórico

La formación en salud es un proceso complejo que articula conocimientos teóricos, habilidades técnicas y experiencias prácticas. En el recorrido universitario se promueve un enfoque integral del cuidado con base científica y ética, que busca preparar a los futuros profesionales para responder a las demandas del sistema de salud. En este contexto diversos marcos teóricos permiten comprender las tensiones entre teoría y práctica.

La teoría del cuidado humano de Jean Watson enfatiza la importancia de una atención compasiva, holística y centrada en la relación interpersonal entre profesional y paciente, superando la visión meramente técnica del cuidado (Valencia Contrera & Rodríguez, 2021). Por su parte, la teoría ambiental de Florence

Nightingale sostiene que las condiciones del entorno son determinantes en la calidad de la atención: aire puro, agua limpia, limpieza y luz son factores que aún hoy conservan vigencia (Torres, 2021).

Desde una perspectiva crítica, Eduardo Menéndez (2020) aporta una lectura estructural de las desigualdades en salud al analizar el modelo médico hegemónico, que reproduce jerarquías y asimetrías en la distribución del saber y los recursos sanitarios. Finalmente, Paulo Freire (1970) introduce la pedagogía problematizadora, que invita a transformar la práctica educativa en un espacio dialógico y emancipador. Estos enfoques en conjunto permiten situar la reflexión sobre la enfermería como una disciplina capaz de cuestionar, resistir y transformar las condiciones desiguales en las que se forma y ejerce.

### 3- Experiencia de práctica y análisis crítico

La práctica profesional en escenarios reales constituye un momento clave en la formación en enfermería. Es allí donde los conocimientos adquiridos en el aula se ponen a prueba, se resignifican y, muchas veces, se confrontan con las limitaciones del sistema sanitario.

Durante la práctica preprofesional en un hospital público fue posible observar de manera directa las diferencias entre el modelo ideal de atención enseñado y lo que efectivamente puede llevarse a cabo. Dicho hospital como institución pública de referencia, atiende una gran demanda de pacientes con recursos limitados, lo que genera sobrecarga en el personal, escasez de insumos y tiempos muy reducidos para realizar cuidados individualizados y de calidad.

La pandemia de COVID-19 profundizó estas tensiones: las restricciones sanitarias y la falta de recursos dificultaron la aplicación de lo aprendido, pero también reafirmaron el valor de la práctica como espacio de aprendizaje significativo (Meléndez Chávez, 2020). Si bien se contaba con herramientas teóricas para realizar valoraciones completas, aplicar planes de cuidado y sostener una comunicación empática, las condiciones materiales muchas veces lo impedían. Como señala Del Regno (2021), este desajuste entre escenarios ideales y condiciones reales constituye un obstáculo recurrente en la formación enfermera en Argentina.

La experiencia permitió reconocer que

las limitaciones institucionales no solo afectan la atención al paciente, sino también el desarrollo profesional y emocional de los estudiantes. En este sentido, el rol docente y el acompañamiento clínico cobran una relevancia central para transformar la experiencia en aprendizaje.

### 4- Rol docente y saberes situados

La distancia entre lo enseñado en la universidad y lo vivido en las instituciones de salud requiere una mirada pedagógica crítica. El acompañamiento docente puede convertir las tensiones en oportunidades de aprendizaje, promoviendo la reflexión, la contención y la construcción colectiva del saber.

Como plantean Cárdenas-Becerril y Silveira Kempfer (2018), la enseñanza enfermera debe dejar de ser una transmisión de conocimientos para convertirse en un proceso participativo, donde el estudiante reflexione y construya su propio saber. Repensar la formación desde saberes situados implica reconocer que el conocimiento se produce en contextos concretos y que cada práctica aporta sentidos diferentes.

En este marco, el proceso de cuidados enfermeros, además de ser una herramienta metodológica, funciona como estructura para organizar y resignificar la información clínica y ética del cuidado (Orozco, 2025). De esta manera, la mediación pedagógica y la práctica reflexiva permiten que los estudiantes comprendan mejor las limitaciones del sistema sin perder el sentido humano y transformador de la profesión.

### 5- Propuestas y discusión

La experiencia en el sistema público de salud evidencia no solo dificultades materiales sino también desigualdades estructurales que atraviesan la formación profesional. El acceso desigual a espacios de práctica adecuados y acompañados impacta directamente en la calidad del aprendizaje y en la consolidación de competencias profesionales.

Más allá del ámbito formativo, la enfermería debe asumirse como una disciplina social y transformadora, con capacidad para intervenir críticamente en las desigualdades del sistema sanitario y promover el derecho a la salud desde una práctica comprometida y ética

El cuidado se convierte así en un acto político, donde cada intervención puede contribuir a humanizar las instituciones y fortalecer la equidad.

En función de lo expuesto, se proponen algunas líneas de acción:

- Aumentar la cantidad y duración de las prácticas preprofesionales, garantizando acompañamiento docente y espacios de reflexión (Del Regno, 2023).
- Fortalecer la vinculación universidad–hospital, mediante acuerdos institucionales sostenidos que promuevan una formación integral.
- Garantizar financiamiento estatal para prácticas, que incluya insumos, viáticos y becas.
- Incorporar contenidos sobre determinantes sociales y ética del cuidado en contextos de vulnerabilidad (Santos & Maia, 2025).
- Fomentar saberes situados y procesos reflexivos, en los que las y los estudiantes construyan conocimiento a partir de su realidad (Gutiérrez García, 2024).
- Reafirmar el proceso de cuidados

enfermeros como eje estructurante, donde teoría y práctica se retroalimenten constantemente (Orozco, 2025).

## 6– Conclusión

Repensar la educación en enfermería no implica abandonar los ideales del cuidado, sino precisamente preguntarse cómo sostenerlos en condiciones adversas, sin perder el sentido ético y humano de nuestra profesión. Frente a las desigualdades, el desafío no es solo formar técnicos competentes, sino sujetos críticos y sensibles, capaces de transformar su entorno desde el cuidado.

El Estado, como garante del derecho a la salud, debe proveer recursos materiales y humanos que permitan a los estudiantes aplicar lo aprendido, capacitarlos y fortalecerlos.

Sin políticas públicas orientadas a fortalecer el sistema de salud y la formación práctica, la brecha entre teoría y realidad se perpetúa. Consolidar una articulación entre universidades y hospitales públicos será un factor fundamental para mejorar la profesión y construir una salud más equitativa y humana.

## 7- Referencias bibliográficas

- Cárdenas-Becerril, L., & Silveira Kempfer, S. (2018). La enseñanza de la enfermería en el contexto de la pedagogía problematizadora de Paulo Freire. *Enfermería Universitaria*, 15(3), 317–328. <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.3.681>
- Del Regno, P. M. (2021). La formación de profesionales de enfermería en asignaturas que abordan distintas etapas evolutivas del paciente. *Revista Electrónica de Didáctica en Educación Superior*. <https://ojs.cbc.uba.ar/index.php/redes/article/view/131>
- Del Regno, P. M. (2023). Las prácticas integradas en la formación profesional de enfermería en una universidad del conurbano bonaerense. *Revista Electrónica de Didáctica en Educación Superior*, (21). <https://ojs.cbc.uba.ar/index.php/redes/article/view/139>
- Ferreira dos Santos, S. M., & dos Santos Maia, L. F. (2025). Prácticas de enfermería: Desigualdad social y atención sanitaria. *Debates Críticos: Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 43–47. <https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc/article/view/24>
- Gutiérrez García, A. I. (2024). Enfoques extras disciplinarios para aproximar la brecha teoría-práctica: Pierre Bourdieu y la interseccionalidad. *Cultura de los Cuidados*, (68), 1–6. <https://doi.org/10.14198/cuid.27196>
- López Cárdenas, W. I., & Soto Mora, B. H. (2020). Contribuciones epistemológicas para disminuir la brecha teoría-práctica de enfermería en Colombia. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 84–94. <https://doi.org/10.22463/17949831.1550>
- Meléndez Chávez, S. (2020). La importancia de la práctica en la formación de enfermería en tiempos de COVID-19: Experiencias de alumnos. *Revista de Enfermería del IMSS*, 28(8), 45–52. [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902020000800004&script=sci\\_arttext](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-78902020000800004&script=sci_arttext)
- Menéndez, E. L. (2020). Modelo médico hegemónico: Tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Revista Argentina de Antropología Social*, 22(1), 17–29. <https://digital.cic.gba.gob.ar/items/a38a77a0-faf3-43ef-b8c3-f7b460498570>



- Orozco, L. M. (2025). El proceso de cuidados enfermeros como estructura para la gestión de la información en enfermería. *Debates Críticos: Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 34–42. <https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc/article/view/23>
- Torres, R. D. (2021). Aplicación de la teoría de Florence Nightingale en los hospitales: Luz, ventilación, higiene y ambiente saludable. *Revista Cubana de Enfermería*, 39(5). <https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-48182021000500014>
- Valencia Contrera, M. A., & Rodríguez, A. M. (2021). Reflexión de la humanización de la atención: Teoría de Jean Watson y propuesta de su aplicación. *Benessere. Revista de Enfermería*, 6(1), 1–12. <https://doi.org/10.22370/bre.61.2021.3037>

# AGROTÓXICOS : UN RIESGO SILENCIOSO, UN DAÑO MINUCIOSO REFLEXIONES DESDE LA ENFERMERÍA SOBRE EL DAÑO AMBIENTAL Y LA CONSTRUCCIÓN DE TERRITORIOS SALUDABLES

## AGROTOXINS : A SILENT RISK, A SUBTLE HARM

## REFLECTIONS FROM NURSING ON ENVIRONMENTAL DAMAGE AND THE CONSTRUCTION OF HEALTHY TERRITORIES

**Est. María Celeste Casamayor**

mariacelestecasamayor@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0003-4137-7429>

**Est. Natalia Silvia Baró**

nataliasbaro@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0002-0982-6215>

**Est. Nahara Nicole Del Pino**

naharadelpino@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0006-5887-495X>

**Est. María Soledad Godoy**

soledad.godoy@mdp.edu.ar // <https://orcid.org/0009-0002-5287-2882>

**Est. Daniela Roggio**

daniroggio54@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0008-1386-3207>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

El presente ensayo analiza el impacto del uso intensivo e indiscriminado de agroquímicos en zonas rurales de Mar del Plata. A partir de la experiencia personal y de la revisión de diversos artículos científicos, se examinan las consecuencias en la salud humana, particularmente en trabajadores agrícolas y comunidades aledañas, así como los efectos ambientales que generan vulnerabilidad socioambiental.

Se evidencia la falta de cumplimiento de normativas, la insuficiencia de controles estatales y la carencia de campañas de prevención y educación en salud. Se plantea la necesidad de un abordaje interdisciplinario, en el cual la enfermería asuma un rol activo en la promoción de prácticas seguras, la concientización comunitaria y el registro sistematizado de los problemas de salud asociados a la exposición a agrotóxicos.

Asimismo, se destaca la urgencia de implementar políticas públicas rigurosas y la importancia de la participación comunitaria para garantizar la protección de la salud y del ambiente en contextos rurales.

**Palabras clave:** Agroquímicos, Enfermería, Vulnerabilidad, Políticas públicas, Interdisciplinaria.

## Abstract

This essay analyzes the impact of the intensive and indiscriminate use of agrochemicals in rural areas of Mar del Plata. Drawing on personal experience and a review of various scientific articles, it examines the consequences for human health, particularly among agricultural workers and nearby communities, as well as the environmental effects that generate socio-environmental vulnerability.

The study highlights the lack of compliance with existing regulations, the insufficiency of governmental oversight, and the absence of prevention and health education campaigns. It emphasizes the need for an interdisciplinary approach in which nursing assumes an active role in promoting safe practices, fostering community awareness, and systematically recording health problems associated with exposure to agrottoxins.

Moreover, the essay underscores the urgency of implementing rigorous public policies and the importance of community participation to ensure the protection of both health and the environment in rural settings.

**Keywords:** Agrochemicals, Nursing, Vulnerability, Public policies, Interdisciplinarity.

## I- Introducción

En la actualidad, el uso intensivo de agroquímicos en la producción agrícola, se ha consolidado como una práctica habitual en gran parte del territorio argentino, se han transformado los modelos de producción y al mismo tiempo, estos han generado graves consecuencias para la salud humana y el medio ambiente.

Este ensayo busca analizar el impacto que genera el empleo indiscriminado de estos químicos en zonas rurales de la ciudad de Mar del Plata y sus zonas periurbanas, donde las fumigaciones frecuentes y la ausencia de controles eficaces evidencian una problemática que trasciende lo ambiental para instalarse como una cuestión sanitaria y social de gran relevancia. El aumento de su aplicación pone en riesgo la salud de la comunidad, afectando en especial medida a trabajadores agrícolas y poblaciones aledañas a zonas de aplicación agroquímica.

Desde una perspectiva en Salud Colectiva, la problemática exige un compromiso de abordaje interdisciplinario, donde la enfermería cumpla un rol fundamental en la prevención y promoción de la salud, brindando información clara e implementando acciones comunitarias. Teniendo como propósito, exponer las repercusiones que genera el uso de agroquímicos en la salud, y destacando la necesidad de políticas públicas rigurosas y comprometidas, sumando la colaboración

efectiva entre profesionales de la salud, agrónomos y los distintos actores sociales involucrados y afectados por mencionada problemática.

Debido al compromiso como disciplina, la enfermería debe priorizar el bienestar comunitario, asumiendo un papel activo en esta problemática y concientizar sobre los riesgos asociados al uso de los agroquímicos. Se debe analizar el contexto actual en el uso de estos productos y desde ahí, cuestionar y plantear ¿Como desde el sector salud se puede trabajar interdisciplinariamente para mitigar daños? ¿Cuánto se realiza desde la enfermería para dar relevancia a la problemática?.

Este ensayo pretende visibilizar un problema silenciado y aportar a la construcción de un pensamiento crítico que vincule la salud con el ambiente, reconociendo que la defensa de la vida y del territorio forma parte esencial del quehacer enfermero. Nos proponemos generar conciencia colectiva, promover la participación comunitaria y contribuir a la creación de políticas públicas que garanticen entornos saludables y sostenibles para las generaciones presentes y futuras.

## 2- Metodología

Este trabajo se enmarca en una revisión narrativa crítica con enfoque cualitativo y reflexivo. Se realizó un relevamiento bibliográfico en fuentes académicas nacionales y

latinoamericanas (SciELO, Redalyc, LILACS, Repositorios de la UNMDP y ANLIS) publicadas entre 2010 y 2025, seleccionando artículos, tesis y documentos institucionales vinculados a salud ambiental, vulnerabilidad y políticas públicas sobre el uso de agrotóxicos.

Además, el análisis incorpora la experiencia situada de la autora principal en el territorio de El Boquerón (Mar del Plata), que permitió contextualizar la problemática desde la práctica profesional y comunitaria. La lectura crítica de las fuentes se organizó en tres dimensiones: normativa, sanitaria y socio ambiental, articuladas con el rol de la enfermería en la promoción de territorios saludables.

Desde esta metodología, el ensayo busca integrar conocimiento científico, reflexión ética y experiencia local, situando la producción del saber en el campo de la enfermería latinoamericana.

### 3- Desarrollo

#### Normativas y su incumplimiento

En el sur de la ciudad de Mar del Plata, la actividad agrícola constituye una de las principales fuentes de sustento económico y configura un entramado productivo que sostiene gran parte del abastecimiento local.

Sin embargo, su desarrollo ha implicado la utilización intensiva de productos químicos que impactan directamente sobre la salud y el ambiente. El término “agrotóxico”, más allá de su definición técnica, representa una construcción social que expresa la percepción de riesgo de las comunidades expuestas, así como la disputa por el reconocimiento de los daños que estos compuestos generan en los territorios (Iturralde, 2014). De esta manera, la problemática trasciende el campo productivo para convertirse en un fenómeno social, político y sanitario, donde convergen los intereses económicos, las políticas ambientales y los derechos humanos.

En el Partido de General Pueyrredón, la Ordenanza N.º 21097 (que modifica y amplía la ordenanza N.º 18740) constituye el principal marco regulatorio local para el uso de agroquímicos. Esta norma establece la prohibición de aplicar, transportar y descartar plaguicidas de síntesis dentro de un radio de mil metros desde los límites urbanos, además de imponer la implementación obligatoria de

barreras vegetales como medida de mitigación.

Dicha ordenanza, también introduce la figura del “usuario responsable”, que extiende la responsabilidad legal a productores, aplicadores y operadores de maquinaria, e incorpora sanciones en caso de incumplimiento.

Un aspecto relevante de la misma es la creación de un Consejo de Monitoreo con participación de vecinos, organizaciones ambientales y técnicas, lo cual constituye un intento de democratizar la gestión ambiental local (Honorable Concejo Deliberante del PGP, 2012).

Sin embargo, los estudios de Molpeceres, Ceverio y Brieva (2017) advierten que la sola existencia de marcos normativos no garantiza su funcionamiento efectivo. La falta de fiscalización, la débil articulación institucional y la escasa participación de los actores territoriales en el diseño de las regulaciones, derivan en una baja implementación y en una pérdida de legitimidad social.

En este escenario, el interés económico tiende a prevalecer sobre la protección de la salud pública, generando una tensión estructural entre el modelo de producción intensiva y la sostenibilidad de los territorios.

Desde la experiencia comunitaria en El Boquerón, localidad situada al sur del partido Gral. Pueyrredón, se observa de manera concreta esta brecha entre la norma y la práctica. Las actividades agrícolas se desarrollan sin respetar las zonas de exclusión establecidas, realizándose fumigaciones en cercanía de viviendas habitadas y en horarios diurnos, incluso bajo condiciones climáticas inadecuadas.

No existen cercos forestales ni barreras vegetales que reduzcan la deriva de los productos hacia las zonas pobladas, y las fiscalizaciones municipales son esporádicas o directamente inexistentes. Estas prácticas evidencian un incumplimiento sistemático de la ordenanza y reflejan lo que Molpeceres (2020) denomina “fragilidad institucional” en la regulación de la horticultura periurbana.

Las políticas ambientales locales se ven atravesadas por disputas de poder, por la falta de control efectivo y por una tendencia a responsabilizar individualmente a los productores sin abordar los factores estructurales que sostienen el problema.

La distancia entre lo legislado y lo vivido en los territorios rurales y periurbanos, pone de manifiesto la necesidad de fortalecer la

gobernanza ambiental y de generar mecanismos participativos de control ciudadano que aseguren la transparencia y la continuidad de las políticas.

A nivel provincial, la Ley N.º 10.699 sobre “Protección de la Salud Humana, Recursos Naturales y la Producción Agrícola mediante el uso racional de productos químicos o biológicos” complementa el marco legal nacional al establecer un régimen de registro para fabricantes, distribuidores, aplicadores y depósitos.

Clasifica los productos según su nivel de riesgo y condiciona la venta y aplicación de los más peligrosos a la “Receta Agronómica Obligatoria”, regulada por el Ministerio de Asuntos Agrarios. La ley también promueve instancias de capacitación conjunta con el Ministerio de Salud y contempla inspecciones coordinadas con los municipios, intentando articular el control entre los distintos niveles del Estado.

Sin embargo, al igual que ocurre con las ordenanzas locales, su implementación depende de la voluntad política y de la capacidad técnica de los organismos de control, factores que suelen estar condicionados por la presión del sector productivo y la falta de recursos para fiscalizar.

En la práctica, las capacitaciones y los controles previstos por la ley son intermitentes, se desarrollan sin continuidad y alcanzan a un número limitado de actores, lo que reproduce un escenario de regulación formalmente sólida pero materialmente débil.

En paralelo, el Manual de horticultura periurbana elaborado por el INTA (2012) constituye una herramienta técnica que busca orientar a productores hacia prácticas más seguras y sostenibles. Este documento describe con detalle los procedimientos adecuados de manipulación de fitosanitarios, el uso correcto de equipos de protección personal (como guantes impermeables, botas altas, máscaras con filtros específicos, antiparras y trajes impermeables), y las medidas de higiene necesarias durante la preparación, aplicación y limpieza de equipos.

También recomienda realizar las cargas de productos a espaldas del viento, lavar los envases y mantener los equipos en condiciones óptimas. El manual aporta así especificaciones operativas que complementan los marcos normativos, traduciendo la legislación en

prácticas concretas de prevención.

Sin embargo, la eficacia de estas recomendaciones depende casi exclusivamente de la voluntad individual de quienes trabajan en el campo. En ausencia de mecanismos de control y acompañamiento, las buenas prácticas se transforman en responsabilidades subjetivas que dependen del grado de información, la disponibilidad económica y el compromiso de cada productor o aplicador.

De este modo, tanto la ley como el manual comparten una limitación estructural: delegan el cumplimiento de las medidas preventivas en los mismos actores que deberían ser supervisados, reproduciendo un modelo de autorregulación ineficiente ante los riesgos ambientales y sanitarios.

### Consecuencias en la salud

La exposición a agrotóxicos constituye un riesgo sanitario comprobado. Diversos estudios científicos han demostrado que el contacto directo o indirecto con estos compuestos se asocia con enfermedades respiratorias, dérmicas, neurológicas y oncológicas (García, 2020; Andreo-Martínez et al., 2021).

La exposición puede producirse por inhalación durante la fumigación, por contacto dérmico o a través del consumo de alimentos y agua contaminados.

Desde la experiencia comunitaria en El Boquerón, puede observarse que gran parte de trabajadores rurales manipulan estos productos sin medidas de protección adecuadas ni conocimiento sobre su toxicidad. En numerosas ocasiones, se reemplaza la capacitación formal por creencias empíricas, como la idea de que consumir leche o yogurt “limpia el organismo” tras el contacto con agroquímicos, lo cual evidencia una profunda carencia educativa y sanitaria.

Tal situación, además de demostrar la ausencia de control estatal, refleja lo señalado por Lucero (2022), quien subraya que la escasa formación en toxicología y epidemiología popular de los profesionales de la salud contribuye a la subestimación de los efectos de los plaguicidas en la población.

Los servicios sanitarios locales no contemplan estrategias específicas de prevención o seguimiento de la exposición



crónica. En el centro de atención primaria del barrio, las consultas por sintomatología respiratoria o dérmica suelen ser tratadas de forma general, sin indagar en la exposición ambiental de las personas. De este modo, las patologías derivadas del contacto con agroquímicos permanecen invisibilizadas y sin registro epidemiológico.

En investigaciones recientes, García (2020) plantea que los agrotóxicos afectan el sistema inmune mediante procesos de determinación social de la salud, en los cuales se entrelazan factores estructurales, laborales y ambientales. La salud no puede entenderse como un fenómeno aislado, sino como un proceso social e histórico influido por las condiciones de vida y trabajo.

Los efectos de estas sustancias no se limitan al ámbito ocupacional. En comunidades rurales donde las fumigaciones son frecuentes, la contaminación del aire, el suelo y el agua genera exposición continua, incluso en personas que no trabajan directamente con los productos.

El consumo de agua proveniente de pozos someros sin control sanitario representa otro riesgo latente, dado que la infiltración de pesticidas y de residuos cloacales sin tratamiento contamina las napas freáticas.

Esta problemática local se alinea con los hallazgos de Molpeceres (2023), quienes evidenciaron impactos sanitarios y ausencia de registros oficiales en las zonas rurales del sur de Mar del Plata.

Por lo tanto, las consecuencias en la salud derivadas del uso de agrotóxicos deben entenderse como expresión de una vulnerabilidad estructural, donde la falta de educación, la precariedad laboral y la deficiencia institucional confluyen en la perpetuación del daño sanitario.

### **Vulnerabilidad socioambiental**

La vulnerabilidad socioambiental constituye una categoría clave para comprender cómo los riesgos ambientales se entrelazan con las condiciones sociales, económicas y políticas de las comunidades.

Este enfoque permite reconocer que los impactos derivados de la degradación ambiental no afectan a todos los grupos por igual, sino que se distribuyen según estructuras históricas de desigualdad. Tal como señalan Cabral y Zulaica (2015), la vulnerabilidad remite a la capacidad

limitada de una población y su entorno para resistir o adaptarse frente a los riesgos, revelando la interacción entre factores materiales y simbólicos que condicionan la posibilidad de respuesta.

En el periurbano de Mar del Plata, esta condición se agudiza por la convergencia de pobreza estructural, irregularidad en la tenencia de la tierra y carencia de infraestructura básica, configurando territorios donde la exposición a los riesgos ambientales se potencia y multiplica.

Desde la experiencia comunitaria en El Boquerón, al sur de la ciudad, estas condiciones se observan con claridad. Muchas de las viviendas carecen de acceso a la red de agua potable y al sistema de cloacas, lo que obliga a la población a depender de pozos y sistemas de saneamiento precarios. La falta de control sobre la calidad del agua, sumada a la cercanía entre los pozos ciegos y los pozos de extracción, incrementa el riesgo de contaminación y genera una situación de vulnerabilidad sanitaria persistente.

A ello se suma el uso intensivo de agroquímicos en las zonas de producción hortícola, lo que agrava los efectos de la exposición ambiental sobre un territorio que ya se encuentra debilitado por la carencia de servicios esenciales.

La conjunción de estas variables evidencia que la vulnerabilidad no es sólo producto de factores naturales, sino el resultado de procesos sociales acumulativos y desiguales que determinan quiénes están más expuestos y quiénes cuentan con mayores capacidades de protección.

La vulnerabilidad socioambiental también se expresa en el plano simbólico y cultural. Como advierte Iturralde (2014), la percepción del riesgo no depende únicamente de la información científica disponible, sino de las condiciones de vida, las tradiciones locales y las necesidades económicas que moldean las actitudes de las comunidades frente al peligro. Cuando la actividad agrícola constituye la principal fuente de sustento, el umbral de tolerancia al riesgo se eleva, y prácticas peligrosas (como las fumigaciones cercanas a viviendas) tienden a naturalizarse. Este fenómeno de aceptación social del riesgo revela la dimensión subjetiva de la vulnerabilidad, que resignaciones frente a situaciones que ponen en peligro la vida cotidiana.

En el Boquerón, la agricultura intensiva representa el medio de vida de numerosas familias; por eso, la exposición a plaguicidas suele ser asumida como parte inevitable de la cotidianeidad, aun cuando exista conocimiento de sus consecuencias sobre la salud.

Molpeceres y colaboradores (2023) evidencian que las zonas más próximas a los cinturones de producción hortícola intensiva presentan mayores niveles de riesgo ambiental y sanitario, producto de las deficiencias habitacionales, la precariedad laboral y la ausencia de control estatal. A su vez, la expansión desordenada de los asentamientos, sin planificación urbana ni servicios adecuados, incrementa la exposición de las poblaciones vulnerables.

Esta situación coincide con el análisis de Zulaica y Bocero (2015), quienes describen el periurbano marplatense como un espacio de interfase entre lo urbano y lo rural, caracterizado por la superposición de dinámicas sociales, productivas y ambientales en constante tensión.

En estos territorios frágiles, la presión del modelo agroindustrial y la ausencia de políticas integrales configuran un escenario de alta conflictividad socioambiental, donde los límites entre lo productivo y lo habitable se difuminan.

Desde una mirada analítica, la vulnerabilidad socioambiental no puede ser entendida como un estado fijo, sino como el resultado de un proceso histórico de desigualdad acumulada. Se trata de una construcción social que combina factores estructurales, como la pobreza, la informalidad laboral o la falta de infraestructura, con factores institucionales, tales como la debilidad de las políticas públicas y la ineficiencia de los mecanismos de control ambiental.

Cuando las instituciones no logran garantizar condiciones básicas de habitabilidad y protección, las comunidades quedan expuestas a múltiples riesgos sin recursos suficientes para afrontarlos. En este contexto, la vulnerabilidad se profundiza y se reproduce, generando un círculo que vincula el deterioro ambiental con la exclusión social.

La perspectiva propuesta por Florencia Luna resulta útil para comprender esta dinámica, ya que la autora concibe la vulnerabilidad como una estructura en “capas”. Cada persona y cada comunidad portan diferentes capas de

vulnerabilidad que se activan o refuerzan según las circunstancias vitales y contextuales.

En las comunidades periurbanas afectadas por los agrotóxicos, el nivel de adaptación y resistencia frente a los riesgos ambientales constituye una de esas capas, que se suma a otras, como la desigualdad económica, la falta de educación ambiental o la escasa representación política, conformando una cebolla social de múltiples estratos de exposición y fragilidad. Cuantas más capas se acumulan, mayor es la dificultad para generar estrategias de protección y transformación.

Las zonas periurbanas, en este sentido, no deben ser comprendidas como espacios residuales ni marginales, sino como territorios estratégicos donde confluyen procesos rurales y urbanos en permanente interacción.

Zulaica y colaboradores (2015) señalan que el periurbano constituye una zona de interfase sujeta a transformaciones constantes, donde se evidencian los desajustes en la relación sociedad-naturaleza. Es precisamente en esta interfase donde se hacen visibles las contradicciones de un modelo de desarrollo que prioriza la expansión económica sobre el bienestar colectivo.

El abandono estatal, la falta de políticas de salud y la débil fiscalización de las actividades agrícolas refuerzan la desigualdad ambiental, dejando a las comunidades en situación de desprotección frente a los efectos de los plaguicidas, la contaminación del agua y el deterioro de los suelos.

Esta realidad pone de manifiesto la supremacía del poder económico sobre el bienestar socioambiental de las poblaciones periurbanas. La búsqueda del crecimiento productivo, sostenida en la lógica del mercado, se impone sobre las necesidades de salud, vivienda y calidad de vida de quienes habitan los territorios rurales.

Resulta pertinente, entonces, interrogar si el modelo actual privilegia realmente el bienestar social o si continúa subordinando la vida de las comunidades a los intereses del capital agrario. Esta pregunta interpela no solo a los gobiernos, sino también a la sociedad en su conjunto, al evidenciar la naturalización de prácticas que comprometen el futuro ambiental y humano. Frente a esta situación, la participación ciudadana emerge como un componente esencial para visibilizar las múltiples formas de vulnerabilidad presentes en las

comunidades afectadas.

Las organizaciones barriales, los colectivos ambientales y los equipos de salud comunitaria desempeñan un papel fundamental en la denuncia, el registro y la producción de saberes locales que permiten enfrentar el problema desde una perspectiva de salud colectiva.

Cuando las instituciones estatales no alcanzan a garantizar la protección ambiental, son las propias comunidades las que se organizan para exigir el cumplimiento de las normas, generar conciencia y construir alternativas.

Sin embargo, estas acciones suelen enfrentarse a la resistencia de los sectores económicos dominantes y a la falta de apoyo institucional sostenido, lo que limita su alcance y continuidad.

### **Rol de enfermería e interdisciplina**

El abordaje de la problemática de los agrotóxicos requiere una mirada integral que articule los saberes sanitarios, sociales y ambientales. La complejidad del fenómeno, que involucra determinantes económicos, políticos y culturales, demanda un enfoque interdisciplinario capaz de vincular la evidencia científica con la experiencia comunitaria.

En este entramado, la enfermería ocupa un rol estratégico por su compromiso ético con la vida, la promoción de la salud y su cercanía con los territorios afectados.

El trabajo de Lucero (2022) subraya la necesidad de que los profesionales de la salud, especialmente quienes se desempeñan en el primer nivel de atención, incorporen la dimensión ambiental en sus prácticas cotidianas.

Esto implica reconocer que las condiciones del entorno, como el uso de agroquímicos, la calidad del agua o el tipo de vivienda, influyen directamente en el proceso salud-enfermedad. En consecuencia, registrar la exposición a agrotóxicos como parte de la historia clínica resulta una herramienta fundamental para visibilizar los riesgos y orientar acciones preventivas.

Desde la experiencia comunitaria en El Boquerón, se evidencia una marcada ausencia de intervenciones sostenidas en materia de prevención y educación ambiental por parte del sistema de salud. Esta falta de respuesta institucional contrasta con los postulados de la

epidemiología crítica (García, 2020), la cual concibe la salud como un proceso histórico y social atravesado por las condiciones de vida.

Bajo esta perspectiva, el personal sanitario no debe limitarse a un rol asistencial, sino asumir una función transformadora orientada a la justicia social y ambiental. La enfermería, por su inserción territorial y contacto directo con las comunidades rurales, puede desempeñar un papel clave en la detección temprana de síntomas asociados a la exposición a agrotóxicos, la educación sanitaria y la promoción de prácticas seguras.

A través de la escucha activa, el acompañamiento y la construcción de vínculos de confianza, los profesionales de enfermería se convierten en actores esenciales para identificar problemáticas naturalizadas dentro del sistema sanitario y darles visibilidad.

El impacto sanitario del uso de agrotóxicos es amplio: abarca afecciones respiratorias, neurológicas, dermatológicas y oncológicas, entre otras. Estas consecuencias no pueden abordarse únicamente desde la clínica individual, sino que requieren acciones preventivas, educativas y comunitarias.

Por ello, el trabajo en red entre enfermería, medicina, agronomía, toxicología, trabajo social y educación constituye una estrategia indispensable para comprender las causas y consecuencias del problema en toda su complejidad.

La interdisciplinaria permite integrar diagnósticos, registros, educación y seguimiento, fortaleciendo la vigilancia epidemiológica y generando datos que fundamenten políticas públicas locales.

En esta línea, registrar las condiciones de vivienda, la calidad de las fuentes de agua y la proximidad a zonas de fumigación en las historias clínicas se vuelve una herramienta de gran valor para identificar determinaciones sociales y ambientales del proceso salud-enfermedad.

Asimismo, la incorporación de especialidades como neumología, dermatología y neurología en los centros de salud del área sería clave para mejorar la detección y el tratamiento de patologías asociadas a la exposición crónica.

Estas acciones requieren del compromiso institucional y de la capacitación continua del personal, pero también del fortalecimiento del rol comunitario de la enfermería, que puede actuar como puente

entre la población y las instituciones sanitarias.

Desde una perspectiva crítica, el cuidado que ofrece la enfermería trasciende la atención individual para convertirse en una herramienta de resistencia frente a los modelos de producción que amenazan la salud y el ambiente. Al promover el empoderamiento comunitario, impulsar la participación social y fomentar la apropiación del conocimiento sobre los riesgos ambientales, la enfermería contribuye a construir una ciudadanía activa y consciente de sus derechos.

La práctica del cuidado, entendida de este modo, no se realiza de manera aislada, sino que se nutre de la colaboración con otros saberes y disciplinas. Ningún campo profesional, por sí solo, puede ofrecer respuestas completas ante los efectos de los agrotóxicos. Por ello, el trabajo conjunto entre sectores de la salud, la educación, la agronomía y las políticas públicas se presenta como una necesidad urgente para avanzar hacia un modelo de atención integral y ambientalmente justo.

La interdisciplina no solo potencia la comprensión del problema, sino también la capacidad de liderazgo y acción colectiva de los equipos de salud. Permite diseñar estrategias de educación popular en salud, protocolos de prevención y programas de vigilancia epidemiológica que respondan a las particularidades de cada territorio. La enfermería, desde su enfoque humanista y su cercanía cotidiana con las comunidades, se posiciona como un actor fundamental para articular estos procesos.

Desde la experiencia de trabajo en El Boquerón, se observa que la falta de políticas sostenidas en salud ambiental genera una sensación de desprotección y desinterés institucional. Sin embargo, el contacto directo con las familias, el conocimiento de las prácticas agrícolas locales y la comprensión de las dinámicas comunitarias ofrecen a la enfermería herramientas valiosas para actuar de manera preventiva y educativa. Registrar, acompañar y educar se convierten así en actos de resistencia que reafirman el compromiso ético de la profesión con la defensa de la vida.

En suma, la problemática de los agrotóxicos demanda un modelo de atención basado en la interdisciplinariedad, la integralidad y la justicia ambiental. La enfermería, en tanto disciplina orientada al cuidado de la vida, tiene la responsabilidad de impulsar prácticas que

promuevan territorios saludables y sustentables. Su rol como mediadora entre el conocimiento científico y la experiencia comunitaria la ubica en un lugar privilegiado para promover transformaciones reales en la salud colectiva.

Enfrentar el impacto de los agrotóxicos implica reconocer que la salud no puede separarse del ambiente ni de las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan. La enfermería, con su mirada integral y su compromiso ético, puede liderar procesos de sensibilización, educación y cambio que permitan construir comunidades más seguras y conscientes. La defensa de la vida y del ambiente, en este sentido, no solo es una tarea sanitaria, sino también un acto político y social que interpela a todo el sistema de salud.

#### **4- Conclusión**

La problemática del uso de agrotóxicos en las zonas rurales de Mar del Plata constituye un desafío complejo que demanda respuestas urgentes y coordinadas. La falta de cumplimiento de las normativas, la débil fiscalización y la vulnerabilidad socioeconómica de las comunidades agravan los riesgos sanitarios y ambientales, evidenciando la necesidad de un abordaje integral que trascienda los límites del sector sanitario.

Resulta prioritario implementar un registro formal y sistemático en las historias clínicas que incorpore información sobre el entorno de vida de las personas (riesgos físicos, químicos, biológicos y sociales, calidad del agua, vivienda y saneamiento). Este recurso permitiría visibilizar los impactos de las fumigaciones, generar evidencia epidemiológica y orientar intervenciones más efectivas.

A su vez, es imprescindible fortalecer las políticas públicas que regulen el uso de agroquímicos, garanticen la fiscalización y promuevan modelos productivos sostenibles. Dichas políticas deben sustentarse en la interdisciplinariedad y en la articulación entre se traduce en silencios, negaciones o salud, ambiente y producción, reconociendo a las comunidades rurales como actores centrales en la construcción de soluciones.

Finalmente, la participación comunitaria emerge como un pilar indispensable. Involucrar a la población en la identificación de riesgos, en la elaboración de estrategias preventivas y en la producción de información local constituye

constituye una vía concreta hacia la justicia socioambiental. Solo desde la acción colectiva y el compromiso institucional será posible

construir un futuro más saludable y sostenible para las comunidades expuestas a los agrotóxicos.

## 5- Referencias bibliográficas

- Andreo-Martínez, P., Navarro-González, I., & García-Martínez, N. (2021). Residuos de plaguicidas y el trastorno del espectro autista. *Revista de Discapacidad, Clínica y Neurociencias*, 8(1), 39–51. <https://doi.org/10.14198/DCN.19750>
- Bour, R. (2020). Movimientos socio-territoriales vinculados a la problemática del uso de agrotóxicos en el partido de General Pueyrredón: El caso de Paren de Fumigarnos [Tesis de maestría, Universidad de Buenos Aires]. Universidad de Buenos Aires.
- Cabral, V. N., & Zulaica, L. (2015). Análisis de la vulnerabilidad socioambiental en áreas del periurbano de Mar del Plata (Argentina) expuestas a agroquímicos. *Multiciencias*, 15(2), 172–180.
- García, C. H. (2020). Matriz de procesos críticos de la determinación social de la salud en la afectación al sistema inmune por exposición a agrotóxicos en La Paz, Bolivia. *Revista Ciencias de la Salud*, 18(Esp.), 1–17.
- Honorable Concejo Deliberante del Partido de General Pueyrredon. (2012). Ordenanza N.º 21097: Modificación de la Ordenanza 18740 sobre uso de agroquímicos. Mar del Plata, Argentina.
- Huape Padilla, A., Padilla Gil, A., Nieto del Valle, L., & Cortés Zabala, R. (2021). La vulnerabilidad socio-ambiental como pérdida de bienestar. *Revista de Psicología de la Universidad Autónoma de México*.
- Iturralde, R. S. (2014). La construcción social del riesgo y el conocimiento científico: Un estudio de caso sobre un conflicto socioambiental en 30 de Agosto, provincia de Buenos Aires. *Cuadernos de Antropología*, (12), 175–189.
- Lucero, P. A. (2022). El silencio no es salud: Prácticas y discursos sobre los profesionales de la salud en el partido de Junín (provincia de Buenos Aires) sobre el uso de agrotóxicos en la agricultura extensiva entre 2015 y 2018 [Tesis de grado].
- Lucero, P. A. (2025). La odisea de investigar sobre agrotóxicos en un contexto de agronegocios: Reflexiones metodológicas a partir de mis notas de campo.
- Luna, F. (2021). Vulnerabilidad: La metáfora de las capas. *Filosofía ULL*.
- Marinari, B. (2019). Percepciones del riesgo del uso de agroquímicos en el periurbano marplatense: Aportes conceptuales y problemática ambiental. En XIII Jornadas de Sociología (Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires).
- Mitidieri, M. S., & Corbino, G. B. (2012). Manual de horticultura periurbana (1.ª ed.). San Pedro, Buenos Aires: Ediciones INTA. <https://inta.gob.ar/documentos/manual-de-horticultura-periurbana>
- Molpeceres, C. (2020). Horticultura periurbana en Mar del Plata: Trayectoria de su regulación. En *Agroquímicos y regulaciones en el periurbano marplatense* (Cap. 8, pp. 258–292). CONICET.
- Molpeceres, C. (2022). Políticas públicas y sistemas agroalimentarios en Argentina: Entre agroquímicos y agroecología (1990–2020). *Eutopía. Revista de Desarrollo Económico Territorial*, (21), 74–99. <https://doi.org/10.17141/eutopia.21.2022.5285>
- Molpeceres, M. C., Ceverio, R., & Brieva, S. (2017). Regulaciones y prácticas: Controversias en torno al uso de agroquímicos en el cinturón hortícola marplatense. *Redes*, 23(44), 103–131. <https://doi.org/10.48160/18517072re44.119>
- Molpeceres, M. C., Loyza, M. B., Zulaica, M. L., Calderón, G., & Mujica, C. M. (2023). Vulnerabilidad socioambiental, agroquímicos e impactos en la salud en el corredor costero y periurbano sur de Mar del Plata (Buenos Aires, Argentina). *Revista Internacional de Contaminación Ambiental*, 39, 11–24. <https://doi.org/10.20937/RICA.54289>
- Provincia de Buenos Aires. (1988, 17 de noviembre). Ley 10699: Protección de la salud humana, recursos naturales y la producción agrícola mediante el uso racional de productos químicos o biológicos. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/provincial/ley-10699-123456789-0abc-defg-996-0100bvorpyel/actualizacion>
- Zulaica, L., Bocero, S., Tribó, J., Cabral, V. N., Di Bona, A., Paz, M., & Tomadoni, M. (2015). Agroquímicos en áreas de transición urbano-rural: Problemas sociales y ambientales en el Partido de General Pueyrredón. Mar del Plata: Universidad Nacional de Mar del Plata.



## ¿LA SALUD PÚBLICA ES REALMENTE UNIVERSAL? REFLEXIONES SOBRE EL ACCESO DESIGUAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA Y EL ROL DE ENFERMERÍA

### IS PUBLIC HEALTH TRULY UNIVERSAL? REFLECTIONS ON UNEQUEAL ACCESS TO PRIMARY CARE AND OF NURSING

**Est. Caio César Costa Alencar**

caiocca@hotmail.com // <https://orcid.org/0009-0001-6763-3465>

**Est. Marina Quinteros Vélez**

marinaquinteros2024@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0002-4273-9180>

**Est. Mariela Elizabeth Crespi**

crepimariela78@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0000-5860-2934>

**Est. Micaela Abigail Aragón**

aragonmicaela388@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0001-2936-1876>

**Est. Cintia Ariana Linares**

linarescintia1998@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0002-5496-2224>

#### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

#### **Resumen**

Este ensayo analiza críticamente la universalidad del sistema de salud argentino, con especial atención en la atención primaria y el impacto de políticas recientes como el DNU 70/2023. El objetivo de este estudio es describir la fragmentación estructural del sistema y su impacto en las desigualdades de acceso, analizar la tensión entre el principio de universalidad y las medidas de fijación de precios, y destacar el rol estratégico de la enfermería en la promoción de la equidad y la continuidad de la atención. La discusión se centra en tres puntos principales: las contradicciones entre el discurso oficial de universalidad y las prácticas que restringen el acceso; el potencial de la enfermería como agente de equidad y transformación social; y la necesidad de comprender la salud desde una perspectiva social, entendiendo que las desigualdades se producen estructuralmente y requieren intervenciones integrales.

**Palabras clave:** Salud pública, Universalidad, Atención primaria, Enfermería, Equidad.

## Abstract

This essay critically analyzes the universality of the Argentine healthcare system, with special attention to primary care and the impact of recent policies such as DNU 70/2023. The objective of this study is to describe the structural fragmentation of the system and its impact on inequalities in access, analyze the tension between the principle of universality and pricing measures, and highlight the strategic role of nursing in promoting equity and continuity of care. The discussion focuses on three main points: the contradictions between the official discourse of universality and the practices that restrict access; the potential of nursing as an agent of equity and social transformation; and the need to understand health from a social perspective, understanding that inequalities are structurally produced and require comprehensive interventions.

**Keywords:** Public health, Universality, Primary care, Nursing, Equity.

## 1- Introducción

El acceso a la salud se reconoce como un derecho humano fundamental en diversos marcos regulatorios nacionales e internacionales. En Argentina, el derecho a la salud está consagrado en la Constitución Nacional (artículo 75, párrafo 22) y en normativas específicas, como la Ley 26.529 de Derechos del Paciente (Argentina.gob.ar, 2020)<sup>1</sup>, que garantiza el acceso equitativo y el respeto a la dignidad de quienes están bajo su cuidado.

En particular, el sistema público de salud se posiciona como garante de esta universalidad, ofreciendo atención primaria, secundaria y terciaria gratuita a los usuarios. Sin embargo, la fragmentación del sistema de salud argentino produce diferencias profundas entre quienes acceden a una cobertura integral y quienes dependen exclusivamente del sistema público. Los conflictos judiciales por prestaciones médicas demuestran que incluso quienes poseen obra social enfrentan barreras para obtener tratamientos, lo que revela una inequidad estructural dentro de un sistema que debería garantizar igualdad. Además, políticas públicas recientes, como el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023<sup>2</sup>, introducen la posibilidad de cobrar por los servicios de salud a personas con seguro médico y extranjeros, lo

que cuestiona directamente el principio de acceso gratuito y universal. Este ensayo tiene como objetivo hacer un análisis crítico del concepto de universalidad en la salud pública argentina, centrándose en las desigualdades en el acceso a la atención primaria de salud (APS). Asimismo, reflexiona sobre el papel fundamental que debe asumir la enfermería en este contexto, defendiendo una práctica profesional ética y comprometida con la equidad y la justicia social.

## 2- Desarrollo

### El sistema de salud argentino: estructura fragmentada y desigualdades en el acceso

La fragmentación es una característica clave del sistema de salud argentino. Los tres subsistemas coexisten con una coordinación limitada, lo que genera brechas en la cobertura y la calidad. Mientras que el sector público se financia con impuestos y apoya la atención a las poblaciones más vulnerables, los sectores privado y de la seguridad social responden a la lógica del mercado y al empleo formal.

Esta segmentación reproduce desigualdades territoriales, económicas y sociales. Estudios realizados por Muñoz (2022)<sup>3</sup> en el Hospital Madariaga de Misiones muestran cómo las personas que viven en situación

<sup>1</sup> Argentina.gob.ar. (2020). Ley 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.

<sup>2</sup> Presidencia de la Nación Argentina. (2025, 9 de junio). Reglamentación del DNU 70/23.

<sup>3</sup> Muñoz, L. E. (2022). **El acceso a la salud: cuando la necesidad nos hace migrar. Caso en situación de frontera: Hospital Madariaga — Provincia de Misiones.** Universidad Nacional de La Plata.

frontera, tanto argentinos como migrantes, enfrentan obstáculos burocráticos para acceder a la atención pública. Según el autor, la atención médica no se distribuye según la necesidad, sino según el estatus social y el tipo de cobertura.

La fragmentación también se refleja en la dependencia de los recursos provinciales y municipales, lo que genera disparidades en la infraestructura, la disponibilidad de profesionales y el acceso a medicamentos.

Este fenómeno expresa lo que Breilh (2023)<sup>4</sup> denomina determinación social de la salud: un entramado de condiciones históricas, políticas y económicas que produce enfermedad y exclusión. La fragmentación no es casual, sino resultado de decisiones que priorizan la eficiencia económica sobre la equidad, generando lo que el autor llama una “crisis ética estructural” de los sistemas sanitarios contemporáneos.

En general la población más desprovista de recursos depende únicamente del sector público, que se financia principalmente con impuestos generales. Sin embargo, este sector atiende también a personas con cobertura de obra social o privada que recurren a él por cercanía, gratuidad o falta de respuesta en sus prestadores. Esta “puerta abierta” ha sido objeto de debate en los últimos años y se ha planteado la posibilidad de restringirla o arancelarla.

### **Universalidad en la salud pública: un derecho en tensión**

La universalidad implica que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesitan sin discriminación ni barreras económicas. En Argentina, esta idea está consagrada en la Constitución Nacional y en acuerdos internacionales con rango constitucional.

La universalidad declarada enfrenta obstáculos como la fragmentación del sistema, que genera una cobertura desigual y

segmentada, donde la posibilidad real de acceso depende de la situación laboral, económica y social de la persona.

En este escenario, la universalidad se transforma en un ideal más que en una realidad efectiva. Los conflictos judiciales recientes, muestran que las personas deben recurrir a la vía legal para garantizar tratamientos reconstructivos o terapéuticos básicos. Estas situaciones revelan la tensión entre los derechos formalmente reconocidos y las prácticas administrativas que los obstaculizan.

La salud, entendida como derecho humano, implica disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios para toda la población. Sin embargo, las medidas recientes que promueven el cobro a determinados grupos ponen en tensión este principio. Entre ellas, destaca el Decreto de Necesidad y Urgencia (DNU) 70/2023, una norma dictada por el Poder Ejecutivo que modifica aspectos clave de la política migratoria y de acceso a servicios públicos. En materia de salud, el DNU establece que los extranjeros no residentes deberán abonar los costos de su atención en el sistema público, salvo casos de urgencia vital o situaciones contempladas en acuerdos bilaterales. Además, habilita a las provincias a cobrar por la atención de personas con cobertura de obras sociales que acudan al sector público (Presidencia de la Nación Argentina, 2025)<sup>5</sup>.

Si bien estas medidas buscan optimizar recursos, pueden generar barreras adicionales de acceso. Condicionar la atención según criterios administrativos puede producir exclusión de personas en situación de vulnerabilidad, como trabajadores informales con obra social desfinanciada o migrantes con dificultades para acceder a su documentación (Cabieses, B., Obach, A., & Urrutia, C. 2021)<sup>6</sup>. Estas medidas contradicen la lógica de la salud como un derecho universal y accesible, introduciendo costos que pueden desincentivar el uso de servicios preventivos e impactar

<sup>4</sup> Breilh, J. (2023). Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia.

<sup>5</sup> Presidencia de la Nación Argentina. (2025, 9 de junio). Reglamentación del DNU 70/23.

<sup>6</sup> Cabieses, B., Obach, A., & Urrutia, C. (Eds.). (2021). Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales

negativamente la salud pública en general (Daniel, 2025)<sup>7</sup>.

La exclusión del acceso a la atención primaria no puede explicarse únicamente por cuestiones administrativas o presupuestarias. Existe una estructura más profunda de desigualdad que permea el sistema de salud. En este sentido, la perspectiva de la determinación social de la salud, a diferencia del enfoque clásico de los determinantes, permite comprender la producción estructural de las inequidades en salud.

Según Weingast (2021)<sup>8</sup>, la diferencia entre ambos enfoques es crucial: mientras que los determinantes sociales se consideran variables individuales o ambientales que afectan la salud (como los ingresos, la educación o la vivienda), el enfoque de la determinación social propone una interpretación más radical, que entiende la salud como el resultado de relaciones sociales desiguales, históricas y estructurales.

Por lo tanto, los procesos sociales y económicos, como el desempleo, la precariedad laboral y las políticas migratorias restrictivas, deben analizarse como causas fundamentales de la distribución desigual de la atención médica entre la población. Aplicar esta perspectiva permite entender que medidas como el cobro a extranjeros o a personas con seguro de salud no son decisiones neutrales, sino políticas que refuerzan desigualdades preexistentes, especialmente en el nivel primario de atención.

### **Atención primaria y el rol estratégico de la enfermería**

La atención primaria de salud es la base de la promoción, la prevención y la atención integral, y constituye un espacio privilegiado para la interacción entre profesionales y comunidades. En este nivel, la enfermería desempeña un papel fundamental, ya que es la puerta de entrada para muchos pacientes y ofrece atención continua, educación sanitaria y apoyo.

En los centros de salud, el personal de enfermería enfrenta diariamente las consecuencias de la fragmentación: falta de insumos, sobrecarga asistencial y barreras institucionales que dificultan el acceso. No obstante, a través del acompañamiento comunitario y la escucha activa, los enfermeros y enfermeras se convierten en mediadores sociales que transforman la política en práctica.

El fortalecimiento de la APS es esencial para reducir desigualdades. Investigaciones recientes resaltan la importancia de contar con equipos interdisciplinarios que incluyan a la enfermería como actor protagónico en el acompañamiento de las personas y comunidades (Chasillacta, F. B., & Núñez, F. R., 2022)<sup>9</sup>. La enfermería contribuye a la detección temprana de factores de riesgo, la educación sanitaria y el seguimiento longitudinal de los pacientes, elementos claves para una atención integral.

Las nuevas restricciones y tarifas generan tensiones para los profesionales, quienes deben conciliar el cumplimiento de las normas con la defensa de los derechos de los pacientes y la justicia social. Por lo tanto, los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad ética y social de defender una práctica que incorpore una visión crítica de las desigualdades estructurales y promueva el acceso equitativo.

### **3- Marco Teórico**

Este ensayo busca estudiar la salud pública latinoamericana, entendida como un campo interdisciplinario que analiza los procesos de salud, enfermedad y atención desde una perspectiva social, histórica y política. Esta perspectiva trasciende la perspectiva biomédica tradicional, reconociendo que la salud depende no solo de factores biológicos o conductuales, sino de las condiciones estructurales de vida que configuran los denominados determinantes sociales de la salud.

Los determinantes sociales, como el acceso al trabajo, la vivienda, la educación, la nutrición, el medio ambiente y la participación

<sup>7</sup> Daniel, M. (2025, 14 de mayo). Decretarán cobro de salud y educación a extranjeros en Argentina.

<sup>8</sup> Weingast, D. (2021). Desigualdades en salud: determinación social y políticas públicas. En Ortale, S. & Rausky, M. E. (Coords.), *Desigualdad en plural* (pp. 129–153).

<sup>9</sup> Chasillacta, F. B., & Núñez, F. R. (2022). Rol del personal de enfermería en la atención primaria en salud.

social, influyen directamente en el bienestar de las personas y en su capacidad para acceder a una atención sanitaria equitativa. Por lo tanto, la salud se concibe como una construcción social y no como un fenómeno aislado del contexto económico y político.

Dentro de este movimiento crítico, el autor ecuatoriano Jaime Breilh destaca como una de las figuras más destacadas de la epidemiología latinoamericana contemporánea. Su investigación ha aportado perspectivas sobre la relación entre poder, conocimiento y desigualdad en el ámbito de la salud. En su obra más reciente (Breilh, 2023)<sup>10</sup>, el autor advierte sobre la "ignorancia planificada" de los sistemas de salud actuales, donde las reformas neoliberales, la digitalización acelerada y la subordinación del conocimiento científico a los intereses económicos han profundizado la crisis bioética y debilitado la justicia social.

Desde esta perspectiva, la salud pública se entiende como un espacio de conflicto entre dos racionalidades: una mercantil, centrada en la eficiencia y la rentabilidad, y otra emancipadora, basada en la equidad, la solidaridad y el derecho colectivo a la vida. Lograr una verdadera salud universal requiere un enfoque integral de los determinantes sociales y el fortalecimiento de la ética pública como fundamento de las políticas sanitarias.

La enfermería, en este contexto, desempeña un papel esencial como puente entre las instituciones y las comunidades. Su práctica profesional integra el conocimiento técnico con una vocación ética y política centrada en la justicia social. A través de la promoción de la salud, la educación y el apoyo territorial, la enfermería contribuye a reducir las desigualdades y a consolidar una perspectiva crítica del cuidado como acto emancipador.

#### 4- Metodología

Este ensayo se desarrolló con un enfoque cualitativo, descriptivo y analítico, con el objetivo de comprender las dimensiones sociales, políticas y éticas que sustentan la universalidad del sistema de salud argentino.

Se realizó una revisión bibliográfica y

documental de fuentes secundarias, seleccionadas por su relevancia (2020-2025) para contribuir a los estudios de salud pública y enfermería. Se consultaron artículos académicos, normativas nacionales, decisiones judiciales, informes institucionales y trabajos teóricos de autores reconocidos como Jaime Breilh. Sus perspectivas críticas sobre la determinación social de la salud y la crisis bioética son fundamentales para este análisis.

El proceso metodológico se centró en identificar tensiones y contradicciones entre el discurso de la atención universal y las prácticas que la restringen, haciendo hincapié en las condiciones de acceso, los determinantes sociales y el rol de la enfermería como agente de equidad. A través de esta metodología, buscamos construir una lectura reflexiva y fundamentada, integrando la evidencia documental con la interpretación ética y social de la práctica profesional, en consonancia con el enfoque de salud colectiva y la perspectiva de derechos humanos.

#### 5- Conclusión

Si bien el sistema de salud público argentino se basa fundamentalmente en el derecho universal a la salud, en realidad, esta universalidad está condicionada por barreras estructurales, políticas y administrativas que limitan y refuerzan las desigualdades en el acceso a la salud.

Las recientes medidas como el DNU 70/2023, que restringe el acceso a la atención en el sistema público, profundiza la fragmentación y la inequidad, afectando especialmente a los sectores más vulnerables de la población.

En este contexto, la enfermería debe desempeñar un papel estratégico y ético en el apoyo a una práctica centrada en la equidad, la justicia social y la atención integral. La formación crítica y la concienciación social son herramientas esenciales para que los profesionales contribuyan a un sistema de salud verdaderamente universal y justo.

Finalmente, es necesaria una reafirmación institucional y política del derecho universal a la salud, con políticas públicas que

<sup>10</sup> Breilh, J. (2023). Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética.



eliminen barreras, fortalezcan la atención primaria y reconozcan el papel central de la enfermería como agente de cambio social.

## 6- Discusión

### **Contradicciones entre el discurso de la universalidad y las prácticas excluyentes**

El discurso estatal sostiene que la salud pública es universal, pero la realidad cotidiana desmiente esta afirmación. Las prácticas excluyentes como listas de espera o recortes presupuestarios, evidencian que el acceso depende más del origen social que de la necesidad sanitaria.

Muñoz (2022)<sup>11</sup> demuestra que, en regiones fronterizas, la atención depende del criterio individual de los funcionarios, lo que produce discriminación y desigualdad. Estas situaciones concretas confirman las advertencias de Breilh (2023)<sup>12</sup> sobre la “disputa del conocimiento” en el campo sanitario: mientras el discurso oficial invoca la equidad, las decisiones políticas refuerzan estructuras de dominación y exclusión.

Este problema se refleja en la experiencia cotidiana de los profesionales de la salud, especialmente el personal de enfermería, quienes enfrentan dilemas éticos al tratar con pacientes con acceso limitado a servicios esenciales.

### **La enfermería como agente de equidad y transformación social**

El potencial transformador de la enfermería reside en su capacidad de trabajar en proximidad con las comunidades, promover la participación y defender el derecho a la salud. La intervención de la enfermería mejora la adherencia a los tratamientos, disminuye las hospitalizaciones evitables y fortalece el vínculo entre la comunidad y el sistema de salud.

La formación profesional debe orientar a los futuros profesionales para que reconozcan las desigualdades sociales como determinantes fundamentales de la salud, fortaleciendo las habilidades para la promoción de la salud comunitaria y la articulación con las redes sociales y políticas.

En este sentido, la enfermería se posiciona como un pilar para apoyar la atención primaria en sus valores éticos y sociales, y para actuar como un puente fundamental para influir en las políticas públicas que promueven la equidad y la justicia social.

### **Determinación social de la salud y exclusión estructural**

Desde la perspectiva de la determinación social de la salud (Weingast, 2021)<sup>13</sup>, las inequidades no son meros accidentes, sino el resultado de procesos estructurales que generan vulnerabilidad. Las políticas que condicionan el acceso en función de la cobertura o la nacionalidad pueden perpetuar ciclos de exclusión, enfermedad y pobreza. Abordar estos determinantes requiere una visión integral que incluya la distribución equitativa de los recursos, la participación comunitaria y la eliminación de las barreras administrativas.

El acceso segmentado a los servicios de salud, las regulaciones excluyentes y la falta de recursos no son meros obstáculos operativos, sino expresiones de un modelo social que naturaliza y justifica las desigualdades.

En este sentido, la práctica enfermera puede, y debe, convertirse en un acto político que desafíe la lógica de la exclusión. Esto implica apoyar a las personas en sus procesos de salud/enfermedad desde una perspectiva sensible y comprometida con la equidad, a la vez que denuncia las prácticas institucionales que vulneran el derecho a la salud.

<sup>11</sup> Muñoz, L. E. (2022). *El acceso a la salud: cuando la necesidad nos hace migrar. Caso en situación de frontera: Hospital Madariaga — Provincia de Misiones*

<sup>12</sup> Breilh, J. (2023). *Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética*.

<sup>13</sup> Weingast, D. (2021). *Desigualdades en salud: determinación social y políticas públicas*. En Ortale, S. & Rausky, M. E. (Coords.), *Desigualdad en plural* (pp. 129–153).

## 7- Referencias bibliográficas

- Argentina.gob.ar. (2020). Ley 26.529: Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26529-160432>
- Breilh, J. (2023). *Reforma en salud en el siglo XXI: disputa del conocimiento e ignorancia planificada en la era de aceleración digital y desplome de la bioética*. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. <https://repositorio.uasb.edu.ec/handle/10644/9576>
- Cabieses, B., Obach, A., & Urrutia, C. (Eds.). (2021). Interculturalidad en salud: teorías y experiencias para poblaciones migrantes internacionales. Universidad del Desarrollo. [https://www.academia.edu/83085847/Interculturalidad\\_en\\_salud\\_teor%C3%ADas\\_y\\_experiencias\\_para\\_poblaciones\\_migrantes\\_internacionales\\_PDF](https://www.academia.edu/83085847/Interculturalidad_en_salud_teor%C3%ADas_y_experiencias_para_poblaciones_migrantes_internacionales_PDF)
- Chasillacta, F. B., & Núñez, F. R. (2022). Rol del personal de enfermería en la atención primaria en salud. *Salud, Ciencia y Tecnología*, 2, 82. <https://www.medigraphic.com/pdfs/salcietec/sct2022/sct221an.pdf>
- Comercio y Justicia. (2025, 7 de octubre). No es una cirugía estética y la obra social debe cubrirla. *Comercio y Justicia*. <https://comercioyjusticia.info/justicia/no-es-una-cirurgia-estetica-y-la-obrasocial-debe-cubrirla/>
- Cruz-Riveros, C., Portilla-Saavedra, D., & Lay-Lisboa, S.-L. (2025, 28 de mayo). Discursos y prácticas de aceptabilidad en salud desde la perspectiva del personal sanitario y migrantes. *Ciencia y Enfermería*, 31. <https://revistas.udec.cl/index.php/cienciayenfermeria/article/view/18450>
- Daniel, M. (2025, 14 de mayo). Decretarán cobro de salud y educación a extranjeros en Argentina. *EconoBlog*. <https://www.econoblog.com.ar/146762/decretaran-cobro-de-salud-y-educacion-a-extranjeros-en-argentina/>
- Justicia de Primera**. (2025, 8 de octubre). *Ordenan a obra social cubrir cirugía reconstructiva a una mujer que bajó 30 kilos*. *Justicia de Primera*. <https://justiciadeprimera.com/2025/10/08/ordenan-a-obra-social-cubrir-cirurgia-reconstructiva-a-una-mujer-que-bajo-30-kilos/>
- Lafit, J. S. (2025). Atención primaria de la salud: una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud [Capítulo de libro]. En G. S. López & V. Michelli (Eds.), *Para pensar la salud colectiva. Algunas categorías y temas* (pp. 70-88). Universidad Nacional de La Plata – EDULP. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/178717>
- Muñoz, L. E. (2022). **El acceso a la salud: cuando la necesidad nos hace migrar. Caso en situación de frontera: Hospital Madariaga — Provincia de Misiones**. Universidad Nacional de La Plata. <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/141876>
- NetMD**. (2025). *El desafío en el tratamiento del cáncer en el futuro y el acceso a los mismos*. NetMD. <https://netmd.org/el-desafio-en-el-tratamiento-del-cancer-en-el-futuro-y-el-acceso-a-los-mismos/>
- Pazmiño Verdezoto, A. V., Fierro Vasco, S. G., & Arguello Quintana, T. E. (2025, febrero). Limitaciones en el acceso equitativo a la atención primaria de salud en poblaciones vulnerables en Latinoamérica. *Polo del* <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/8887/pdf>
- Presidencia de la Nación Argentina. (2025, 9 de junio). Reglamentación del DNU 70/23. Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/reglamentacion-del-dnu-7023>
- Radiográfica. (2022, 20 de septiembre). Fragmentación y déficit estructural. Los desafíos que enfrenta el sistema de salud. <https://radiografica.org.ar/2022/09/20/fragmentacion-y-deficitestructural-los-desafios-que-enfrenta-el-sistema-de-salud/>
- Weingast, D. (2021). Desigualdades en salud: determinación social y políticas públicas. En Ortale, S. & Rausky, M. E. (Coords.), *Desigualdad en plural* (pp. 129–153). UNLP. <https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/libros/pm.4773/pm.4773.pdf>

## **CUANDO EL PODER CUIDA POCO : SABERES SITUADOS Y JERARQUÍAS EN LA PRÁCTICA ENFERMERA**

## **WHEN POWER CARES LITTLE : SITUATED KNOWLEDGES AND HIERARCHIES IN NURSING PRACTICE**

**Est. Romina Soledad Giorgis**

rominagiorgis40@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0001-6213-4659>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

La enfermería constituye la columna vertebral de los sistemas de salud contemporáneos, pero su reconocimiento epistemológico y su participación en la toma de decisiones permanecen limitados por jerarquías históricas y culturales. Este artículo analiza críticamente la deslegitimación del saber enfermero desde los marcos de saberes situados (Haraway) y poder disciplinario (Foucault), combinando una revisión bibliográfica con evidencia empírica y experiencias formativas. Se exploran fenómenos de violencia institucional, silenciamiento profesional y precarización laboral que afectan tanto la formación como la práctica. Además, se contrastan experiencias internacionales que muestran mejores resultados cuando la enfermería participa en roles de liderazgo. A partir del análisis se proponen estrategias pedagógicas, organizacionales y de política pública destinadas a visibilizar y legitimar el conocimiento situado enfermero, promover el liderazgo horizontal y fortalecer la producción científica propia. El artículo concluye que reconocer y articular los saberes del cuidado es condición necesaria para una atención integral y segura.

**Palabras clave:** Enfermería, Saberes situados, Poder, Violencia institucional, Liderazgo enfermero.

## Abstract

Nursing is the backbone of contemporary health systems, yet its epistemic recognition and participation in decision-making remain constrained by historical and cultural hierarchies. This article critically analyzes the delegitimation of nursing knowledge from the theoretical perspectives of situated knowledges (Haraway) and disciplinary power (Foucault), combining literature review with empirical evidence and training experiences. It examines institutional violence, professional silencing, and labor precarization affecting both education and practice. International comparisons highlight improved outcomes when nursing assumes leadership roles. The study proposes pedagogical, organizational and public policy strategies to make nursing knowledge visible and legitimate, promote horizontal leadership, and strengthen nursing's scientific production. Recognizing and integrating care knowledges is essential for comprehensive and safe healthcare.

**Keywords:** Nursing, Situated Knowledge, Power, Institutional violence, Nursing leadership.

## 1- Introducción

La enfermería ha sido, desde sus orígenes, una práctica central para la reproducción de la vida y la reparación de la salud. A pesar de esto, los procesos de profesionalización, jerarquización institucional y construcción social del saber han relegado con frecuencia la voz y la autoridad epistemológica de las enfermeras y enfermeros. La tensión entre conocimiento técnico-médico y saber práctico-relacional se traduce en consecuencias concretas: invisibilización del aporte clínico enfermero, desautorización de observaciones relevantes, menor participación en la toma de decisiones y condiciones laborales que limitan la actualización profesional.

Este artículo aborda la pregunta central: ¿cómo inciden las relaciones de poder institucional y epistémico en la deslegitimación del saber enfermero y qué estrategias pueden revertir esa subordinación para optimizar la atención? Para responder, articulo marcos teóricos críticos con evidencia empírica y ejemplos formativos, ofreciendo además recomendaciones aplicables a la docencia, la gestión hospitalaria y la política pública.

## 2- Revisión de la literatura y marco teórico

### Saberes situados

Donna Haraway (1995) argumenta que todo conocimiento es situado: nace desde contextos específicos (cuerpo, género, lugar

social) y por ello no puede ser considerado neutral ni universal. Aplicada a enfermería, esta perspectiva legitima el saber derivado de la práctica relacional y cotidiana: la detección precoz de cambios, la gestión emocional del paciente, la continuidad del cuidado. El conocimiento enfermero se construye en contacto directo con la experiencia del paciente y en rutinas que, aunque empíricas, poseen validez clínica.

### Poder disciplinario e instituciones

Michel Foucault (2006) ofrece herramientas para entender cómo el poder se ejerce no sólo como coerción visible, sino mediante redes de normas, roles y prácticas que normalizan comportamientos y jerarquías. En hospitales y centros de salud, el poder se expresa en quién toma la palabra, qué conocimientos se publicitan como legítimos y cómo se regulan los tiempos y cuerpos del trabajo.

### Modelo biomédico hegemónico y deslegitimación

Menéndez (2009) y otros autores sostienen que el modelo biomédico define parámetros de legitimidad epistemológica que privilegian lo técnicamente medible y cuantificable. En este marco, los saberes emocionales, relacionales o intuitivos que predominan en el quehacer enfermero son subvalorados, a pesar de su impacto en la seguridad del paciente.

## Evidencia sobre violencia institucional y precarización

Informes regionales (OPS, 2023; ICN, 2021; OMS, 2021) documentan maltrato, sobrecarga y condiciones laborales adversas entre personal de enfermería, demostrando que la invisibilización del aporte profesional tiene correlatos en bienestar laboral, retención y calidad asistencial.

### 3- Metodología

Este trabajo adopta un diseño de ensayo académico con enfoque crítico y mixto en lo metodológico:

Revisión bibliográfica: sistematización de literatura teórica y empírica sobre poder, saberes situados y enfermería, centrada en fuentes latinoamericanas y comparativas internacionales.

Análisis reflexivo de experiencias formativas: se incorporan testimonios y situaciones vividas en prácticas clínicas (observaciones directas y relatos) que ilustran las dinámicas de desautorización.

Triangulación: contraste entre literatura, datos de organismos (OPS, OMS, ICN) y evidencias formativas para sostener argumentos.

Limitaciones metodológicas: no se realizaron encuestas ni entrevistas estructuradas para este artículo (trabajo de tipo conceptual-reflexivo), por lo que las observaciones empíricas se usan como evidencia ilustrativa y no como datos generalizables.

### 4- Resultados y análisis

Formas de deslegitimación del saber enfermero

A partir de la revisión y las experiencias formativas emergen varias formas concretas de deslegitimación:

Silenciamiento y desacreditación: ejemplos donde observaciones clínicas de enfermeras o estudiantes son desestimadas por la sola condición de “no médico” o “estudiante”, incluso cuando anticipan complicaciones reales.

Marginalización en espacios decisorios: en rondas clínicas y comités, la voz enfermera es con frecuencia consultiva y no decisoria.

Subregistro de tareas relacionales: labores de acompañamiento emocional y seguimiento del paciente no se traducen en

indicadores de gestión, por lo que quedan fuera de la valoración institucional.

Precarización material: jornadas extensas, falta de recambio, salarios insuficientes y escasa inversión en formación continua.

Estas prácticas no son incidentales: constituyen mecanismos institucionales que reproducen un orden simbólico (Bourdieu) y epistémico que legitima unos saberes y desconoce otros.

### Impacto sobre la seguridad del paciente y la formación

La deslegitimación tiene efectos directos en la práctica clínica: cuando voces situadas son ignoradas, se incrementa el riesgo de errores o de respuestas tardías frente a deterioros clínicos. En el plano formativo, la experiencia de desautorización debilita la confianza de estudiantes y limita el desarrollo de juicio clínico autónomo.

### Experiencias internacionales como contraste

La evidencia de países con mayor inclusión enfermera (Canadá, Australia, modelos nórdicos) muestra: menor rotación, mejores indicadores de seguridad, mayor satisfacción laboral y mejores resultados en determinados indicadores asistenciales cuando las decisiones se comparten y la enfermería ocupa roles de gestión y política (hospitales magnéticos, participación en ministerios).

### La pandemia como litmus test

La pandemia de COVID-19 reveló la centralidad operativa de la enfermería y, simultáneamente, la persistencia de su invisibilización en políticas y retribución. Esto muestra la contradicción entre reconocimiento simbólico (aplausos, homenajes) y reconocimiento estructural (salarios, puestos de decisión).

### 5- Discusión

#### Interpretación crítica

La subordinación del saber enfermero es resultado de una trama compleja: historia de profesionalización, género, economía política de



la salud y hábitos institucionales. No basta con cambiar discursos; se requieren transformaciones que operen en la formación, en las normas de gestión y en la política sanitaria.

## Educación y formación

La formación en enfermería suele priorizar lo técnico-operativo; es necesario incorporar ejes de epistemología del cuidado, metodología de investigación aplicada, liderazgo y comunicación. Estrategias concretas incluyen: cirugías de aprendizaje basadas en problemas interprofesionales, residencias con liderazgo compartido, tutorías de mentoría emocional y espacios de reflexión sobre poder.

## Gestión hospitalaria

Organizaciones sanitarias deben promover estructuras horizontales: comités interdisciplinarios con voz y voto enfermero, protocolos que reconozcan la corresponsabilidad clínica y métricas que incluyan tareas relacionales y continuidad del cuidado.

## Política pública

Incorporar enfermeras en cargos de toma de decisiones (ministerios, direcciones de hospitales), garantizar condiciones laborales dignas y promover investigación y publicaciones lideradas por enfermería son políticas prioritarias.

## 6- Recomendaciones

### Para la docencia:

La pandemia de COVID-19 reveló la centralidad operativa de la enfermería y, simultáneamente, la persistencia de su invisibilización en políticas y retribución. Esto muestra la contradicción entre reconocimiento simbólico (aplausos, homenajes) y reconocimiento estructural (salarios, puestos de decisión).

## 7- Discusión

### Interpretación crítica

Integrar módulos de epistemología del cuidado y metodología cualitativa en los planes de estudio.

Fomentar proyectos de investigación dirigidos por estudiantes y docencia basada en experiencias situadas.

Promover prácticas supervisadas con criterios de participación real en la toma de decisiones.

### Para la gestión institucional:

Crear comités clínicos interdisciplinarios con participación efectiva de enfermería.

Reconocer y remunerar tareas de coordinación y gestión del cuidado.

Incorporar indicadores de calidad que valoren continuidad y acompañamiento.

### Para las políticas públicas:

Promover cupos de enfermería en organismos de salud pública.

Financiar líneas de investigación en enfermería y programas de formación de postgrado.

Implementar normativas laborales que disminuyan precarización y fomenten carrera profesional.

## Limitaciones del estudio

Este artículo se basa en revisión bibliográfica y en observaciones de experiencias formativas; no incluye datos cuantitativos originales ni muestreos representativos. Por tanto, las conclusiones deben considerarse como argumentos teóricos y reflexivos que necesitan ser complementados con estudios empíricos (encuestas, entrevistas, análisis institucional) para su generalización.

## 8- Conclusiones

El saber enfermero, situado y construido en la práctica cotidiana, constituye un tipo de conocimiento imprescindible para la seguridad y la integralidad de la atención sanitaria. La deslegitimación de ese saber no es un fenómeno accidental, sino una consecuencia de relaciones de poder configuradas históricamente. Transformar esta realidad requiere acciones articuladas: cambios curriculares, estructuras organizativas más horizontales y políticas

públicas que reconozcan la centralidad del cuidado. Solo así será posible que la enfermería deje de ser principalmente la que ejecuta y pase

a ser también la que produce conocimiento, dirige y decide en favor de modelos de salud más humanos y eficaces.

## 9- Referencias bibliográficas

- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Anagrama.
- Bustamante, L. (2020). Cuidar en tiempos de verticalidad: tensiones de poder en la práctica de enfermería. *Revista Debates Críticos*, 3(1), 45–58. <https://revista.salud.mdp.edu.ar/>
- Davis, A. (2005). *Mujer, raza y clase*. Akal.
- Foucault, M. (2006). *Vigilar y castigar: Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI Editores. (Original publicado en 1975)
- Freire, P. (1997). *Pedagogía de la autonomía*. Siglo XXI.
- García, M. (2020). La enseñanza de la investigación en enfermería: desafíos y perspectivas. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 28, e3275. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3275.3287>
- Haraway, D. (1995). Saberes situados: la cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Mujer, ciencia y tecnología*, 17–45. Universidad de Valencia.
- ICN. (2021). *Impacto de la pandemia en la enfermería mundial*. Consejo Internacional de Enfermería.
- Johansson, S., & Lindberg, A. (2019). Nursing leadership and patient outcomes: Lessons from Scandinavia. *International Journal of Nursing Studies*, 92, 75–83. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.004>
- Menéndez, E. (2009). El modelo médico hegemónico: Acerca de la educación médica y la atención de la salud en América Latina. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 903–914. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400017>
- Martínez, P., Rivas, G., & Soler, C. (2022). Condiciones laborales del personal de enfermería en América Latina. *Salud Colectiva*, 18(3), 150–166. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.150>
- OPS. (2023). *Violencia laboral en el ámbito de la salud en América Latina*. Organización Panamericana de la Salud.
- OMS. (2021). *Informe sobre la situación de la enfermería en el mundo*. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Rodríguez, M., & López, A. (2021). La investigación en enfermería: aportes para la práctica clínica. *Revista Iberoamericana de Enfermería*, 17(2), 65–78. <https://doi.org/10.22201/enfermeria.2021.v17n2.65>
- Silva, P., & Ramírez, L. (2021). Formación crítica en enfermería: experiencias en América Latina. *Revista de Educación en Salud*, 12(4), 210–228.

# CUIDAR O EXCLUIR : EL DILEMA ÉTICO FRENTE A LOS RETROCESOS EN SALUD TRANS EN ARGENTINA

## TO CARE OR TO EXCLUDE : THE ETHICAL DILEMMA IN THE FACE OF SETBACKS IN TRANS HEALTH IN ARGENTINA

**Est. Aixa Belén Lombardo**  
**Est. Daira Lombardo**  
**Est. Ma. Lilen Lombardo**  
**Est. Johana Soledad Mallo**  
**Est. M. Belén Martínez**  
belutatiylupe@gmail.com  
**Est. Laura Torrilla**  
**Est. Mariana Ñoqui**

**Filiación Institucional:**  
Departamento de Enfermería/Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social/  
Universidad Nacional de Mar del Plata

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### Resumen

El ensayo reflexiona sobre los retrocesos en el acceso a la salud de las personas trans en Argentina a partir del Decreto de Necesidad y Urgencia N.º 62/2025, que limita derechos previamente garantizados por la Ley de Identidad de Género. El objetivo es analizar esta situación desde el eje Género y Cuidado, poniendo el foco en el rol ético y político de la enfermería frente a la exclusión sanitaria. A partir de una revisión bibliográfica y del análisis de las políticas públicas recientes, se plantea una mirada crítica sobre cómo las medidas de ajuste y la eliminación de programas inclusivos profundizan las desigualdades y generan nuevas formas de no-cuidado. Se destaca la necesidad de pensar el cuidado como una práctica social y política, capaz de resistir y transformar realidades injustas. Entre las principales reflexiones, se propone fortalecer la formación en salud trans, incorporar protocolos inclusivos y acompañar las demandas de las organizaciones comunitarias. Cuidar, en este contexto, se convierte también en un acto de resistencia.

**Palabras clave:** Género y cuidado, Salud trans, Derechos humanos, Enfermería, Políticas públicas, Exclusión sanitaria.

## Abstract

The essay reflects on the setbacks in access to healthcare for trans people in Argentina following Emergency and Necessity Decree No. 62/2025, which restricts rights previously guaranteed by the Gender Identity Law. The aim is to analyze this situation through the lens of Gender and Care, focusing on the ethical and political role of nursing in the face of healthcare exclusion. Based on a literature review and an analysis of recent public policies, the essay offers a critical perspective on how austerity measures and the dismantling of inclusive programs deepen inequalities and generate new forms of non-care. It highlights the need to understand care as a social and political practice capable of resisting and transforming unjust realities. Among the main reflections, it proposes strengthening training in trans health, incorporating inclusive protocols, and supporting the demands of community organizations. In this context, caring also becomes an act of resistance.

**Keywords:** Gender and care, Trans health, Human rights, Nursing, Public policies, Healthcare exclusion.

### 1- Introducción: salud trans, derechos y retrocesos

En Argentina, el acceso a la salud ha sido una lucha constante de distintos sectores sociales, sobre todo de los movimientos feministas y LGBTIQ+, que vienen denunciando hace años las desigualdades que atraviesan el sistema sanitario (ONU Argentina, 2023). La aprobación de la Ley de Identidad de Género en 2012 (Congreso de la Nación, 2012) fue un avance histórico que permitió a las personas trans acceder a tratamientos hormonales, intervenciones quirúrgicas y atención médica respetuosa de su identidad, sin necesidad de pasar por procesos judiciales o diagnósticos médicos patologizantes (Farji Neer, 2024). Además, la ley obliga al sistema de salud —tanto público como privado— a garantizar estos derechos de forma gratuita y continua.

Sin embargo, los cambios recientes en el contexto político y económico del país ponen en riesgo muchos de estos avances. A partir de 2025, con la publicación del Decreto de Necesidad y Urgencia N.º 62/2025, se modificó el artículo 11 de esta ley, prohibiendo que personas menores de 18 años accedan a tratamientos hormonales, incluso con consentimiento informado. También se restringen derechos a personas trans que se encuentran privadas de la libertad. Estas medidas generaron preocupación y rechazo por parte de organizaciones de derechos humanos y equipos de salud, ya que representan un claro retroceso en términos de equidad y acceso al cuidado.

La eliminación de programas

específicos, la falta de entrega de medicamentos y el cierre de espacios de atención inclusiva no son hechos aislados, sino parte de una política más amplia de recorte del Estado. Estas decisiones afectan directamente la salud física y emocional de las personas trans, y desde la enfermería —como parte del sistema de cuidado— no podemos mirar para otro lado. Este ensayo busca reflexionar críticamente sobre esta situación, desde el eje género y cuidado, y pensar qué rol tenemos como profesionales de enfermería frente a estas injusticias.

### 2- Género y cuidado: el lugar político del cuidado en salud

El cuidado, tradicionalmente asociado a lo femenino y relegado a la esfera privada, ha sido resignificado por las teorías feministas para visibilizar su dimensión política y social (Tronto, 1993). En el ámbito sanitario, implica la responsabilidad del Estado de garantizar condiciones dignas de atención para toda la población (OPS, 2022). Sin embargo, el sistema de salud argentino continúa reproduciendo desigualdades de género, donde las personas trans experimentan discriminación, patologización y exclusión. La creación del Programa Nacional de Salud Integral para Personas Trans (Ministerio de Salud de la Nación, 2022) representó un avance hacia el cuidado inclusivo, aunque su desarticulación actual vuelve a evidenciar la fragilidad de las políticas públicas.

Desde fines de 2023, las medidas implementadas por el nuevo gobierno nacional (como la suspensión de la medicación hormonal gratuita y el cierre de consultorios inclusivos) constituyen formas de violencia estructural que expulsan a las personas trans del sistema sanitario (Cordero & Saletti, 2025). En los centros de salud, profesionales de enfermería han observado un aumento de la automedicación y de las consultas suspendidas (Farji Neer et al., 2025). Estos hechos no son meras estadísticas: reflejan la vulnerabilidad de cuerpos históricamente marginados y la urgencia de acciones concretas.

En este contexto, el rol de la enfermería resulta central. Como profesión comprometida con el derecho a la salud, la enfermería debe visibilizar los efectos del no-cuidado estatal y promover prácticas inclusivas. El Código de Ética para el Ejercicio de la Enfermería (Ministerio de Salud de la Nación, 2019) sostiene la obligación de respetar la identidad de género en todas las instancias de atención, reafirmando que cuidar es también un acto político. El Estado, al retirar recursos y programas, se convierte en agente de no-cuidado, generando daños concretos en la salud física, emocional y social de las personas (Rustoyburu, 2023).

Reformular el cuidado desde una perspectiva crítica implica reconocerlo como una práctica atravesada por relaciones de poder, que puede incluir o excluir. La enfermería, por su cercanía con las comunidades y su presencia en todos los niveles de atención, tiene la capacidad de resistir estas políticas regresivas y de reconstruir redes de cuidado basadas en los derechos humanos, la empatía y la justicia social.

Por ello, es urgente incorporar formación en salud trans y perspectiva de género en todos los niveles educativos, establecer protocolos inclusivos, fortalecer vínculos con organizaciones comunitarias y exigir la restitución de programas que garanticen el derecho a la salud. La enfermería, como campo de saber y acción comprometido con los derechos humanos, tiene el deber ético y político de no permanecer en silencio frente a la exclusión sanitaria. Cuidar, en este contexto, también es resistir.

### 3- Análisis crítico: ¿de qué lado estamos?

El posicionamiento ético de la

enfermería frente a este contexto no puede ser neutral. El Código de Ética sostiene la obligación de respetar la identidad de género en todas las instancias del cuidado (Ministerio de Salud de la Nación, 2019). Desde una mirada crítica, los recortes en salud hacia la población trans revelan cómo el Estado puede convertirse en agente de no-cuidado, generando daños concretos en la salud física y emocional de las personas (Rustoyburu, 2023). Estos principios no pueden ser meras declaraciones, sino que deben orientar la práctica cotidiana, la formación académica y la intervención política del colectivo profesional.

Desde una perspectiva crítica, es fundamental repensar el cuidado no como un acto individual de buena voluntad, sino como una práctica estructurada por relaciones de poder, que puede tanto incluir como excluir. En este sentido, los recortes en salud hacia la población trans revelan cómo el Estado puede convertirse en agente de no-cuidado, generando daños concretos en la salud física, emocional y social de las personas. La enfermería, entonces, debe constituirse como una voz activa en la defensa de un modelo de salud pública inclusivo, integral y con perspectiva de derechos.

### 4- Conclusión: propuestas para resistir y reconstruir el cuidado

Frente a este panorama, se vuelve urgente diseñar estrategias para resistir y revertir estas políticas regresivas. Algunas propuestas clave incluyen: incorporar contenidos específicos sobre salud trans y perspectiva de género en la formación de grado y posgrado en enfermería; crear protocolos institucionales que aseguren una atención respetuosa de las identidades diversas; fortalecer los vínculos con organizaciones comunitarias que trabajan en el territorio; participar de las luchas; y, sobre todo, exigir al Estado la restitución inmediata de los programas y recursos que garantizaban el derecho a la salud de la población trans.

En conclusión, el cuidado no puede ser un privilegio reservado a quienes encajan en las normas del sistema. La salud, entendida como un derecho humano, debe ser garantizada para todas las personas, sin distinción. Los recortes actuales representan un retroceso inaceptable en materia de derechos conquistados, y una forma solapada pero efectiva de violencia



institucional. La enfermería, como campo de saber, de acción y de lucha, tiene el deber ético

y político de no callar frente a esta realidad. Porque cuidar también es resistir.

## 5- Referencias bibliográficas

- Argentina. Congreso de la Nación. (2012). Ley N.º 26.743: Derecho a la identidad de género. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/20220523/260104/boletinoficial>
- Argentina. Poder Ejecutivo Nacional. (2025). Decreto de Necesidad y Urgencia N.º 62/2025: Modificación de la Ley de Identidad de Género. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/2942025/62/boletinoficial>
- Cordero, M. L., & Saletti, L. (2025). Barreras y estrategias para la accesibilidad a la salud de las personas trans en Córdoba, Argentina. CONICET Digital. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/I1336/267636>
- Farji Neer, A., Dellacasa, M. A., Sustas, S. E., Antonucci, M. B., Rustoyburu, C. A., Noceti, C. I., Mateo, N., & Roca, A. R. (2025). Tecnologías de modificación corporal y personas travestis y trans en Argentina: Un estudio cuantitativo sobre desigualdades en el uso y acceso. CONICET Digital. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/I1336/259524>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019). Código de ética para el ejercicio de la enfermería en la República Argentina (Resolución 539/19). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/codigo-de-etica-para-el-ejercicio-de-la-enfermeria-en-la-republica-argentina>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). Programa Nacional de Salud Integral para Personas Trans. <https://www.argentina.gob.ar/salud/generoysalud/trans>
- ONU Argentina. (2023). Informe sobre retroceso de derechos LGBTIQ+ en contextos de ajuste. <https://argentina.un.org/es/264573>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Salud trans: Desafíos y buenas prácticas en América Latina. <https://www.paho.org/es/documentos/salud-trans-america-latina>
- Rustoyburu, C. A. (2023). Infancias trans y acceso a la salud en la Argentina: Controversias e incertidumbres en un escenario de ampliación de derechos. CONICET Digital. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/I1336/222516>
- Tronto, J. (1993). Moral boundaries: A political argument for an ethic of care. Routledge.

# OBESIDAD INFANTIL EN ARGENTINA : UNA EMERGENCIA SILENCIOSA DESDE LA SALUD INTEGRAL

## CHILHOOD OBESITY IN ARGENTINA : A SILENT EMERGENCY FROM A HOLISTIC HEALTH PERSPECTIVE

**Est. Martina Tatiana Marcos**

[martinatatianamarcos23@gmail.com](mailto:martinatatianamarcos23@gmail.com) // <https://orcid.org/0009-0005-6303-3402>

**Est. Victoria Alemán**

[alemanovicky@gmail.com](mailto:alemanovicky@gmail.com) // <https://orcid.org/0009-0009-5678-0767>

**Est. Joana Verónica Cejas**

<https://orcid.org/0009-0001-8581-4569>

**Est. Charo Rodríguez Marquez**

<https://orcid.org/0009-0000-9457-4344>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

La obesidad infantil en Argentina constituye una enfermedad prevalente y en crecimiento, que suele reducirse a explicaciones biológicas o individuales, aunque en realidad abarca múltiples dimensiones y debe comprenderse como un fenómeno socialmente construido. Este ensayo adopta una metodología cualitativa-interpretativa basada en una revisión crítica de bibliografía académica, informes de organismos internacionales (FAO, OPS, UNICEF) y documentos de políticas públicas nacionales, con el propósito de analizar la obesidad infantil desde una perspectiva crítica de salud comunitaria, cultural y social. Se busca cuestionar los supuestos del modelo médico hegemónico y visibilizar cómo los determinantes sociales, económicos, culturales y políticos inciden en su desarrollo. El análisis se organiza en torno a tres ejes: la obesidad infantil como expresión de desigualdad social en Argentina, el papel de los entornos obesogénicos y los actores implicados (Estado, mercado, familia y escuela), y la necesidad de respuestas intersectoriales e interdisciplinarias. Además, se destaca el rol del Estado, la industria alimentaria, la publicidad, las instituciones educativas, la familia y los equipos de salud, subrayando la importancia de fortalecer políticas públicas integrales. Desde la enfermería, se enfatiza la relevancia de un enfoque de cuidado integral y ético, que trascienda la mirada biomédica y promueva prácticas comunitarias orientadas a garantizar entornos saludables y protectores para la infancia.

**Palabras clave:** Obesidad, Salud, Desigualdad, Determinantes sociales, Enfermería.

## Abstract

Childhood obesity in Argentina is a prevalent and growing disease that is often reduced to biological or individual explanations, although in reality it encompasses multiple dimensions and must be understood as a socially constructed phenomenon. This essay adopts a qualitative–interpretative methodology based on a critical review of academic literature, reports from international organizations (FAO, PAHO, UNICEF), and national public policy documents, with the purpose of analyzing childhood obesity from a critical perspective of community, cultural, and social health. It seeks to question the assumptions of the hegemonic medical model and highlight how social, economic, cultural, and political determinants influence its development. The analysis is organized around three main axes: childhood obesity as an expression of social inequality in Argentina; the role of obesogenic environments and the actors involved (the State, the market, the family, and the school); and the need for intersectoral and interdisciplinary responses. Furthermore, it emphasizes the role of the State, the food industry, advertising, educational institutions, the family, and healthcare teams, underlining the importance of strengthening comprehensive public policies. From the nursing perspective, the relevance of an integral and ethical care approach is stressed—one that transcends the biomedical view and promotes community-based practices aimed at ensuring healthy and protective environments for children.

**Keywords:** Obesity, Health, Inequality, Social determinants, Nursing.

## I- Introducción

En las últimas décadas hubo cambios en el patrón alimentario de la población, que pasó de consumir alimentos naturales y comidas caseras a productos procesados y ultra procesados con exceso de azúcares, grasas y sodio. Los factores que explican estos cambios son múltiples: los entornos no saludables, la escasa educación alimentaria, la publicidad de alimentos poco saludables que influencia las elecciones, el sedentarismo, entre otros factores que propicia el aumento del sobrepeso y la obesidad.

Según el portal oficial del Estado argentino, (**Ministerio de Salud de la Nación, Segunda Nutrición y Salud, 2019**), El 41,1% de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina, datos que fueron anunciados de la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición y Salud presentada por la Secretaría de Gobierno de Salud. El dato corresponde a la población de niños, niñas y adolescentes de entre 5 y 17 años. También incluyó a niños menores de 5 años y adultos de ambos sexos, en una proporción de 20,7% y 20,4%, respectivamente. Confirmó que el sobrepeso y la obesidad son el principal problema de malnutrición del país. En los niños de 0 a 5 años, el exceso de peso alcanza el 13,6%. El relevamiento abarcó a casi 22 mil personas de

todo el país e incluyó a personas, seleccionadas al azar, con representatividad regional y nacional. La obesidad infantil afecta globalmente tanto el bienestar físico como la salud mental y calidad de vida de los niños. **Revista MQR Investigar (2024)**.

Si bien la obesidad infantil atraviesa a todos los niveles económicos, sociales y culturales, en muchos discursos (especialmente desde el enfoque biomédico tradicional) se tiende a homogeneizar la problemática, como si todos los casos respondieran a las mismas causas y debieran ser abordados con las mismas estrategias. Esta mirada simplificadora no sólo invisibiliza la complejidad del fenómeno, sino que también ignora elementos subjetivos, contextuales y estructurales que son determinantes en cada situación. Reducir la obesidad infantil a una categoría diagnóstica única, con protocolos estandarizados, implica dejar de lado aspectos centrales como la historia de vida de cada niño o niña, las condiciones materiales de su entorno, sus vínculos afectivos, sus hábitos familiares, las representaciones sociales sobre el cuerpo y la alimentación, e incluso el acceso efectivo a servicios de salud o educación.

Este enfoque uniforme también reproduce un modelo de intervención que no distingue entre las diversas formas en que se manifiesta la obesidad según la clase social, la

cultura, el territorio o el grupo étnico, lo que da lugar a acciones descontextualizadas, poco eficaces y perjudiciales. Sugerir cambios alimentarios sin considerar la accesibilidad económica o geográfica a alimentos saludables, o promover la actividad física sin tener en cuenta la inseguridad que caracteriza a muchos barrios, son ejemplos de cómo se aplican recetas generales a realidades profundamente heterogéneas. Reconocer estas diferencias permitiría construir intervenciones más justas, sensibles y eficaces, respetando la diversidad de las infancias y desarmando los prejuicios que tienden a culpabilizar a los sectores populares por las consecuencias de un sistema que, en última instancia, los excluye.

## 2- Marco teórico / referentes conceptuales

Tal es la importancia y globalización de la problemática, que el segundo de los Objetivos de Desarrollo (ODS, NU, 2015) hambre cero, incluye el compromiso no solo de erradicar el hambre, sino también la meta de “*poner fin a todas las formas de malnutrición*”. Lo que hace referencia a la desnutrición, pero también a la obesidad.

Lejos de disminuir, las cifras de obesidad y sobrepeso en el mundo continúan aumentando año tras año, afectando tanto a personas adultas como a niños en edad escolar. En poco más de cuatro décadas, la obesidad se ha casi triplicado a nivel global, alcanzando en 2017 a más de dos mil millones de personas adultas con sobrepeso. Según un informe global de **UNICEF (2019)**, aproximadamente 38 millones de niñas y niños menores de cinco años y más de 340 millones de entre cinco y diecinueve años presentaban sobrepeso u obesidad, y con el incremento progresivo que se observa, se estima que actualmente la cifra supera los cuarenta millones.

En Argentina, la situación resulta especialmente preocupante. El país se encuentra entre los tres con mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en América Latina. De acuerdo con un informe regional de **UNICEF (2023)**, el 36,5% de las chicas y chicos de entre cinco y diecinueve años presentan sobrepeso u obesidad. Este problema compromete su salud y desarrollo tanto presente como futuro, aumentando el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles asociadas a la mala alimentación, como la

hipertensión arterial, la diabetes o los trastornos respiratorios, entre otras.

Los datos de consumo confirman que el patrón alimentario nacional se encuentra lejos de las recomendaciones establecidas por las Guías Alimentarias para la Población Argentina (**GAPA, 2018**) y que, además, es menos saludable en niños que en adultos.

Los niños, niñas y adolescentes consumen un 40% más de bebidas azucaradas, el doble de productos de pastelería y galletitas dulces, el doble de snacks y el triple de golosinas en comparación con los adultos. Todos estos alimentos se caracterizan por su alto contenido de azúcares, grasas y sodio. Además, se observa un consumo deficiente de los alimentos recomendados: solo un tercio de la población ingiere frutas y verduras al menos una vez al día, apenas cuatro de cada diez personas consumen lácteos diariamente y la mitad de la población incluye carnes en su dieta una vez por día.

La obesidad es, al menos en la mayoría de los casos, el resultado de cambios en los estilos de vida de las personas y de los grupos sociales (**Cruz Jaramillo Bolívar et al., 2022**). La problemática abarca entornos escolares, publicidades y la influencia que tiene en los niños, el estado y la familia, desde esta perspectiva, la obesidad infantil se entiende como la consecuencia de una serie de procesos históricos, políticos, económicos y culturales, que configuran estilos de vida y posibilidades concretas de acceso a recursos, educación, alimentación, vivienda y servicios de salud. Si bien estos datos objetivos muestran la creciente preocupación en este ámbito, la obesidad infantil no puede ser interpretada exclusivamente como un trastorno metabólico o resultado de decisiones individuales, se trata de un fenómeno socialmente determinado, que refleja y reproduce las desigualdades estructurales que atraviesan a las infancias. Proponer un abordaje que trasciende la dimensión biológica del cuerpo y recupera una visión integral de los procesos de salud-enfermedad-atención, en donde la determinación social de la salud.

La obesidad no es sólo una cuestión de mala alimentación: ciertos estilos hacen lo suyo, el patrón alimentario es siempre menos saludable en los grupos sociales en situación de mayor vulnerabilidad. Numerosos estudios han evidenciado que los niños y niñas que crecen en condiciones de pobreza estructural, con acceso limitado a alimentos frescos y saludables, y

expuestos a ambientes altamente obesogénicos, es decir, entornos que promueven el consumo de productos ultra procesados, la inactividad física y la exposición constante a la publicidad, presentan tasas más elevadas de obesidad. Así, se consolida un círculo de exclusión en el que la mala alimentación no es solo una cuestión de elección individual, sino una imposición del entorno y de las políticas públicas ausentes o ineficaces.

La Organización Panamericana de la Salud define los determinantes de la salud en función de tres determinantes, el estructural, el intermedio y el proximal, basados en enfoque de riesgo. El modelo propuesto por la Organización Mundial de la Salud introduce una jerarquización, donde distingue tres determinantes estructurales vinculados a la posición social y a los contextos políticos, económicos y culturales; determinantes intermedios relacionados con las condiciones materiales de vida, como la familia, la escuela, el trabajo o los servicios de salud; y determinantes proximales que refieren a factores individuales como la edad, el sexo, la genética o las morbilidades de base. Desde esta perspectiva, se cuestiona la reducción del concepto de determinantes a simples "causas de las causas" y se pone en evidencia cómo las estructuras de mercado, la explotación humana y el uso de la naturaleza son parte de los procesos que generan y reproducen inequidades en salud. **(HERNANDEZ, et al.)**

### 3- Metodología

Se enfoca en una perspectiva crítica dentro del campo de la salud comunitaria, social y cultural, que concibe los procesos de salud-enfermedad-atención como fenómenos sociales, históricos y políticos, atravesados por relaciones de poder y condiciones estructurales. A diferencia de los enfoques biomédicos tradicionales, se adopta una mirada interdisciplinaria que articula aportes de la sociología, la salud pública, la nutrición crítica, los estudios sobre infancia y los derechos humanos.

La metodología utilizada es de tipo cualitativo-interpretativa, basada en una revisión crítica de bibliografía académica, informes de organismos internacionales (como FAO, OPS, UNICEF) y documentos de políticas públicas nacionales vinculadas a alimentación, infancia y

salud, que permiten problematizar la determinación social de la obesidad infantil y los modos en que el discurso médico contribuye a su individualización.

El análisis se estructura en torno a tres ejes, la obesidad infantil como expresión de la desigualdad social en Argentina, el papel de los entornos obesogénicos y los actores implicados (estado, mercado, familia, escuela) y la necesidad de respuestas intersectoriales e interdisciplinarias desde una ética del cuidado en el ámbito de salud.

Este enfoque metodológico busca, no solo describir el fenómeno, sino interpelar críticamente las lógicas de producción de la enfermedad y aportar a la construcción de alternativas posibles desde el campo de la salud.

### 4- Resultado / análisis

En Argentina, la obesidad infantil muestra una distribución desigual que refleja con crudeza las condiciones de vida de amplios sectores sociales. Según datos de organismos como UNICEF y el Ministerio de Salud, los índices de sobrepeso y obesidad son más elevados en niños y niñas de hogares con menores ingresos, acceso limitado a alimentación de calidad y precarización de la vida cotidiana. Este fenómeno no responde únicamente a elecciones individuales, sino que debe ser entendido como el resultado de condiciones estructurales: inseguridad alimentaria, acceso restringido a espacios seguros para el juego o el deporte, educación nutricional deficitaria y ausencia de políticas públicas sostenidas.

La pobreza alimentaria se manifiesta en el consumo cotidiano de productos ultra procesados, hipercalóricos y de bajo costo, muchas veces publicitados específicamente para los sectores populares. La obesidad no representa un "exceso", sino una forma específica de malnutrición asociada a la desigualdad. La coexistencia de obesidad y desnutrición es un fenómeno que crece en las clases más desfavorecidas de América latina **Dr. Peña, (OPS, 2000).**

Comprender cómo el capital económico y cultural condiciona las prácticas alimentarias de las familias...los sectores populares, muchas veces sometidos a jornadas laborales extensas, con escaso tiempo para preparar alimentos saludables y con bajo acceso a la educación



nutricional, reproducen prácticas alimenticias que responden más a la supervivencia que al bienestar, esto se combina con una fuerte influencia del marketing alimentario, que segmenta su discurso hacia los sectores más vulnerables, promoviendo productos de bajo costo y alto contenido calórico. Las empresas que comercializan alimentos ultraprocesados utilizan estrategias de marketing cada vez más sofisticadas para incentivar su consumo, teniendo a las infancias como uno de sus principales públicos destinatarios. En Argentina, se estima que nueve de cada diez alimentos publicitados en programas infantiles poseen bajo valor nutritivo (**Guaresti et al., 2024**), siendo las bebidas azucaradas de las más promovidas. Este fenómeno no se limita a la televisión, sino que se expande a las redes sociales y plataformas digitales, el marketing dirigido a las niñeces emplea recursos emocionales y simbólicos, como personajes animados, celebridades, juegos interactivos o la asociación con experiencias de diversión y pertenencia social.

“Las bebidas azucaradas provocan un aumento importante de las caries que perjudica la integridad de las piezas dentarias. El problema resulta más notorio en niños y niñas con menor acceso al sistema de salud y puede derivar en problemas sociales como el bullying”, la **Dra. Andrea Alcaraz, IECS**.

La obesidad no afecta de igual modo a las personas de alto nivel socioeconómico que a las más desfavorecidas. Las características de la obesidad son diferentes entre los individuos más pobres y más ricos de un mismo país, mientras que en los niños obesos de alto poder adquisitivo suelen dar la conjunción sobrealimentación-sobrenutrición, los niños obesos de bajos recursos se caracterizan por la sobrealimentación-desnutrición. Los alimentos que ingieren los de mayor nivel socioeconómico suelen tener una alta densidad de energía y de nutrientes, los que integran la dieta de los de menor nivel socioeconómico son de alta densidad de energía, pero de baja densidad de nutrientes. También parte la diferencia que las personas con sobrepeso de alto nivel adquisitivo tienen asegurado el acceso a servicios de salud de alta calidad y la personas con sobrepeso que no tiene un nivel económico “alto o bueno” tiene limitado acceso a servicios de salud. La persistencia de la desigualdad estaría reflejando la ausencia de políticas que apunten a disminuir

drásticamente la brecha entre distintos sectores de la población. (**Dora Cardaci, 2013**).

Por otro lado, la mirada biomédica hegemónica tiende a individualizar la responsabilidad del cuidado, ubicando en el niño o en su familia la culpa por el exceso de peso, sin considerar las condiciones estructurales que lo generan. Esta mirada fragmentada, que medicaliza la obesidad y la infantiliza como problema clínico, se distancia de una comprensión colectiva e interdisciplinaria, que integre también el rol del estado, las políticas fiscales y de consumo, los sistemas educativos y los actores comunitarios.

En Argentina, se han implementado diferentes medidas para enfrentar la obesidad infantil y el consumo de productos no saludables. Un paso importante fue la aprobación, en 2021, de la Ley 27.642 de Promoción de la Alimentación Saludable, que estableció una política integral orientada a proteger a la población, especialmente a las niñeces y adolescencias. Esta normativa incluye la implementación del etiquetado frontal de advertencias en alimentos y bebidas envasados, la protección de los entornos escolares y la prohibición de la publicidad, promoción y patrocinio (PPP) de productos poco saludables dirigidos específicamente a niños y adolescentes. Posteriormente, la ley fue complementada para precisar las características de estas restricciones, aplicables a alimentos y bebidas alcohólicas envasadas que contengan al menos un sello de advertencia. La reglamentación estableció un proceso gradual de implementación, con el objetivo de que todas las regulaciones entren en vigencia plena a partir de noviembre de 2023. Hasta ese momento, lo único que existía era el Consejo de Autorregulación Publicitaria, una normativa no vinculante, sin sanciones ni mecanismos estatales de control.

La obesidad infantil no solo constituye un problema de salud pública, sino que también acarrea un alto costo sanitario y económico. Una elevada prevalencia de obesidad incrementa la demanda sobre el sistema de salud, tanto en los niveles de atención primaria como en los de mayor complejidad. A ello se suman los costos directos, vinculados al tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades, y los costos indirectos, derivados de las consecuencias sociales y económicas de un índice de masa corporal elevado. Entre estos últimos se

encuentran la pérdida o disminución de la productividad y del capital humano, ya que las personas con obesidad, en determinadas circunstancias, ven limitada su capacidad de desempeñar plenamente su trabajo o lo realizan con menor eficiencia. Esta situación, sumada a las muertes prematuras asociadas a enfermedades vinculadas con la obesidad, implica una pérdida significativa para la economía local y regional. En base a datos de 161 países, se prevé que, si se mantienen las tendencias actuales, el impacto económico del sobrepeso y obesidad (estimado como una proporción del PBI total) aumentará para el 2060, alcanzando al menos un 3% del Producto Bruto Interno (PBI) a nivel mundial, con incrementos aún mayores en países de bajos recursos. Particularmente para Argentina, el Observatorio Global de Obesidad estimó en 2016 un costo económico atribuible al exceso de peso igual al 1.9% del PBI, el cual para 2060, se proyecta que será de 2.9% (**Pou, et al., 2023**)

Si bien medidas como la regulación de la publicidad y el etiquetado frontal representan avances, su impacto solo será pleno si la sociedad logra deconstruir prácticas y hábitos arraigados. En este proceso, la enfermería desempeña un papel clave, ya que trabaja en sistemas adaptativos complejos donde las respuestas deben ajustarse de manera continua a los cambios sociales y del entorno, como ocurre con las estrategias de la industria alimentaria. La mirada desde el ciclo de vida resulta fundamental, destacando los primeros años como etapa crítica para la prevención, especialmente a través del acompañamiento en la relación entre niños y cuidadores.

De esta forma, la práctica enfermera debe sostenerse en principios de diversidad, equidad y justicia social, reconociendo desigualdades históricas y culturales que afectan de forma diferenciada a grupos vulnerables, y promoviendo igualdad de oportunidades y acceso a la salud. De esta forma, la enfermería se posiciona no solo como disciplina de cuidado clínico, sino también como agente transformador capaz de incidir en los determinantes sociales de la obesidad infantil y aportar a un modelo de salud más integral y humano.

*"Cuando un bebe es gestado por una madre desnutrida, o cuando durante los primeros meses de vida recibe una alimentación deficiente, se convierte en un candidato a la obesidad."* **Dr. Manuel**

### **Peña, OPS, 2000.**

Los primeros años de vida son determinantes para la formación de hábitos que prevengan la obesidad, ya que es en esta etapa donde se establecen las bases de la alimentación y la actividad física. La lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses, seguida de una adecuada alimentación complementaria, contribuye a reducir el riesgo tanto de desnutrición como de exceso de grasa corporal. Promover el consumo de alimentos saludables frente a los ultraprocesados y bebidas azucaradas resulta esencial para un crecimiento y desarrollo óptimos.

En este proceso, los profesionales de la salud, y en especial los pediatras y enfermeros, cumplen un papel clave al monitorear el crecimiento infantil, vigilar el índice de masa corporal y brindar orientación a las familias sobre prácticas de cuidado y prevención. No obstante, la eficacia de estas acciones depende también de la calidad de la información disponible para la población: si las señales del mercado son confusas o los mensajes poco claros, los consumidores difícilmente podrán elegir alimentos adecuados. De allí la relevancia de políticas públicas, guías alimentarias y normativas que acompañen la educación alimentaria y fortalezcan las capacidades de decisión de las familias. Según la (**Organización mundial de la salud, OMS, 2024**) la actividad física desciende desde que el niño ingresa a la escuela. Además, Los hábitos de práctica de ejercicio físico a lo largo de la vida pueden verse determinados en gran parte por las experiencias que se tienen de niño.

El personal de enfermería desempeña un papel fundamental en la prevención y abordaje de la obesidad infantil, cumpliendo funciones esenciales dentro del equipo de salud. Entre ellas, se destaca la función docente, centrada en la educación para la salud, y la función asistencial, orientada a la detección, el seguimiento y el control del niño con obesidad. Una vez diagnosticado el cuadro, la enfermería participa activamente en la intervención y el acompañamiento del niño y su familia, diseñando planes de cuidado individualizados que incluyan pautas de alimentación saludable, actividades físicas adaptadas a la edad y estrategias de modificación de hábitos. Este trabajo requiere una mirada integral que contemple no solo el aspecto físico, sino también el emocional, ya que la obesidad puede afectar la autoestima y la

calidad de vida del niño.

Además de su rol asistencial, el personal de enfermería cumple una función esencial en el trabajo territorial, la educación para la salud y la comunicación comunitaria. Estas acciones permiten identificar necesidades y recursos locales, construir diagnósticos de salud participativos y diseñar intervenciones adaptadas a cada contexto social y cultural. Para implementar estrategias efectivas, resulta indispensable reconocer las características demográficas, sociales y culturales de la comunidad, los medios y tecnologías a los que las personas acceden y las formas en que se produce y circula la información en torno a la salud. Comprender estas dinámicas posibilita elaborar mensajes claros, pertinentes y culturalmente aceptados, que promuevan la participación activa de la población y favorezcan prácticas de cuidado sostenibles. Desde su cercanía y vínculo cotidiano con las personas, la enfermería puede generar espacios de diálogo, acompañamiento y educación, impulsando hábitos como la alimentación saludable, la actividad física y la prevención del sedentarismo.

Los programas educativos en salud, constituyen una herramienta clave en este proceso, se trata de un conjunto de actividades planificadas y recursos diseñados para transmitir conocimientos, habilidades y actitudes mediante procesos estructurados de enseñanza y aprendizaje. Estos programas pueden implementarse en escuelas, centros comunitarios, hospitales o espacios virtuales, abordando temáticas que van desde la prevención de enfermedades hasta la promoción de estilos de vida saludables. Un ejemplo destacado de intervención educativa es la campaña “Chécate, Mídete, Muévete”, implementada en México en el año 2018 por la Secretaría de Salud Pública, esta iniciativa logró que un 31% del público comprendiera en profundidad el mensaje, utilizando medios masivos, digitales e impresos. La estrategia se apoyó en recursos visuales de carácter iconográfico que transmitían de manera clara y accesible los pilares del autocuidado, la alimentación equilibrada y la actividad física regular. Este tipo de programas demuestra cómo la educación para la salud, impulsada y acompañada por profesionales de enfermería de manera interdisciplinada, puede generar conciencia, modificar conductas y contribuir al bienestar integral de la población infantil.

Una vez que el equipo multisectorial coincide en la articulación del problema y en la comprensión del sistema, su contexto y sus posibles impulsores, la siguiente etapa consiste en crear conjuntamente una visión de futuro compartida (García et al., 2021). Esta etapa es crucial para el éxito global de la iniciativa, puesto que, si no existe una propuesta verdaderamente conjunta del camino que se ha de seguir, cualquier iniciativa que se sugiera y cualquier acción que se emprenda tendrá más probabilidades de fracasar, demorarse y ser menos eficaz y menos sostenible

## 5- Discusión

*“No es extraño reaccionar a la complejidad negándola o reduciéndola a sencillos patrones unidireccionales de causa y efecto, ignorando los bucles de retroalimentación, despreciando la importancia del retardo entre causas y efectos, y cometiendo errores respecto a los efectos cuando hay dos o más causas que interaccionan” (Allender S, et al., **Obes Rev.** 2019)*

El abordaje de la obesidad infantil desde esta perspectiva abordada, obliga a repensar los marcos interpretativos tradicionales que la reducen a un problema individual, clínico o exclusivamente nutricional. Tal como se evidenció en el análisis, los determinantes sociales de la salud, la pobreza, el acceso desigual a recursos, los modelos de consumo y producción alimentaria, entre otros, no son factores externos, sino componentes estructurales del problema, invisibilizados por las narrativas biomédicas hegemónicas.

El énfasis habitual en la “educación alimentaria” o en la “responsabilidad familiar” muchas veces funciona como una forma de culpabilización que despolitiza la discusión y desactiva las demandas hacia el Estado y el mercado. Este enfoque oculta que no todos los niños y niñas parten de las mismas condiciones materiales ni simbólicas para tomar decisiones saludables. En este sentido, hablar de obesidad infantil sin hablar de desigualdad es sostener una visión parcial e injusta. Se vuelve necesario replantear la noción de “salud” cuando esta se asocia exclusivamente a un ideal normativo del cuerpo delgado, sin considerar la diversidad corporal, las subjetividades infantiles ni los efectos de la estigmatización sobre los cuerpos que no se ajustan a ese modelo. Los cambios en

los hábitos sociales y factores como la inseguridad han llevado a gran parte de la población argentina a reorganizar sus rutinas y modos de vida. Las intervenciones centradas en el control del peso pueden reproducir formas de violencia simbólica y médica, especialmente cuando no consideran las trayectorias de vida ni las condiciones sociales de los sujetos.

Enfrentar este escenario implica desafiar intereses corporativos, revisar críticamente las políticas públicas existentes y construir propuestas interdisciplinarias que incluyan a las comunidades y a los propios niños y niñas como protagonistas. Esto también invita a abrir nuevos debates: ¿Hasta qué punto está preparado el mundo para pensar los procesos de salud-enfermedad desde una lógica integral? Estas preguntas permiten tensionar los límites del actual modelo de atención y repensar el papel de los profesionales de la salud en la transformación de las prácticas cotidianas.

## 6- Conclusiones

La obesidad infantil en Argentina, lejos

de ser un problema exclusivamente clínico o individual, constituye un fenómeno profundamente atravesado por las desigualdades sociales, económicas y culturales que afectan a las infancias más vulnerables. Su abordaje desde la salud colectiva permite visibilizar que no se trata simplemente de “comer mal”, sino de habitar entornos que condicionan fuertemente los modos de vida, las prácticas alimentarias y las posibilidades reales de acceder a una salud integral.

Frente a este panorama, urge el diseño y aplicación de políticas públicas intersectoriales que no solo promuevan la alimentación saludable, sino que también garanticen el acceso a derechos básicos, para esto es necesario generar estrategias que desactiven la estigmatización del cuerpo infantil y promuevan la diversidad como valor. El desafío no es solo tratar la obesidad, sino construir condiciones de vida más justas para todas las infancias. Y para ello, es indispensable que el campo de la salud trabaje en articulación con otros saberes y actores sociales, desde una mirada crítica, ética y comprometida con la equidad.

## 7- Referencias bibliográficas

- Allender S , Marrón AD , Bolton KA , Fraser P , Lowe J. Hovmand P. (s.f) *Traduciendo el pensamiento sistémico a la práctica para la acción comunitaria contra la obesidad infantil* . *Obesity Reviews* . 2019 ; 20 ( S2 ): 179-184. <https://doi.org/10.1111/obr.12865>
- Ayuda en Acción.** (2019, 5 de septiembre). *¿Qué relación hay entre la obesidad y la pobreza?* Ayuda en Acción.
- Bacca, L., Gibert, V., Pacheco Agrelo, D., Tauber, N., Paganini, A., & Tarducci, G.** (2023, octubre). *Obesidad infantil y salud pública en Argentina: Análisis de intervenciones en el marco de las políticas públicas* [Ponencia presentada en el 15° Congreso Argentino de Educación Física y Ciencias, Ensenada, Provincia de Buenos Aires]. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- Cardaci D. Obesidad infantil en América Latina: un desafío para la promoción de la salud. (2013) *Promoción de la Salud Mundial* . 2013;20(3):80-82. doi: [10.1177/1757975913500602](https://doi.org/10.1177/1757975913500602)
- Carlos M. Del Águila Villar. (2017) *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(1), 113-118.
- Cruz Jaramillo Bolívar, D., Soto González, A. M., Cerquera González, M., Rivas Arango, J. E., & Montes Castaño, L. (2022). *Estrategias de prevención primaria para la obesidad infantil en entornos escolares: Una revisión integrativa entre 2016-2021*. *Paradigmas. Revista de Investigación en Ciencias Sociales y Humanas*, 4(2), 12–26. <https://doi.org/10.26752/revistaparadigmash.v4i2.673>[https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.16677/ev.16677.pdf](https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.16677/ev.16677.pdf)
- Dvoskin, N., & Palacio, J. M. (2020). Obesidad y pobreza: un análisis de los determinantes sociales de la obesidad en Argentina. *Revista Latinoamericana de Población*, 14(27), 101–125. <https://doi.org/10.31406/relap2020.v14.i27.n2>
- IECS — Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria. (s. f.). [Argentina: 1 de cada 4 casos de obesidad en niños y adolescentes está asociado con el consumo de gaseosas, jugos, aguas saborizadas y otras bebidas con azúcar.](https://www.inecsc.gov.ar/boletines/argentina-1-de-cada-4-casos-de-obesidad-en-ninos-y-adolescentes-esta-asociado-con-el-consumo-de-gaseosas-jugos-aguas-saborizadas-y-otras-bebidas-con-azucar)
- Fundación ALCO.** (n.d.). (26 de junio de 2025), de <https://fundacionalco.org/>

- García, L. M. T., Hunter, R. F., de la Haye, K., Economos, C. D., & King, A. C. (2021). *Un marco conceptual orientado a la acción para soluciones sistémicas de prevención de la obesidad infantil en Latinoamérica y en las poblaciones latinas de Estados Unidos*. *Obesity Reviews*, 22(S5), e13354. <https://doi.org/10.1111/obr.13354>
- Hernández, L. J. (2017). *El modelo de la OMS como orientador en la salud pública*. *Revista Ciencia & Salud Pública*, 19(3), 393-395. <https://doi.org/10.1016/j.rcsp.2017.03.003>
- UNICEF Argentina.** (2025, marzo). *Día mundial de la obesidad: Cinco recomendaciones de UNICEF*. UNICEF Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2019, 1 de octubre). *El 41,1% de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina*. Portal oficial del Estado argentino.
- María Laura Cordero, María Florencia Cesani, (2018). *Sobrepeso, obesidad y salud percibida en contextos de pobreza de Tucumán, Argentina*
- Secretaría de Gobierno de Salud.** (2019, 30 de septiembre). *El 41,1 % de los chicos y adolescentes tiene sobrepeso y obesidad en la Argentina*. Argentina.gob.ar.
- Trezzo-Terrazzino, J. C., Caporaletti Chiurciu, N. G., Trezzo-Fernández, S. B., & Ramírez-Barabino, M.** (2014). *Frecuencia de sobrepeso y obesidad infantil en un centro de salud de Rosario, Argentina*. *Atención Familiar*, 21(4), 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.atf.2014.10.005>
- World Health Organization. (2024, 26 de junio). *Actividad física* [Hoja de datos]. OMS.
- Zavala-Hoppe, A. N., Escudero-Sarango, S. F., García-Triana, A. J., & Godoy-Cedeño, G. N. (2024). *Factores determinantes y estrategias de prevención en la obesidad infantil en América Latina*. *Revista Investigar MQR*, 8(1).
- Zambrano Sanguinetti, L. C., González, J. L., & González Noriega, R. V. (2023). *La educación y actuación de enfermería ante la obesidad infantil*. *Revista Conrado*, 19(S1), 455-462.



# ADOLESCENCIA DIGITAL Y BIENESTAR : UN DESAFIO EMERGENTE PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

## DIGITAL ADOLESCENCE AND WELL-BEING : AN EMERGING CHALLENGE FOR NURSING PRACTICE

**Est. María Nuria Ramirez**

m.nuria2000@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0007-8169-9683>

**Est. María Gegoria Jiménez**

amgregoriajimenez@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0009-9430-6505>

**Est. María Belén Lescano**

belenlescano663@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0006-4354-8916>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

En este ensayo se aborda la intersección entre adolescencia, hiperconectividad digital y salud mental, con el fin de reflexionar sobre el rol enfermero en el escenario contemporáneo. El trabajo pone en manifiesto el rol de la enfermería en el ámbito escolar. Entre los principales hallazgos se destacan: dificultades en el sueño y descanso, disminución de la actividad física, impacto en la autoimagen, autopercepción, alteraciones en la comunicación familiar y social. Asimismo, se enfatiza la relevancia del ciberacoso y la dependencia digital como factores de riesgo para el bienestar emocional.

El trabajo subraya la necesidad de que enfermería asuma un rol activo en el ámbito escolar y comunitario mediante estrategias de prevención, promoción y detección temprana, incluyendo propuestas de formación curricular específica, protocolos de tamizaje, programas de educación para la salud digital, investigación contextualizada y colaboración interprofesional, se concluye que la enfermería, por su visión integral y comunitaria, se encuentra en una posición privilegiada para liderar la construcción de una adolescencia digital más consciente, resiliente y saludable.

**Palabras clave:** Adolescencia, Escuela, Salud digital, Promoción de la salud, Enfermería comunitaria.

## Abstract

This essay examines the intersection between adolescence, digital hyperconnectivity, and mental health, with the aim of reflecting on the nursing role within the contemporary context. The paper highlights the role of nursing within the school setting. The main findings include difficulties related to sleep and rest, reduced physical activity, impacts on body image and self-perception, and alterations in family and social communication. Additionally, the relevance of cyberbullying and digital dependency as risk factors for emotional well-being is emphasized.

The paper underscores the need for nursing to assume an active role in both school and community settings through strategies of prevention, promotion, and early detection, including proposals for specific curricular training, screening protocols, digital health education programs, contextualized research, and interprofessional collaboration. It concludes that nursing, due to its comprehensive and community-based perspective, is in a privileged position to lead the development of a more conscious, resilient, and healthy digital adolescence.

**Keywords:** Adolescence, School, Digital health, Health promotion, Community nursing.

## I- Introducción

El impacto de las tecnologías digitales en la salud mental de los adolescentes constituye un campo de estudio en permanente transformación, caracterizado por hallazgos que revelan tanto beneficios como riesgos sustanciales. En este contexto, resulta necesario reflexionar sobre cómo la hiperconectividad —entendida como la exposición continua y multifacética a dispositivos y redes digitales— configura nuevas formas de interacción, aprendizaje y construcción de identidad, pero también genera vulnerabilidades que afectan el bienestar emocional y social de los jóvenes.

Desde una perspectiva conceptual, Bronfenbrenner (1979) plantea que el desarrollo humano es un proceso de interacción recíproca y continua entre la persona y los múltiples contextos ambientales en los que se desenvuelve. Su Teoría Ecológica del Desarrollo propone que el comportamiento y la salud de los individuos están determinados por la influencia simultánea de diversos sistemas —microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema— que interactúan dinámicamente entre sí. Comprender al adolescente actual implica, por tanto, situarlo dentro de un entramado complejo donde los entornos familiares, escolares, comunitarios y virtuales se entrelazan e inciden directamente en su desarrollo biopsicosocial.

Metodológicamente, este trabajo se inscribe en un enfoque bibliográfico y reflexivo,

orientado a analizar aportes teóricos y evidencias empíricas recientes que problematizan la relación entre hiperconectividad y salud mental. A través de la revisión crítica de literatura especializada, se busca generar una lectura integral que permita vincular los fenómenos tecnológicos contemporáneos con los desafíos emergentes para la enfermería en el ámbito escolar y comunitario.

Diversos estudios han documentado correlaciones consistentes entre el uso excesivo o problemático de pantallas y la aparición o exacerbación de sintomatología ansiosa y depresiva. En el mismo sentido, el ciberacoso se consolida como una forma de violencia simbólica que trasciende los límites del espacio físico, convirtiéndose en una amenaza constante con potenciales consecuencias devastadoras para la salud mental, incluida la ideación suicida en los casos más graves (UNICEF, 2017). Estas dinámicas evidencian que la salud digital no puede reducirse a un problema individual, sino que debe abordarse desde una perspectiva relacional y comunitaria.

Desde el campo de enfermería, esta problemática interpela directamente la práctica profesional. Promover una adolescencia digital saludable requiere que la enfermería asuma un rol activo en la educación para la salud, la detección temprana de riesgos y la prevención de conductas dañinas asociadas al uso de tecnologías. Integración de estrategias de promoción en el ámbito escolar —como talleres

talleres de alfabetización digital crítica, programas de bienestar emocional y protocolos de intervención frente al ciberacoso— puede contribuir a fortalecer los factores protectores y a fomentar el uso responsable de las tecnologías.

## 2- Metodología

Este ensayo se desarrolla bajo un enfoque cualitativo, descriptivo y reflexivo, basado en una revisión bibliográfica narrativa complementada con observaciones realizadas durante las prácticas comunitarias en escuelas y centros de salud de la ciudad de Mar del Plata.

Se consultaron fuentes académicas nacionales e internacionales (OMS, OPS, UNICEF, SciELO, Repositorios de la UNMDP) publicadas entre 2010 y 2025, priorizando aquellas vinculadas a salud digital, adolescencia y promoción de la salud.

El análisis se organizó a partir del modelo de Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (1994), que permitió identificar y reflexionar sobre los impactos de la hiperconectividad en distintas dimensiones del bienestar adolescente (sueño, ejercicio, nutrición, autoestima, relaciones familiares y afrontamiento del estrés).

Desde esta perspectiva, la propuesta combina el análisis teórico con la reflexión situada sobre la práctica, articulando teoría, experiencia y acción en el marco de la formación en enfermería comunitaria.

## 3- Desarrollo

La escuela es mucho más que un lugar de aprendizaje; es el espacio donde adolescentes pasan gran parte de su vida, compartiendo sueños, desafíos y también preocupaciones. Hoy, ese entorno enfrenta un reto complejo: cómo cuidar la salud emocional de jóvenes inmersos en un mundo digital constante. En este escenario, enfermería tiene un rol fundamental para acompañar a quienes más lo necesitan, especialmente a aquellos adolescentes que, por distintas razones, se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

En nuestra ciudad, Mar del Plata, este tema es muy palpable. Durante las prácticas comunitarias de los estudiantes de enfermería en la Universidad Nacional, se empiezan a ver los efectos concretos: adolescentes que llegan a

los centros de salud o las escuelas con problemas para dormir, con bajo ánimo o dificultades para relacionarse cara a cara con sus pares. Jóvenes que ellos mismos asocian a las horas interminables frente a sus celulares o computadoras.

Un caso que refleja esto es el de Sofía, una chica de 15 años que vino al centro de salud porque sentía mucha ansiedad y no podía dormir bien. Durante la consulta, la enfermera pudo escucharla y descubrir que Sofía pasaba más de ocho horas diarias conectada a sus redes sociales, especialmente por la noche. Sentía la presión de estar siempre “al día” con lo que sus amigos compartían, pero también se enfrentaba a imágenes y comentarios que le bajaban la autoestima. Así, la enfermería no solo le habló de cuidar su salud física, sino que la acompañó en establecer límites, a buscar otras actividades que le gustaran y a fortalecer los vínculos con su familia. Esa intervención, sencilla pero profunda, mostró cómo la enfermería puede marcar una diferencia real en la vida de un adolescente atrapado en la vorágine digital.

Además, en encuentros como el Foro sobre el impacto de la tecnología en las juventudes de Mar del Plata, se reflejan otras preocupaciones como el aumento de conductas de riesgo, por ejemplo, las apuestas online. Esto subraya que el problema es multifacético y requiere no solo atención médica, sino políticas y programas que involucren a toda la comunidad, y donde el colectivo de enfermería pueda tener un papel más activo y reconocido.

Para entender mejor estos desafíos, en nuestras prácticas utilizamos el marco de los once Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon, que nos ayudan a observar cómo la hiperconectividad afecta diferentes aspectos de la vida de los adolescentes. Por ejemplo, muchos chicos no son conscientes del daño que el uso excesivo de pantallas.

Muchos prefieren quedarse en casa jugando o en las redes, en lugar de salir a correr, jugar o simplemente estar con amigos cara a cara. Esto genera un círculo difícil de romper: menos movimiento, más sedentarismo, y problemas que afectan su salud física y emocional. La alimentación también se ve afectada, con muchas comidas rápidas y bebidas azucaradas que no ayudan a tener energía ni a sentirse bien.

El sueño es otro gran problema. Las pantallas encendidas hasta tarde desajustan su

descanso, lo que los hace sentir cansados, distraídos y con bajo rendimiento en la escuela. La atención se dispersa, se sienten agotados y pierden la motivación para hacer otras cosas que antes disfrutaban.

Por otro lado, las redes sociales influyen mucho en cómo se ven a sí mismos. Muchos adolescentes luchan con su autoestima, comparándose constantemente con imágenes perfectas que no reflejan la realidad. Algunos usan filtros para modificar su apariencia porque no se sienten bien con su cuerpo, lo que crea una distancia entre quienes realmente son y la imagen que proyectan en internet.

También se nota que las relaciones familiares y sociales cambian. La comunicación se vuelve más difícil, hay menos diálogo real y más interacción digital, lo que a veces lleva al aislamiento y a la sensación de soledad, incluso cuando están “conectados”. Por último, muchos jóvenes usan la tecnología como una forma de escapar de sus problemas, pero eso puede aumentar la ansiedad y la dependencia, haciendo que les cueste manejar el estrés y las emociones difíciles.

Todo esto nos muestra que la hiperconectividad afecta a los adolescentes en muchos niveles y que necesitamos intervenir de manera integral. La enfermería, con su enfoque en los cuidados y la educación para la salud, puede ayudar a construir espacios en que los jóvenes aprendan a equilibrar su vida digital con otras actividades que los nutran física y emocionalmente, promoviendo su bienestar y desarrollo pleno.

Según Gordon (1994), *“los patrones funcionales de la salud constituyen un marco de valoración integral que permite a la enfermería identificar respuestas humanas ante los procesos vitales y de salud, favoreciendo el juicio clínico y la planificación de cuidados individualizados.”* Esta perspectiva posibilita reconocer de manera sistemática cómo la hiperconectividad incide en los diferentes dominios del funcionamiento adolescente —como el sueño y descanso, la actividad y ejercicio, la percepción de salud, el afrontamiento y tolerancia al estrés, y los patrones de rol y relación—, facilitando la construcción de estrategias de intervención basadas en la promoción de la salud y el fortalecimiento del bienestar digital.

#### **4- Observación de patrones alterados**

A partir de las observaciones realizadas en las prácticas comunitarias, se evidencian múltiples dimensiones del impacto que la hiperconectividad digital ejerce sobre la salud y el bienestar de los adolescentes. Desde la percepción y manejo de la salud, se advierte que muchos jóvenes no logran reconocer los riesgos asociados al uso excesivo de pantallas. Esta falta de conciencia se traduce en conductas de escaso autocuidado y en la ausencia de hábitos saludables, predominando el sedentarismo, la privación del sueño y la presencia de molestias visuales derivadas del tiempo prolongado frente a dispositivos. En los relatos recogidos, los adolescentes refieren pasar gran parte del día conectados, sin participar en actividades extracurriculares ni prácticas recreativas que favorezcan su bienestar físico y emocional.

En relación con el patrón de actividad y ejercicio, se observa una marcada disminución de la actividad física, desplazada por el uso extendido de videojuegos y redes sociales. Muchos adolescentes expresan preferir permanecer en casa utilizando el celular antes que compartir actividades al aire libre o deportivas con sus pares. Esta tendencia refuerza el riesgo de sobrepeso, obesidad y disminución de la capacidad cardiorrespiratoria, generando un círculo de inactividad que afecta tanto la salud física como la integración social.

El patrón nutricional-metabólico refleja también prácticas poco saludables. La mayoría de los adolescentes mencionan como alimentos preferidos las hamburguesas, los panchos, las gaseosas y las golosinas, lo que evidencia una escasa conciencia sobre la importancia de una alimentación equilibrada. Este patrón alimentario, junto al sedentarismo, constituye un factor de riesgo significativo para el desarrollo de enfermedades metabólicas en la juventud.

El patrón de sueño y descanso aparece especialmente comprometido. La exposición nocturna a pantallas altera el ritmo circadiano, generando dificultades para conciliar el sueño, somnolencia diurna y bajo rendimiento escolar. La mayoría de los estudiantes manifiesta irse a dormir con el celular, prolongando la conexión hasta altas horas de la noche. Esta práctica no solo afecta el descanso fisiológico, sino también la disposición para el aprendizaje y las actividades cotidianas.

En cuanto al patrón cognitivo-perceptual, se identifican signos de dispersión atencional, dificultades de concentración y agotamiento

general. La sobreestimulación digital limita la capacidad de focalizar en tareas sostenidas, afectando la memoria a corto plazo y el rendimiento académico. Los adolescentes expresan sentirse cansados, sin motivación y con poca energía para realizar otras actividades que no involucren dispositivos tecnológicos.

El patrón de autopercepción y autoconcepto revela una marcada influencia de las redes sociales sobre la construcción de la autoimagen. Se observan manifestaciones de baja autoestima y comparaciones constantes con modelos corporales idealizados. Algunos adolescentes refieren utilizar filtros en sus fotografías por no sentirse conformes con su cuerpo, lo que refleja una relación mediada por la imagen digital y una posible disociación entre identidad real e identidad virtual.

El patrón de rol y relaciones también se ve afectado. Se percibe un deterioro en la comunicación familiar y una tendencia al aislamiento social, donde la interacción virtual reemplaza progresivamente el encuentro presencial. Los adolescentes manifiestan una disminución en el diálogo con sus pares y familiares, que repercute en la calidad de los vínculos y en la capacidad para construir redes de apoyo emocional.

Finalmente, el patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés pone de relieve la utilización de la tecnología como una vía de escape frente a los conflictos o las situaciones de ansiedad. Algunos adolescentes refieren sentirse más seguros en la interacción digital que en los espacios sociales presenciales, lo que incrementa el riesgo de dependencia tecnológica y de menor tolerancia a la frustración. Esta dinámica puede derivar en cuadros de ansiedad, depresión e incluso autolesión, configurando un panorama que requiere abordajes preventivos y de acompañamiento profesional desde la enfermería.

En conjunto, las observaciones permiten comprender cómo la hiperconectividad incide transversalmente en los diferentes patrones funcionales de salud, revelando la necesidad de intervenciones integrales orientadas a la educación para la salud digital, la promoción de hábitos saludables y la construcción de entornos escolares que favorezcan el equilibrio entre la vida digital y la presencial.

## **5- Propuestas para repensar la práctica profesionalmente**

La compleja interacción entre adolescencia, tecnología digital, salud mental y educación exige que la profesión de Enfermería repense y ajuste sus estrategias de intervención, a través de una formación curricular fortalecida, es imperativo integrar módulos específicos sobre salud digital, adicciones comportamentales no químicas (ej. a pantallas), ciberacoso y alfabetización mediática crítica en los planes de estudio de enfermería. Los futuros profesionales deben egresar con las competencias necesarias para evaluar riesgos, diseñar intervenciones y educar a la población sobre el uso responsable de la tecnología, por ejemplo la utilización de protocolos de detección temprana como los patrones funcionales de Marjory Gordon, para una promo-prevención en salud que permitan identificar patrones de uso problemático de la tecnología y sus correlatos en la salud mental de los adolescentes. Una detección precoz facilita la intervención oportuna.

Incluir programas de educación para la salud digital, los enfermeros deben implementar talleres y programas educativos en escuelas y centros comunitarios. Estos programas no solo deben advertir sobre los riesgos, sino también empoderar a adolescentes y padres con habilidades para un uso crítico y saludable de la tecnología, promoviendo la desconexión digital y el bienestar, por lo tanto lograr fomentar la investigación enfermera, que genere evidencia local y contextualizada sobre el impacto de la tecnología, identificando factores protectores y de riesgo específicos, y evaluando la efectividad de las intervenciones de enfermería. Esto fortalecerá la práctica basada en la evidencia.

La complejidad del problema exige un trabajo articulado con psicólogos, psiquiatras, docentes, trabajadores sociales y la familia. La enfermería, con su visión integral, es un puente fundamental para coordinar estas acciones y asegurar una respuesta coherente y efectiva.

## **6- Conclusión**

La era digital impone desafíos inevitables para el bienestar de los adolescentes, quienes navegan en un entorno cada vez más mediado por pantallas, redes sociales y tecnologías emergentes. En este escenario, la enfermería, con su enfoque integral y comunitario, tiene un papel estratégico para promover acciones de prevención, promoción y acompañamiento frente a los efectos del uso intensivo de



dispositivos tecnológicos. La incorporación de la enfermería en el ámbito escolar y comunitario permite no solo la detección temprana de riesgos, sino también la implementación de estrategias de intervención fundamentadas en la evidencia y ajustadas a las características del contexto local.

La práctica profesional debe asumir un rol activo en la construcción de una adolescencia digital más consciente, resiliente y saludable, contribuyendo al bienestar colectivo en la sociedad contemporánea. Esto requiere replantear la función de la enfermería escolar como mediadora esencial entre la comunidad educativa, las familias y el sistema de salud, frente a los retos que plantean las tecnologías digitales en la vida cotidiana de los jóvenes (Buckingham, 2008; ONU, 2021).

En el contexto de la creciente integración de la inteligencia artificial y otras herramientas digitales en espacios educativos y de cuidado, resulta fundamental fomentar un uso ético, reflexivo y equilibrado de estas tecnologías. La enfermería, desde su perspectiva humanista y crítica, puede guiar a los adolescentes hacia un manejo responsable de la tecnología, promoviendo la creatividad, la

investigación y el aprendizaje, sin sustituir la lectura profunda, la observación directa ni la reflexión sobre la propia experiencia.

El desafío consiste en acompañar a las nuevas generaciones en el desarrollo de competencias digitales que fortalezcan su autonomía, pensamiento crítico y bienestar emocional. Mantener espacios de diálogo, estimular la lectura compartida y recuperar la observación como herramienta de autoconocimiento son estrategias clave para integrar la inteligencia artificial de manera saludable y significativa. Así, la tecnología deja de ser un fin en sí misma y se transforma en un recurso que amplía la perspectiva, fomenta la autorreflexión y contribuye al equilibrio integral del adolescente.

La enfermería, por su mirada holística y su inserción comunitaria, se posiciona como un actor privilegiado para liderar la construcción de entornos digitales seguros y responsables. Su intervención contribuye a fortalecer la salud física, emocional y cognitiva de los jóvenes, promoviendo una sociedad más consciente, crítica y resiliente frente a los desafíos que plantea la era digital.

## 7- Referencias bibliográficas

- Análisis del impacto de las redes sociales en la salud mental de.* (s.f.). Recuperado el 22 de Septiembre de 2025, de Análisis del impacto de las redes sociales en la salud mental de: <https://share.google/u6RlN6qAAEqoM3jgh>
- Best, S. (5 de Junio de 2024). *Adolescencia, salud y bienestar digital*. Obtenido de I. Aportes del Cuestionario de Ciberagresión: <https://share.google/a9ZdkNA4SgC4yD5Oa>
- Casanova/Telos, J. (2 de Julio de 2025). Recuperado el 26 de Agosto de 2025, de <https://theconversation.com/vinculos-saludables-la-clave-para-el-bienestar-digital-de-los-adolescentes-260080>
- David Buckingham. (s.f.). *La educación en medios se vuelve digital. Introducción, aprendizaje, medios y tecnología* (2005). Recuperado el 27 de Julio de 2025, de <https://share.google/FRldKgDRF3h6aZnnq>
- Del Valle, L. O., & Scocciarro, A. J. (2019). *Programas y prácticas de prevención de Salud Mental*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología, Mar del Plata. Recuperado el 9 de Octubre de 2025, de [https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNMdPFP\\_cbd7eac4fb0d11824313a9aa4dfe00b](https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/UNMdPFP_cbd7eac4fb0d11824313a9aa4dfe00b)
- Jorge las Heras. (Abril de 2012). *La adicción de los adolescentes a Internet.* (2011, Editor) Recuperado el 26 de Agosto de 2025, de [https://www.academia.edu/download/38830531/Adiccion\\_adolescentes\\_Internet\\_incipienteepidemia.pdf](https://www.academia.edu/download/38830531/Adiccion_adolescentes_Internet_incipienteepidemia.pdf)
- La salud mental de los adolescentes.* (1 de Septiembre de 2025). Obtenido de La salud mental de los adolescentes: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Marjory Gordon. (1994 (1ª edición)). *Proceso y aplicación de diagnósticos enfermeros*. 1994. Recuperado el 27 de Julio de 2025, de <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2016/02/MANUAL-VALORACION-NOV-2010.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (18 de Agosto de 2021). Obtenido de Organización Mundial de la Salud: [who.int/es/publications/i/item/9789240020924](https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240020924)
- PAHO. (2021). doi:<https://doi.org/10.37774/9789275324103>
- Ruiz., M. S. (Enero de 2023). *Adolescere*. Recuperado el 17 de Julio de 2025, de *Adolescere*: <https://www.adolescere.es/salud-digital/>

- Silvina B. Pedrouzo. (2024). *Adolescencia y bienestar digital*. Recuperado el 20 de Julio de 2025, de Adolescencia y bienestar digital: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2024/v122n1a22.pdf>
- Tobías Krick, K. H.-O. (2019 ). Tecnología digital y atención de enfermería. Recuperado el 27 de Julio de 2025, de *Tecnología digital y atención de enfermería*: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4238-3>
- Urie Bronfenbrenner. (1979). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos*. Recuperado el 27 de Marzo de 2025
- Urie Bronfenbrenner. (1979). *Modelo ecologico de bronfenbrenner*. Mursia España. Recuperado el 27 de Marzo de 2025, de Redalyc.org <https://share.google/jAo8100dmz4XBad2c>
- Uso de la tecnología. (s.f.). Recuperado el 20 de Octubre de 2025, de Uso de la tecnología : <https://www.lacapitalmdp.com/temas/uso-de-la-tecnologia/>

# TDAH EN CONTEXTOS LATINOAMERICANOS : UN ANÁLISIS CRÍTICO DEL DIAGNÓSTICO, LA ESCOLARIZACIÓN Y LOS PROCESOS DE MEDICALIZACIÓN

## ADHD IN LATIN AMERICAN CONTEXTS : A CRITICAL ANALYSIS OF DIAGNOSIS, SCHOOLING, AND MEDICALIZATION PROCESSES

**Est. Charo Araceli Rodríguez Márquez**

charorodriguezmar2001@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0000-9457-4344>

**Est. Victoria Alemanno**

**Est. Joana Cejas**

**Est. Tatiana Marcos**

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

Este trabajo aborda críticamente cómo el ámbito escolar y la medicalización atraviesan a los niños con TDAH (Trastorno por Déficit de Atención) en América Latina. A partir de un marco teórico basado en diversas bibliografías, incluyendo autores como Nikolas Rose, y en normativas vigentes en la región, se propone un análisis que problematiza las formas en que se interpreta y aborda el TDAH en contextos educativos. Desde un enfoque integral, holístico y con perspectiva de género, se advierte sobre los riesgos de una mirada reduccionista, individualista y ahistórica, que prioriza el uso de psicofármacos como única respuesta, invisibilizando los determinantes sociales que atraviesan a las infancias y adolescencias. Finalmente, se plantea la necesidad de repensar el cuidado del TDAH desde una perspectiva no patologizante, que respete las singularidades de cada niño, y que promueva prácticas educativas inclusivas, respetuosas y basadas en un enfoque de derechos, que apunten a una verdadera inclusión social y escolar.

**Palabras clave:** TDAH, Medicalización, Escolaridad, Derechos, Educación.

## Abstract

This paper critically examines how the school environment and medicalization affect children with ADHD (Attention Deficit Disorder) in Latin America. Based on a theoretical framework drawn from various bibliographies, including authors such as Nikolas Rose, and current regulations in the region, this paper proposes an analysis that questions the ways in which ADHD is interpreted and addressed in educational contexts. From a comprehensive, holistic, and gender-sensitive perspective, it warns of the risks of a reductionist, individualistic, and ahistorical view that prioritizes the use of psychotropic drugs as the only response, obscuring the social determinants that affect children and adolescents. Finally, it raises the need to rethink the care of ADHD from a non-pathologizing perspective that respects the uniqueness of each child and promotes inclusive, respectful educational practices based on a rights-based approach that aims at true social and school inclusion.

**Keywords:** ADHD, Medicalization, Schooling, Rights, Education.

## I- Introducción

El Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es una condición neuropsiquiátrica con alta incidencia en Latinoamérica, afectando principalmente a niños y adolescentes en edad escolar. El trastorno en cuestión se define por la presencia de dificultades en la capacidad de mantener la atención, así como por la impulsividad y, en numerosas ocasiones, la hiperactividad. En América Latina, su crecimiento no solo ha sido exponencial en términos de diagnóstico, sino también en lo que refiere a prescripción de psicofármacos.

Esta situación, exige una revisión crítica, ya que las conductas socialmente disfuncionales, se traducen en problemas médicos a resolver, desde un paradigma médico biológico. En este contexto, el diagnóstico de TDAH aparece muchas veces como una forma de gestionar la diferencia, la conflictividad, o el sufrimiento infantil, medicalizando problemas que son, en muchos casos, sociales y pedagógicos, empleando el etiquetamiento de conductas desviadas como patológicas, favoreciendo el uso de fármacos y la medicalización (Conrad, 2017 pp7). En el ámbito educativo, crece la tendencia de patologizar comportamientos infantiles que no se ajustan a las lógicas disciplinarias de la institución, lo cual refuerza la estigmatización de los estudiantes.

Sin analizar si el tratamiento farmacológico es apropiado o no, se desarrollarán datos acerca de las drogas más habituales usadas en quienes un profesional ha diagnosticado TDAH, evaluando sus riesgos

cardiacos y efectos adversos, que pueden provocar el uso de Metilfenidato y Atomoxetina para el tratamiento.

Situándonos en el contexto latinoamericano, agrega particularidades, diferentes determinantes sociales que se traducen en desigualdades estructurales, sistemas educativos heterogéneos y una fuerte presencia de discursos biomédicos.

Este fenómeno tensiona con los marcos legales éticos vigentes en la región. En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental N.26657, la Ley de Educación Nacional N.26.206.

El presente ensayo propone analizar el TDAH desde una perspectiva latinoamericana, articulando marcos teóricos, normativas vigentes, y experiencias formativas con el objetivo de promover prácticas más integrales, inclusivas, y humanas en el campo de la salud y la educación.

## 2- Desarrollo

La Organización Mundial de la Salud, reconoce al TDAH como un trastorno del neurodesarrollo que comienza en la infancia y puede persistir en la adultez. Se caracteriza por patrones persistentes de inatención, hiperactividad e impulsividad que afectan significativamente el funcionamiento escolar, social y emocional del individuo. Además, enfatiza la importancia de una evaluación clínica completa, considerando tanto factores individuales como contextuales, y promueve un enfoque integral del tratamiento que incluya medidas educativas, psicológicas y, cuando

corresponda, farmacológicas. Asimismo, advierte que un diagnóstico precoz y un tratamiento adecuado pueden mejorar significativamente la calidad de vida de quienes lo padecen.

Según el CONICET (Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas), es importante conocer este trastorno, ya que su prevalencia en Argentina es de alrededor del 4% en niños, niñas y adolescentes. Y su sintomatología, puede tener repercusiones negativas en el desarrollo cognitivo, emocional y social, lo cual suele dificultar su aprendizaje escolar y su adaptación a los diferentes contextos.

El DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition o Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta Edición, en español) establece los criterios para TDAH de manera descriptiva e incluyen tres síntomas cardinales distribuidos en dos dominios: inatención e hiperactividad/impulsividad. Sin embargo, los criterios diagnósticos propuestos están orientados hacia un país en particular (su país de origen, Estados Unidos), resultan ambiguos y dejan varios aspectos a la interpretación del profesional. Por lo tanto el uso indiscriminado del DSM-5 como referente único, como abordaje, además de representar un sesgo cultural (más aún en Latinoamérica), promueve el sobrediagnóstico a través de la reducción del padecimiento psíquico infantil a una serie de síntomas parte de un cuadro clínico ignorando contextos particulares que podrían ocasionarlo (Liesa Orus, 2017, Duarte 2021, Simoni, 2018).

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, se puede definir al Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), como un trastorno del neurodesarrollo que presenta patrones de comportamiento persistentes, niveles de impulsividad elevada, actividad motora excesiva y déficit en la atención; que interfieren significativamente en el funcionamiento familiar, social, académico y laboral.

Todas las definiciones reconocen al TDAH como una condición neurobiológica reconocida, lo cual muestra una transición en la conceptualización desde su origen como trastorno conductual (treviño J.M 2018 pp 185)

### 3- Marco legal Latinoamericano

Se abordarán aquellos marcos teóricos

que contemplan los derechos de la infancia, incluyendo la escolaridad en América Latina.

1- *Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)-ONU- 1989:*

Art. 24: Derecho a la salud.

Art. 28 y 29: Derecho a la educación que promueva el desarrollo de la personalidad y las capacidades del niño.

2- *Ley Nacional de Salud Mental N26657 (Argentina 2010)*

-Define a la salud mental como un proceso determinado por múltiples factores (sociales, culturales, económicos, biológicos, etc.)

-Prohíbe las intervenciones exclusivamente farmacológicas.

3- *Ley de protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N.26.061 (Argentina, 2005).*

-Reconoce a niños y niñas como sujetos plenos de derechos.

-Establece el principio de interés superior del niño como criterio rector.

-Obliga al Estado, la familia y la comunidad a garantizar el desarrollo integral de la infancia.

4- *Leyes educativas Nacionales y regionales:*

-Argentina: Ley de Educación Nacional N.26.206 (2006). Garantiza educación inclusiva.

-México: Ley General de Educación (2019): Derecho a la equidad e inclusión.

-Brasil: Estatuto de la Infancia y Adolescencia y LDB (Ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional).

En su conjunto, promueven el derecho a la educación inclusiva, desde una perspectiva de derechos humanos. La patologización precoz de las infancias, sin considerar los determinantes sociales y condiciones institucionales del aprendizaje, constituyen una forma de vulneración de derechos. Vinculándose con la necesidad de trascender el diagnóstico clínico y reconocer la incidencia de los contextos familiares y escolares (Liesa Orus, 2017).

### 4- Etapas del crecimiento y TDAH

Se reconocen 3 etapas del crecimiento evolutivo. Se establece una relación entre las etapas del crecimiento y la expresión del TDAH en las mismas.

ETAPA PRE-ESCOLAR: Suelen ser inquietos e impulsivos, no respetan normas y reglas y presentan conductas desafiantes.



**ETAPA ESCOLAR:** Las dificultades conductuales y en el aprendizaje evidencian el trastorno y presentan también dificultades sociales y baja autoestima. En esta edad no suelen ser bienvenidos por sus pares y en muchos casos son apartados.

**ADOLESCENCIA:** Se suman las características propias de la adolescencia, las cuáles se ven potenciadas: conductas impulsivas, desorganización en el manejo del tiempo y dificultades en los vínculos con los padres. Pueden mostrar tristeza, baja autoestima y desconfianza, lo que suele dificultar el vínculo con sus pares.

## 5- **Ámbito escolar**

Este incluye un aumento en las demandas cognitivas y académicas, personales y sociales. Es un período de mayor reactividad emocional, cambian su ambiente social y dedican mayor tiempo a compartir con sus amigos mientras que con sus padres hay mayor conflicto. Aumenta la complejidad de la relación con los pares y la necesidad de aceptación. Tienen un intenso deseo de privacidad y confidencialidad.

Es fundamental tener en cuenta la formación y capacitación de los profesorxs para poder abordar las necesidades educativas de cada niño y adolescente. Así, garantizar el derecho a una educación inclusiva requiere no solo la implementación de políticas, sino también intervenciones pedagógicas adaptadas, formación docente específica y acompañamiento integral dentro del aula. Sin embargo en la realidad esto no ocurre, y así lo expresan varios autores como afirma Vera Rivera (2024) al sentenciar que *“más de la mitad de los docentes entrevistados no se encuentran lo suficientemente capacitados para abordar las necesidades educativas de estudiantes con TDAH.”*

Debido a este desconocimiento no es extraño que en el ámbito se etiquete a le alumne como diferente, puesto que se ignora la influencia que tienen los determinantes sociales en la escolarización y su afección al desarrollo y la inclusión (Spinelli 2019). Además, el sistema reduce al alumne “diferente” a un origen biológico, medible, tal como lo es el Modelo Médico Hegemónico (MMH), siendo este a-histórico, invisibilizando determinantes de las niñeces como puede ser su historia familiar, económica, social, cultural, etc. Por ejemplo, en el ámbito escolar los docentes solo deben

completar de manera cuantitativa una planilla, en la que describen los síntomas característicos del trastorno, conocida como Cuestionario de Conners.

Los docentes, suelen notar diferencias una vez que le alumne comienza un tratamiento farmacológico, basándose en la llamativa mejoría que la medicación genera, mencionando que comienzan a prestar(les) más atención en clase y que tampoco están continuamente moviéndose, sin percatarse o analizar el porqué de estos efectos. Este es, de hecho, el efecto buscado de la medicación, desviar la atención de factores contextuales que afectan el comportamiento (Duarte 2021)

Aun así, muchas instituciones, solicitan con carácter de “condición necesaria” para continuar en la escuela, una consulta neurológica. En ciertas ocasiones, incluso con la advertencia y con la condición de que solo si le niño o adolescente, comienza un tratamiento farmacológico, puede continuar escolarizado dentro de la misma institución y rematriculado al año siguiente.

## 6- **Acompañamiento escolar**

El acompañamiento escolar debería ser siempre integral y con un enfoque holístico. *“El uso de estrategias áulicas específicas, como la estructuración del entorno y la implementación de rutinas claras, puede mejorar significativamente el rendimiento académico y la adaptación social de los estudiantes con TDAH.”* (Rubiales, J. 2019. P.145).

Partiendo de esto, las técnicas de organización y planificación más destacadas para ayudar a visualizar el paso del tiempo y las actividades programadas, además de mejorar la memoria y la planificación cognitiva son el uso de agendas y planificadores que faciliten tanto la organización como la comprensión, técnicas de gestión de tiempo, utilizar estrategias visuales o auditivas (notas de voz, post-its) como recordatorios y cambios de actividad, descomponer tareas en pasos más pequeños.

Estas son algunas estrategias pedagógicas adaptadas necesarias para la inclusión, que deben ser acompañadas de apoyo integral (Folmer 2020). La implementación de las mismas como parte de programas de intervención cognitivo-conductuales han mostrado mejora de la atención y control de impulsos, siempre adaptados a las necesidades individuales de le niño con TDAH (Pineda 2019).

## 7- Medicalización del TDAH

Para abordar el tema de la medicalización en las niñeces y adolescentes con TDAH, partimos de la idea donde Foucault mencionó la biopolítica en el siglo XVIII y XIX, Rose Nikolas (2007)- Toma este concepto y lo incluye en Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XX, en donde este es el modo de gobernar. A través de la biomedicina, la genética y la neurociencia.

Según Simoni (2018) *“actitudes de los maestros respecto al uso de medicalización para el TDAH reflejan supuestos más amplios sobre lo que es comportamiento “normal” en contextos escolares, incluyendo expectativas de tranquilidad, orden y obediencia”*.

Esto lleva a que el diagnóstico de TDAH se presente como una verdad científica que habilita la prescripción de fármacos. Convirtiendo a los fármacos en una herramienta de normalización que busca ajustar a las niñeces y adolescentes al ideal de conducta escolar y social (quieto, atento y obediente). Reduciendo la complejidad de la experiencia humana y social. En donde las escuelas participan de este proceso de encasillamiento y etiquetamiento previo a utilizar otras herramientas para acompañar en el aprendizaje de una forma más integral. Además, refleja la tendencia a la medicalización a partir del uso generalizado de estimulantes, así como patologización de comportamientos que son respuestas normales a entornos educativos y sociales inadecuados (Breggin 2018, p.22)

## 8- Metilfenidato y Atomoxetina

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en el año 2013, posicionan a Chile como uno de los países que más consume a nivel mundial metilfenidato (medicamento más utilizado para abordar los síntomas del TDAH a nivel neurofisiológico). En Argentina, si bien su uso no es tan elevado, se encuentra en incremento y atravesado por tensiones entre profesionales de la salud, principalmente del psicoanálisis y adherentes a un enfoque biomédico-psiquiátrico (Faraone y Bianchi 2018).

### Metilfenidato

Es uno de los fármacos utilizados para el

tratamiento del TDAH. El mismo, bloquea la recaptación de noradrenalina y dopamina en la neurona presináptica y aumenta la liberación de estas monoaminas al espacio extraneuronal.

Si bien numerosos estudios confirman la eficacia, seguridad y tolerabilidad del uso a corto plazo, hasta ahora ha habido pocos datos sobre los efectos a largo plazo relevantes para la seguridad del metilfenidato, lo que llevó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) a rechazar su inclusión en la lista de medicamentos esenciales, citando preocupaciones. También el Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) solicitó la recopilación de más datos sobre los efectos a largo plazo.

*“El uso de Metilfenidato puede aumentar el riesgo de tics motores y vocales en niños con predisposición.”* (Perez, R. 2024.P.15)

Los efectos secundarios que pueden presentarse, entre otros, son: infección de la parte alta del tracto respiratorio; anorexia, disminución del apetito, reducción moderada del aumento de peso y altura (uso prolongado en niños); insomnio, nerviosismo, tics, agresividad, ansiedad, depresión, parestesia, arritmia, taquicardia, palpitaciones; HTA, espasmos musculares. Se debe prestar especial atención a la presión arterial y la frecuencia cardíaca.

### Atomoxetina

La Atomoxetina es un inhibidor potente y altamente selectivo del transportador presináptico de la noradrenalina. Sus efectos adversos pueden ser ansiedad, depresión, tics, somnolencia, letargia, dolor torácico, incremento de la presión arterial, incremento de la frecuencia cardíaca, descenso de peso. Se debe vigilar la aparición o empeoramiento de actitud suicida, hostilidad o inestabilidad emocional.

*“La administración de anfetaminas en pacientes con TDAH puede inducir síntomas psiquiátricos como ansiedad y psicosis en casos raros.”* (Martinez, A. 2021. P43)

Esta droga tiene efectos graves: El daño hepático y la ideación suicida.

## 9- Conclusión

Repensar en el cuidado desde una perspectiva holística.

El abordaje del TDAH desde una

perspectiva holística propone reconocer a la niñez o adolescente en su totalidad, entendiendo que los comportamientos no deben separarse de su historia. A su vez, entendiendo que la medicalización en las infancias crece cada vez más y siendo conscientes de los efectos secundarios que estos fármacos pueden producir. ¿Qué les estamos ofreciendo a nuestros niños y adolescentes hoy? En términos de calidad de atención y contención, ¿además de un tratamiento farmacológico?

Para finalizar, me parece sumamente importante promover los diferentes programas de TDAH en Latinoamérica, instituciones educativas y de salud han integrado estos programas en sus servicios, en Argentina, han desarrollado programas específicos para abordar el TDAH en el contexto familiar y en Chile existen iniciativas tanto en el sector público como privado que ofrecen programas de “Escuela para padres”. Creando así, redes de apoyo donde los padres pueden compartir experiencias, obtener consejos y sentirse parte de una comunidad.

“El TDAH en la escuela debe ser abordado desde una perspectiva inclusiva, considerando los determinantes sociales que afectan al estudiante” (Fernandez Fernandez, 2021, p.1”

A nivel comunitario, enfermería debe tomar un rol activo como agentes de salud comunitaria y promotores de entornos saludables y no patologizantes. Mediante la realización de talleres para brindar información

en el que puedan participar tanto las familias como docentes, al igual que los niños, adaptando la información a cada grupo mencionado. En cuanto a los docentes, es importante la realización de capacitaciones específicas en niños con TDAH. En donde se aborde la neurodiversidad de una manera integral y despatologizante. Con el objetivo de fortalecer entornos escolares y familiares que favorezcan el bienestar emocional y social, reduciendo la dependencia farmacológica y teniendo en cuenta las individualidades de cada niño.

El fortalecimiento comunitario es una herramienta primordial para potenciar el cuidado integral, informativo y participativo. Orientando sobre rutinas saludables, prácticas de crianza respetuosa, creación de grupos de apoyo entre familias para el intercambio de experiencias y sobre todo estrategias no farmacológicas de acompañamiento.

Finalizado el análisis crítico, puedo afirmar que me interpela como futura profesional y frente a ello, me comprometo a orientar y garantizar mis cuidados para que se basen en acompañar, comprender y sostener la singularidad de cada niño y adolescente. Asegurando el cumplimiento de las respectivas leyes y normativas que protegen sus derechos, no únicamente como marco legal, sino también, como un imperativo moral que orientan mis cuidados hacia una perspectiva holística e individualizada.

## 10- Referencias bibliográficas

- Benasayag, L. (2007). *ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado? Una mirada alternativa con enfoque multidisciplinario.*
- Breggin, P.R. (2018). *Medication madness: The role of psychiatric drugs in cases of violence, suicide, and crime.* St. Martin's Press.
- Comité de los Derechos del Niño. (2016). Observación General N.º 20 sobre la efectividad de los derechos de los adolescentes (CRC/C/GC/20). <https://www.ohchr.org/en/documents/general-comments-and-recommendations/crccgc20-general-comment-no-20-2016-implementation>
- Congreso de la Nación Argentina. (2005). Ley 26.061. Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de octubre de 2005. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-94092>
- Congreso de la Nación Argentina. (2006). Ley de Educación Nacional N.º 26.206. Boletín Oficial de la República Argentina, 28 de diciembre de 2006. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26206-124751>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010). Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Boletín Oficial de la República Argentina, 3 de diciembre de 2010. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-164874>
- Conicet. (2023). ¿Que sabemos de TDAH? <https://www.conicet.gov.ar/que-sabemos-de-tdah/>
- Conrad, P. (2017). *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior (Expanded Edition).* New York: Routledge.

- Duarte, N de O. (2021). *A medicalização do TDAH na escola*. Saúde. P.1
- Faraone, S.A & Bianchi, E. (2018). *The journey of ADHD in Argentina: From the Increase in Methylphenidate Use to Tensions among Health Professionals*.
- Fernandez Fernandez, L. (2021). *El TDAH en la escuela*. Editorial Inclusión.
- Folmer. (2020). *Contributos sobre o Transtorno do Deficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e o processo ensino-aprendizagem da criança do Ensino Fundamental I nos contextos escolar e familiar*. Universidad Federal do Pampa.
- Infancias, diagnósticos y salud mental: discursos sobre el trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la región de Los Lagos, Chile. (2020-2021). <https://www.scielo.org/article/scol/2022.v18/e4233/es/>
- Luisa Orus, M., L. (2017). *Habilidades sociales de niños con déficits atencionales y contextos familiares y escolares*. Revista Española de Orientación y Psicopedagogía, 28(2), 1-15.
- Martinez, A. (2021). *Efectos psiquiátricos de las anfetaminas en el tratamiento del TDAH*. Revista de Salud Mental, 43.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. Adoptada por la Asamblea General de la ONU el 20 de noviembre de 1989. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Organización Mundial de la Salud. (2024). Methylphenidate- attention deficit hyperactivity disorder. <https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/25th-expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/a.19-methylphenidate-attention-deficit-hyperactivity-disorder>
- Pérez, R. (2024). *Tics inducidos por metilfenidato en niños con TDAH*. Revista Argentina de Neurología Infantil, 15.
- Pineda, D.A. (2019). *Neuropsicología del TDAH: Evaluación e intervención basada en evidencia*. Editorial Universidad de Antioquia. P.78.
- Rubiales, J. (2019). *¿Me prestas tu atención? Estrategias áulicas para estudiantes con Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad*. Neuroeducación y Diversidad: Herramientas para potenciar las diferentes maneras de aprender. P145. Akadia.
- Simoni, Z.R. (2018). *Medicalization, Normalization, and Performance Edge: Teacher's Attitudes about ADHD Medication Use and the Influence of Race and Social Class*. Sociological Perspectives, 61(4).
- Spinelli, G. (2019). *Determinantes sociales y educación*. Inclusión.P.1
- Treviño, J.M. (2018). *Revisión del concepto de TDAH: su evolución histórica, su estatus actual y sus implicaciones clínicas*. Gaceta Medica de México.
- Vademécum. (2024). Atomoxetina. <https://www.vademecum.es/principios-activos-atomoxetina-N06BA09-ar>
- Vademécum. (2024). Metilfenidato. <https://www.vademecum.es/principios-activos-metilfenidato-N06BA04-ar>
- Vademécum. (2024). Riesgos del metilfenidato como terapia a largo plazo para niños y adolescentes con TDAH. [https://www.vademecum.es/noticia-240226-Riesgos+del+metilfenidato+como+terapia+a+largo+plazo+para+ni+ntilde+os+y+adolescentes+con+TDAH\\_19978](https://www.vademecum.es/noticia-240226-Riesgos+del+metilfenidato+como+terapia+a+largo+plazo+para+ni+ntilde+os+y+adolescentes+con+TDAH_19978)
- Vega Rivera, G. A. (2024). *Impacto del TDAH en el aprendizaje de estudiantes en edad escolar: una revisión sistemática*. Revista Latinoamericana de Investigación en Educación y Tecnología.

# PROYECTO DE TELESEGUIMIENTO Y ACOMPAÑAMIENTO DE USUARIOS CON ENFERMEDADES METABÓLICAS : DETECCIÓN DE BARRERAS SOCIALES, ACCESO Y ADHERENCIA

## PROJECTS FOR REMOTE MONITORING AND SUPPORT USERS WITH METABOLIC DISEASES : DETECTION OF SOCIAL BARRIERS, ACCESS AND ADHERENCE

**Est. Jessica Natalia Lescano Sanchez**

nathiel\_s@hotmail.com // <https://orcid.org/0009-0004-4677-4340>

**Est. Maria Victoria Larre**

vlarre8@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0004-4677-4340>

**Est. Analia Aguilar**

**Est. Elda Elizabeth Martinez**

**Est. Micaela Vera**

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

El presente proyecto abordará el tele-seguimiento de pacientes con enfermedades metabólicas crónicas, analizando los determinantes sociales que inciden en su adherencia terapéutica. Desde un enfoque cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, se buscará explorar la percepción de las personas y de los profesionales de enfermería respecto a las posibilidades y limitaciones del seguimiento continuo. Se emplearán entrevistas semiestructuradas a sujetos con diagnóstico de diabetes, hipertensión y obesidad. Los datos serán examinados mediante análisis de contenido temático, con el propósito de identificar las barreras estructurales y subjetivas que condicionan el acceso a los recursos del sistema público de salud. Esta investigación pretende contribuir al fortalecimiento del rol de enfermería en la Atención Primaria, promoviendo estrategias de cuidado integrales y orientadas a la equidad en salud.

**Palabras clave:** Adherencia terapéutica, Atención primaria de la salud, Determinantes sociales de la salud, Enfermería en salud comunitaria, Monitorización remota de pacientes.



## Abstract

This project will address the remote monitoring of patients with chronic metabolic diseases, analyzing the social determinants that affect their therapeutic adherence. Using a qualitative exploratory-descriptive approach, we will seek to explore the perceptions of individuals and nursing professionals regarding the possibilities and limitations of continuous monitoring. Semi-structured interviews will be conducted with subjects diagnosed with diabetes, hypertension, and obesity. The data will be examined using thematic content analysis to identify the structural and subjective barriers that condition access to public health system resources. This research aims to contribute to strengthening the role of nursing in primary care, promoting comprehensive care strategies oriented toward health equity.

**Keywords:** Treatment Adherence and compliance, Primary health care, Social determinants of health, community health nursing, Remote patient monitoring.

## I- Introducción

En Argentina, las enfermedades metabólicas como la obesidad, la hipertensión arterial y la diabetes tipo 2 representan tres de las condiciones crónicas más prevalentes y con mayor impacto sobre la salud pública (Ministerio de Salud, 2019). La última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo indicó que el 61,6% de la población adulta presenta exceso de peso, el 34,6% hipertensión y el 12,7% diabetes (INDEC, 2019), datos que se agravan en contextos de vulnerabilidad social. “Las enfermedades no transmisibles (ENT) representan actualmente la principal causa de mortalidad y morbilidad en la Argentina, y también son responsables de una importante carga de discapacidad.” (Ministerio de Salud, 2021)

Además del componente fisiopatológico, estas enfermedades se relacionan con determinantes sociales como la falta de acceso sostenido a alimentación adecuada, a la medicación prescrita y a espacios de acompañamiento emocional, en especial luego del alta médica o fuera de los controles ambulatorios frecuentes. “Los inconvenientes financieros representan barreras importantes para alcanzar equidad y acceso a los servicios sanitarios, destacando los socioeconómicos, ambientales; nivel educativo, vivir en zonas urbanas, ser de edad avanzada, y pertenecer al quintil más rico; la ruralidad y ciber salud. Resultan necesarios sistemas de salud más inclusivos; siendo necesario la institucionalización de las mediciones y monitoreo de las desigualdades sociales en salud; en la determinación del marco legal,

gobernanza y planificación de servicios.” (Nievas et al, 2021).

El seguimiento continuo, muchas veces fundamental para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico a largo plazo, se ve interrumpido por cuestiones de distancia, falta de recursos, escasa articulación institucional, bajo nivel de educación en salud, falta de acompañamiento psicológico o sobrecarga del sistema. “Las estrategias de abordaje requieren promover políticas públicas saludables, fortalecer los sistemas de salud, aumentar la vigilancia epidemiológica y fomentar la investigación.” (Ministerio de Salud, 2021)

El seguimiento a través de medios digitales como llamadas o WhatsApp puede ofrecer una herramienta accesible, de bajo costo y ajustada a las realidades del sistema público de salud. “La experiencia demostró que aún en la ausencia de plataformas específicas o grandes estructuras, se puede realizar un seguimiento de calidad con elementos básicos como planillas compartidas, teléfonos y WhatsApp.” (Buffone et al., 2021). “El seguimiento telefónico ha sido valorado positivamente por la mayoría de los participantes, independientemente de la edad o el sexo, y en general, se considera útil como herramienta para continuar la atención en situaciones excepcionales” (Ruiz-Romero et al., 2021). Además, permitiría visibilizar obstáculos reales en el cumplimiento de los tratamientos indicados y generar intervenciones futuras más ajustadas a las necesidades de la población.

Considerando que muchos pacientes no logran sostener el tratamiento debido a obstáculos sociales y no clínicos, por ello es importante repensar desde Enfermería nuevas

formas de acompañamiento posteriores al alta, orientadas a detectar barreras y brindar orientación que, aunque remota, puede marcar una diferencia.

## 2- Marco Teórico

En el seguimiento de enfermedades metabólicas crónicas, suele atribuirse la falta de adherencia terapéutica a la responsabilidad individual del paciente, pero desde el enfoque de la Determinación Social de la Salud (DSS) propuesto por Jaime Breilh, la no adherencia no puede interpretarse únicamente como una falla personal, sino como el resultado de condiciones estructurales que limitan la capacidad de las personas para sostener prácticas de cuidado.

La DSS permite analizar cómo los factores sociales, económicos y culturales configuran la aparición y manejo de enfermedades como la diabetes, la hipertensión o la obesidad. Las desigualdades en ingresos, educación, vivienda y acceso a alimentos saludables generan diferentes niveles de riesgo y vulnerabilidad, afectando directamente la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado.

Desde esta perspectiva, el teleseguimiento no debe reducirse a la monitorización biomédica, sino incorporar dimensiones sociales, familiares y culturales. Permite identificar barreras invisibles —como la precariedad laboral, la falta de transporte, la discriminación de género o las limitaciones económicas— que condicionan la continuidad del tratamiento.

La epidemiología crítica propone mirar más allá de los factores individuales o biológicos, considerando cómo los procesos estructurales, los patrones de exposición y la organización social determinan la salud. Por ejemplo, en el manejo de enfermedades metabólicas, esto implica estudiar cómo se configura la urbanización y el acceso a servicios de salud afecta la capacidad de los pacientes para asistir a controles o recibir medicación.

También como los hábitos de vida impuestos por entornos laborales y familiares dificultan el cumplimiento de dietas o rutinas de ejercicio. Por último, cómo las políticas públicas, programas de prevención y educación sanitaria pueden diseñarse para atender desigualdades de manera efectiva.

El teleseguimiento, desde esta perspectiva, puede convertirse en una herramienta de acción colectiva, al facilitar educación, seguimiento personalizado y coordinación entre redes de salud, familias y comunidades, contribuyendo a la reducción de brechas de acceso y adherencia.

La evidencia sobre desigualdad económica, concentración de riqueza y deterioro ambiental que describimos en el marco teórico general tiene impacto directo en la salud metabólica como por ejemplo en la inseguridad alimentaria y la exposición a alimentos ultraprocesados afectan la prevención y el control de enfermedades metabólicas.

A su vez, la precariedad laboral y la sobrecarga doméstica generan limitaciones de tiempo y recursos para el autocuidado y la adherencia a tratamientos. La discriminación o la falta de educación en salud impiden que los programas tradicionales lleguen de manera efectiva a todos los grupos sociales.

Durante la pandemia por COVID-19, el uso del tele-seguimiento permitió sostener cuidados con herramientas sencillas como llamadas o mensajería, demostrando ser una estrategia útil, segura y bien aceptada por la población (Buffone et al., 2021; Ruiz-Romero et al., 2021). “Se considera teleconsulta con el/la paciente (TCP) al proceso de atención sanitaria brindado a través de tecnologías de la información y comunicación entre el equipo de salud y la persona que recibe atención sanitaria.” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2022). “La Telesalud es una estrategia sanitaria integral, basada en la utilización de tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para brindar servicios de salud, mejorar la calidad asistencial, reducir desigualdades en el acceso y promover la equidad.” (Plan Nacional de Telesalud). En ese contexto, el Centro de Telemedicina COVID-19 de Bahía Blanca por ejemplo, reportó una percepción positiva del 98,5% de los pacientes seguidos a distancia, lo que invita a pensar en la ampliación de estas herramientas más allá del contexto pandémico. “Estos resultados son importantes, ya que muestran el impacto que tiene la implementación de los dispositivos de telemedicina en la disminución de la sobrecarga del sistema de salud.” (Buffone et al., 2021).

Además del contexto de emergencia sanitaria generado por la pandemia de

COVID-19, la telemedicina ha demostrado ser una herramienta efectiva en el seguimiento de enfermedades crónicas como la obesidad. Por ejemplo, el estudio de López et al. (2022), realizado en un centro médico terciario de América Latina, evaluó a 202 pacientes con obesidad seguidos mediante consultas remotas. Los resultados evidenciaron un cambio clínicamente significativo en el peso corporal, observándose una reducción del peso promedio desde 84 kg al inicio del seguimiento, a 78 kg en el segundo mes y 75 kg al tercer mes. “Los pacientes diagnosticados con obesidad que continuaron controlando su enfermedad durante los primeros meses del programa institucional de teleconsultas ambulatorias registraron una pérdida de peso estadísticamente significativa, sin diferencia por edad, número de consultas o tipo de teleconsulta, y dicha pérdida se mantuvo en la evaluación a los seis meses.” (López et al, 2022). Este tipo de evidencia permite considerar al teleseguimiento como una estrategia posible para mejorar los resultados clínicos y promover la adherencia terapéutica, incluso fuera del contexto pandémico.

En el contexto de enfermedades metabólicas crónicas como obesidad, hipertensión y diabetes tipo 2, la literatura respalda que muchas barreras al seguimiento provienen de factores geográficos, de tiempo y desplazamiento. Zugasti Murillo et al. señalan que “aunque se trata de procesos crónicos que precisan un seguimiento prolongado, un número considerable de pacientes tienen limitaciones de tiempo o distancia para acudir a los centros sanitarios, presentan patologías graves que dificultan su desplazamiento.” Frente a ello, se ha propuesto la telemedicina como una herramienta eficaz para mejorar el acceso y la atención, ya que “las intervenciones sanitarias basadas en telemedicina se han postulado como herramientas que pueden contribuir a la mejora de la salud y la atención sanitaria prestada a los pacientes con enfermedades crónicas.” Además, los autores destacan que estas herramientas permiten mejorar “el acceso, la eficacia, eficiencia y rentabilidad de la atención sanitaria para estos pacientes,” (Zugasti Murillo et al., 2021), siempre que factores como la comprensión de la información, la confianza en el sistema, la capacidad de uso del servicio, la satisfacción y la accesibilidad sean considerados.

El teleseguimiento puede detectar estas barreras, documentarlas y proponer estrategias de acompañamiento adaptadas a cada contexto social y cultural.

### 3- Objetivo general

Explorar las barreras sociales, económicas y subjetivas en el acceso y adherencia terapéutica de pacientes con enfermedades metabólicas crónicas atendidos en el sistema público, mediante un tele-seguimiento remoto periódico de cuatro meses.

### 4- Objetivo específicos

1. Identificar dificultades económicas, geográficas o emocionales que dificultan el acceso a la alimentación, medicación y apoyo emocional en pacientes con obesidad, hipertensión o diabetes tipo 2 atendidos en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" de Mar del Plata.
2. Evaluar la viabilidad del tele-seguimiento como estrategia de acompañamiento y recolección de datos en contextos de vulnerabilidad.

### 5- Metodología

El presente estudio se enmarca dentro de un enfoque cualitativo de tipo exploratorio-descriptivo, ya que busca comprender en profundidad las experiencias, percepciones y barreras que enfrentan los pacientes con enfermedades metabólicas en su proceso de tratamiento post-alta. Este enfoque permite una mayor apertura a la aparición de variables emergentes, fundamentales para comprender la complejidad social que atraviesa el proceso de salud-enfermedad-atención.

La población objetivo estará conformada por personas mayores de 18 años que hayan sido atendidas en el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar E. Alende" de Mar del Plata por diagnóstico de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y/u obesidad, ya sea en contexto de alta hospitalaria o de atención ambulatoria.

Se empleará la técnica de entrevistas mediante cuestionario semi-estructurado, con contacto periódico semanal durante un período

de cuatro meses. Esta elección metodológica se justifica por su capacidad de recoger información contextual y subjetiva, permitiendo al mismo tiempo cierta sistematicidad en la comparación de respuestas. Las entrevistas se realizarán a través de llamadas telefónicas o mensajes de WhatsApp, según la preferencia y disponibilidad de cada paciente, priorizando la accesibilidad.

## 6- Componentes del cuestionario:

1. Datos generales y sociodemográficos: edad y sexo; cobertura de salud; nivel educativo; situación laboral y medios de ingreso; condiciones de vivienda (acceso a agua, refrigeración, cocina, etc.); posibilidad de transporte o desplazamiento propio; nivel de alfabetización digital (manejo de celular o conexión a internet).
2. Datos clínicos específicos:  
Hipertensión Arterial: valores de presión arterial (sistólica, diastólica); frecuencia cardíaca; peso; cumplimiento de medicación; reducción de consumo de sal; control médico reciente.  
Diabetes mellitus: glucemia capilar; peso; alimentación diaria; cumplimiento de tratamiento farmacológico; conocimiento sobre síntomas de hipoglucemia/hiperglucemia.  
Obesidad: peso; índice de masa corporal (IMC); circunferencia abdominal; cambios en la alimentación y actividad física; percepción del propio cuerpo; adherencia al plan nutricional.
3. Aspectos funcionales y barreras del autocuidado: capacidad para moverse o caminar sin ayuda; acceso a transporte público o acompañamiento familiar para acudir a controles; dificultad para sostener la compra de medicación o alimentos saludables; factores emocionales o de motivación (soledad, depresión, estrés).
4. Dimensión del vínculo con enfermería: frecuencia del contacto (presencial o virtual); grado de confianza con el equipo; percepción del acompañamiento recibido; sugerencias o expectativas para mejorar el seguimiento continuo.

Los datos obtenidos de la entrevista se

someterán a un análisis, agrupando las respuestas en las siguientes categorías: evolución de la patología; barreras económicas y tecnológicas; barreras funcionales o de movilidad; acompañamiento profesional y vínculo terapéutico; percepción del autocuidado y estrategias personales; expectativas frente al tele-seguimiento.

Se solicitará consentimiento informado previo según la Ley 25.326, la participación será voluntaria y anónima. El estudio respetará los principios éticos establecidos para la investigación en salud, “la decisión del individuo o su representante de participar en la investigación, y que podrá rehusarse a participar o abandonar el estudio en cualquier momento, sin necesidad de justificarse” (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2011), y la confidencialidad de los datos según la Ley 26.529, “El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.” Respetando su intimidad y la confidencialidad de sus datos sanitarios y sensibles. “Entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.” (Congreso de la Nación Argentina, 2009). Los datos obtenidos serán analizados a fin de identificar patrones significativos que reflejen barreras estructurales y subjetivas en el acceso a los recursos del sistema público de salud. Estos datos serán procesados, almacenados y protegidos debidamente, como indica la Ley 25.326 (Congreso de la Nación Argentina, 2000).

## 7- Conclusión y justificación de relevancia profesional en enfermería

La Enfermería, particularmente desde el primer nivel de atención, cumple un rol clave en la prevención de complicaciones crónicas y la educación sanitaria. “Las enfermeras y enfermeros sostienen el principio de que toda persona tiene derecho a recibir atención, incluyendo el acceso a servicios y tecnología

sanitaria apropiados y culturalmente aceptables, y a no ser discriminada.” (Consejo Internacional de Enfermeras [CIE], 2021). Entender las barreras reales que enfrentan los pacientes, no solo si tienen o no acceso a su tratamiento, sino si lo comprenden, si cuentan con red de apoyo y si pueden sostener los hábitos recomendados, es parte de un abordaje integral centrado en la persona y su contexto.

La implementación de un sistema de seguimiento periódico, aunque no presencial, permitiría tanto acompañar como recoger información concreta sobre las dificultades que atraviesan los usuarios del sistema público. Esta estrategia se alinea con enfoques actuales de cuidado continuo, y con políticas sanitarias que promueven el uso racional de los recursos mediante estrategias de prevención y vigilancia comunitaria (PAHO/OPS, 2014; Ministerio de Salud, 2021). “La atención primaria de salud como base para responder a las necesidades de la población y fortalecer el primer nivel de atención.” (PAHO/OPS, 2014).

Incorporar herramientas de teleseguimiento adaptadas a la realidad de los pacientes también responde a una necesidad detectada durante la pandemia: la de ampliar y sostener el contacto entre equipos de salud y comunidad, incluso fuera del espacio físico del consultorio (Ruiz-Romero et al., 2021). “El seguimiento remoto

de pacientes con enfermedades crónicas se consolidó durante la pandemia, permitiendo la continuidad del tratamiento, aunque todavía se requiere evidencia más sólida sobre su impacto a largo plazo en otras enfermedades.” (Saigí-Rubió, F., et al., 2021)

“Los principios rectores de la Red Federal de Telesalud incluyen: acceso, equidad, calidad y continuidad de la atención.” (Plan Nacional de Telesalud). Este proyecto representa una oportunidad estratégica para la Enfermería en salud comunitaria, ya que facilita la obtención de información contextualizada sobre el entorno local, fortaleciendo la planificación de cuidados desde una mirada territorial. La incorporación del teleseguimiento permite ampliar las historias clínicas de pacientes crónicos con datos actualizados y periódicos, mejorando la continuidad del cuidado y promoviendo una atención más precisa y adaptada a las necesidades reales. Además, contribuye a optimizar la accesibilidad del sistema sanitario, al reducir barreras físicas y económicas para el usuario, y disminuir la demanda de atención presencial innecesaria, reservando los recursos disponibles para situaciones que lo ameriten. Estas acciones se alinean con una práctica enfermera basada en la equidad, la eficiencia y el compromiso con el derecho a la salud.

## 8- Referencias bibliográficas

- Breilh, J. (2007). *Epidemiología crítica: Ciencia emancipadora e interculturalidad*. Buenos Aires.
- Buffone, A., Dopazo, I., Camarero, M., & Paolucci, R. (2021). *Evaluación de la calidad de atención y satisfacción de los usuarios asistidos desde el Centro de Telemedicina COVID-19 de la ciudad de Bahía Blanca*. *Revista e- Hospital*, Volumen 3, 15-23.
- Congreso de la Nación Argentina. (2000). *Ley 25.326: Protección de los Datos Personales*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Congreso de la Nación Argentina. (2009). *Ley 26.529: Derechos del paciente en su relación con los profesionales e instituciones de la salud*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2021). *Código de ética para las enfermeras y enfermeros*. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) & Secretaría de Gobierno de Salud de la Nación Argentina.
- (2019). *4ª Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*. Buenos Aires: INDEC.
- López, A., Escobar, M. F., Urbano, A., Alarcón, J., Libreros-Peña, L., Martínez-Ruiz, D. M., & Casas, L. Á. (2022). *Experience with Obese Patients Followed via Telemedicine in a Latin American Tertiary Care Medical Center*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19).
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2011). *Resolución 1480/2011. Guía para investigaciones con seres humanos*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (Última actualización 2021). *Plan Nacional de Prevención y Control de las Enfermedades No Transmisibles*.
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2018). *Plan Nacional de Telesalud 2018–2024*. Dirección Nacional de Sistemas de Información en Salud.



- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. (2022). *Resolución 581/2022: Documento de Buenas Prácticas para la Teleconsulta – Teleconsulta con el/la paciente (TCP)*. Boletín Oficial de la República Argentina.
- Nievas, C. M., Moyano, D. L., & Gandini, J. B. (2021). *Determinantes sociales y de género relacionados a las inequidades de salud en una comunidad de Argentina*. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(2), 103–109.
- Pan American Health Organization. (2014). *Strategy for Universal Access to Health and Universal Health Coverage (CD53/5, Rev.2)*. PAHO.
- Ruiz-Romero, V., Martínez-Pillado, M., Torres-Dominguez, Y., Acón-Royo, D., De Toro-Salas, A., Cuz-Villalón, F., & Rivera-Sequeiros, A. (2021). *Evaluación de la satisfacción del paciente en la teleconsulta durante la pandemia por COVID-19*. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 95.
- Saigí-Rubió, F., Torrent-Sellens, J., Robles, N., Pérez Palaci, J. E., & Isabel Baena, M. (2021). *Estudio sobre telemedicina internacional en América Latina: Motivaciones, usos, resultados, estrategias y políticas*. Banco Interamericano de Desarrollo (BID).
- Zugasti Murillo, A., & Gorgojo Martínez, J. J. (2021). *Uso de la telemedicina para valoración y tratamiento de pacientes con desnutrición u obesidad [Revisión]*. *Revista Nutrición Clínica Médica*, XV(3), 153-169.

# **BIOPODER, DETERMINACIÓN SOCIAL Y EQUIDAD : UNA MIRADA LATINOAMERICANA DESDE LA SALUD Y LA EDUCACIÓN**

## **BIOPOWER, SOCIAL DETERMINATION AND EQUITY : A LATIN AMERICAN PERSPECTIVE FROM HEALTH AND EDUCATION**

**Est. Adriana Beatriz Lanci**

adrianalanci67@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0005-0756-687X>

**Est. Susana Beatriz Garcia**

susanabeatrizgarcia54@gmail.com // <https://orcid.org/0009-0009-5429-9195>

**Est. Rocio Soledad Decima**

<https://orcid.org/0009-0002-1081-2777>

### **Filiación Institucional:**

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

Fecha de presentación: 30/10/2025

Fecha de aceptación: 16/12/2025

### **Resumen**

El presente trabajo desarrolla una revisión narrativa crítica que articula los conceptos de biopoder, determinación social de la salud, educación y bioética en el contexto de la enfermería latinoamericana. A partir del diálogo entre Foucault, Rose, Bianchi, Breilh y Spinelli, se examina cómo las tecnologías biomédicas, las políticas educativas, sanitarias y los marcos éticos configuran modos de vida, cuidado y control sobre los cuerpos. Se incorporan perspectivas feministas y latinoamericanas (Tajer, Felitti, Cepeda, Rustoyburu, Ballesteros) que evidencian la persistencia de desigualdades de género y territoriales en el acceso a la salud. El artículo propone superar la mirada de los “determinantes sociales” como factores aislados y avanzar hacia la comprensión de los procesos estructurales que determinan las inequidades. Desde la bioética, la educación y la práctica enfermera, se plantea la necesidad de una formación universitaria que integre saberes críticos, éticos y comunitarios, capaz de promover justicia sanitaria y derechos colectivos.

**Palabras clave:** Biopoder, Determinación social de la salud, Bioética, Enfermería, Salud colectiva, América Latina, Educación.

## Abstract

This paper presents a critical narrative review that articulates the concepts of biopower, social determination of health, education, and bioethics within the context of Latin American nursing. Drawing on dialogue among Foucault, Rose, Bianchi, Breilh, and Spinelli, it examines how biomedical technologies, health and educational policies, and ethical frameworks shape ways of living, caring, and exercising control over bodies. Feminist and Latin American perspectives (Tajer, Felitti, Cepeda, Rustoyburu, Ballesteros) are incorporated to reveal the persistence of gendered and territorial inequalities in access to health. The article proposes moving beyond the notion of “social determinants” as isolated factors and toward an understanding of the structural processes that produce inequity. From bioethics, education, and nursing practice, it argues for the need of a university formation that integrates critical, ethical, and community-based knowledge capable of promoting health justice and collective rights.

**Keywords:** Biopower, Social determination of health, Bioethics, Nursing, Collective health, Latin America, Education.

## 1- Introducción

El presente trabajo propone analizar las tecnologías biomédicas y su vínculo con el biopoder desde el enfoque de la determinación social de la salud, superando la perspectiva tradicional de los determinantes sociales, que muchas veces funciona como una fotografía estática. En cambio, la determinación permite comprender la película completa, los procesos históricos, políticos y económicos que anteceden y configuran las desigualdades actuales.

En este sentido la biopolítica, como plantea Michel Foucault (2007), articula el poder sobre la vida, gestionando cuerpos y poblaciones. En América Latina esta noción adquiere matices particulares al entrelazarse con desigualdades históricas de la colonialidad y tecnologías que no solo curan, sino que ordenan, clasifican y producen subjetividades.

Por ello es que la enfermería, en tanto disciplina situada en el campo del cuidado, ocupa un lugar clave en este entramado. Comprender la relación entre biopoder, determinación social y bioética implica reconocer que las prácticas de salud no son neutras, sino que expresan tensiones entre políticas, cuerpos y saberes. Este trabajo busca, desde una mirada crítica y propositiva, aportar a la reflexión sobre la formación en enfermería y su papel en la construcción de una salud colectiva más justa.

En este escenario, la educación emerge como un punto clave, puesto que no solo incide en la salud a través del conocimiento y la prevención, sino que también moldea las

subjetividades, las relaciones sociales, la conciencia de derechos, desarrollando capacidades críticas que influyen en las formas de comprender y en una participación más activa en las decisiones sanitarias desnaturalizando el histórico círculo de exclusión perpetuado por las relaciones de poder en la producción de saberes y, la gestión de la vida, reforzando la subordinación de las poblaciones como espacios de resistencia. En educación. Freire, P (1970), Bordieu y Passeron (1970) son pilares para representar la educación como práctica emancipadora; en esta misma línea crítica, Althusser (1971) analizó a la escuela como un aparato ideológico de Estado, encargada de transmitir los valores y normas de las clases dominantes, para mantener la reproducción social.

## 2- Metodología

Este trabajo corresponde a una revisión narrativa crítica, orientada a articular marcos teóricos heterogéneos sobre biopoder, determinación social y bioética en salud colectiva latinoamericana. Se combinaron autores clásicos (Foucault, Rose, Haraway) con referentes regionales (Breilh, Spinelli, Morales-Borrero, Tajer, Bianchi, Rustoyburu, Felitti) y documentos normativos (UNESCO, Tealdi, Sánchez Aragón). La búsqueda bibliográfica se realizó en bases académicas como SciELO, Redalyc y LILACS, priorizando fuentes en español y portugués publicadas entre 2000 y 2005. La síntesis se construyó a partir de lectura reflexiva y triangulación conceptual, que integra

tres dimensiones complementarias, la teórica, centrada en el análisis de los marcos críticos sobre biopoder y determinación social; la ética, orientada a los valores de justicia sanitaria, dignidad y derechos humanos; y la situada o práctica, que reconoce el lugar de las autoras como estudiantes e investigadoras en formación, insertas en contextos socioeducativos y sanitarios latinoamericano, privilegiando la coherencia teórico-ética sobre la exhaustividad cuantitativa.

### **3- Marco Teórico: diálogo entre biopoder, determinación social, educación y ética del cuidado**

#### **Foucault: la vida como objeto del poder**

¿Somos realmente dueños de nuestras decisiones o, sin advertirlo, nuestras vidas están siendo guiadas por fuerzas invisibles que determinan cómo debemos vivir, cuidar y hasta enfermar? Esta pregunta atraviesa el pensamiento de Michel Foucault y constituye el punto de partida para comprender cómo el biopoder organiza la existencia contemporánea y se infiltra en los sistemas de salud, en la educación y en la vida cotidiana.

Michel Foucault (2007) describe cómo, a partir del siglo XVIII, el poder deja de centrarse en la muerte y pasa a gobernar la vida. Este giro biopolítico implica administrar los cuerpos y regular las poblaciones a través de instituciones como la medicina, la escuela y la familia. El biopoder, entonces, se convierte en una tecnología que no solo vigila, sino que produce sujetos obedientes y útiles al orden social. En este marco, el cuerpo enfermo, el cuerpo femenino o el cuerpo envejecido se transforman en objetos de intervención y regulación.

Para Foucault, la medicina moderna representa una de las formas más acabadas de este poder, clasifica, normaliza y define qué vidas merecen ser salvadas. La clínica no solo diagnostica enfermedades, sino que construye categorías sociales y morales sobre la salud; comprender este proceso resulta esencial para la enfermería, que trabaja en la frontera entre el mandato técnico y la experiencia humana del cuidado.

Este planteo permite comprender que el biopoder no se limita a un control disciplinario de los cuerpos, sino que se extiende hacia una

gestión de la existencia, la salud se transforma en un campo político donde se decide quién tiene acceso a la vida y bajo qué condiciones. En palabras de Mbembe (2011), esta racionalidad biopolítica se complementa con la necropolítica, que muestra cómo los Estados contemporáneos administran la muerte de ciertos grupos poblacionales. Así, la vida y la muerte se vuelven instrumentos de gobierno. En América Latina, esta lógica se observa en la distribución desigual de los recursos sanitarios, en las muertes evitables por causas sociales y en las prácticas que naturalizan la exclusión de determinados cuerpos.

Por lo tanto, el análisis foucaultiano permite reconocer que el cuidado no puede pensarse como un acto neutral, sino como una práctica atravesada por estructuras de poder que determinan qué vidas son atendidas y cuáles permanecen invisibles. En consecuencia, la enfermería se posiciona en un lugar estratégico, puede reproducir los mandatos de normalización o transformarse en un espacio de resistencia frente a las políticas que gestionan la vida. En este sentido, comprender el biopoder implica también reconocer el potencial emancipador del cuidado cuando se asume desde la crítica y la justicia sanitaria.

#### **Rose y la biomedicina contemporánea**

Nikolas Rose (2007) amplía la noción foucaultiana de biopoder al analizar las formas actuales de “biopolítica molecular”. Según el autor, el poder ya no actúa solo sobre las poblaciones, sino sobre la vida misma a nivel genético y neuronal. Las biotecnologías y la medicina personalizada crean nuevos modos de gobierno de los cuerpos, donde la autonomía se redefine como “autocuidado” y la libertad se traduce en “responsabilidad individual por la salud”.

Este desplazamiento produce una paradoja, cuanto más libres creemos ser, más interiorizamos los discursos biomédicos que nos dicen cómo vivir, comer, sentir y morir. En este contexto, la biomedicina se convierte en un dispositivo moral que impone ideales de rendimiento y longevidad. Para la enfermería, comprender estos procesos es clave, porque su práctica cotidiana se desarrolla dentro de este entramado de control y subjetivación.

De hecho, Rose señala que la biopolítica

contemporánea ya no se ejerce principalmente mediante la prohibición o la coerción, sino a través de la autogestión de la salud. El sujeto moderno se convierte en su propio vigilante, administra su dieta, controla su peso, mide sus pasos y monitorea sus emociones con la promesa de una vida “saludable”. Sin embargo, detrás de esta aparente autonomía, se oculta una moral neoliberal que traslada al individuo la responsabilidad de su bienestar, invisibilizando las causas estructurales de la enfermedad. En consecuencia, los fracasos de salud se interpretan como fallas personales, y no como expresiones de desigualdad social.

Por otra parte, este tipo de biopolítica molecular reconfigura el rol de los profesionales de la salud. La enfermería se ve interpelada por discursos de eficiencia, productividad y tecnificación que, si no son analizados críticamente, pueden diluir el sentido ético del cuidado. En consideración de esto, la lectura de Rose permite problematizar cómo las políticas sanitarias globales tienden a priorizar la gestión del riesgo por encima del acompañamiento humano. Por lo tanto, el desafío consiste en construir prácticas que integren la ciencia y la tecnología sin perder de vista la dimensión política y moral de la vida.

### **Bianchi, Breilh, Spinelli: de los determinantes a la determinación social**

El concepto de determinación social de la salud, desarrollado por autores como Jaime Breilh (2013) y Hugo Spinelli (2005), propone superar la visión fragmentaria de los “determinantes sociales”. Mientras la noción de determinantes se centra en factores aislados (ingresos, vivienda, educación), la determinación analiza los procesos históricos y estructurales que los producen.

Es importante destacar que Breilh plantea que la salud no puede entenderse sin considerar las relaciones de poder que organizan la vida social: el capitalismo, el patriarcado, el racismo y la colonialidad configuran modos desiguales de vivir, enfermar y morir. Spinelli complementa esta perspectiva al sostener que la salud es un proceso social complejo, donde intervienen la política, la economía, la cultura y la subjetividad.

Por su parte, Bianchi (2019) enfatiza la necesidad de traducir estas categorías teóricas en herramientas pedagógicas que formen

profesionales críticos. En ese sentido, la determinación social no es solo una categoría analítica, sino un horizonte ético-político para la práctica en salud. La enfermería, como campo de intervención directa sobre los cuerpos y los vínculos, tiene un papel clave en esta transformación.

Según esta visión las instituciones formativas, también operan como dispositivos biopolíticos, a través de las currículas, las normas y los discursos pedagógicos, la educación reproduce estructuras de poder que jerarquizan saberes, cuerpos y culturas.

En América Latina, estas dinámicas se entrelazan con la historia colonial, el racismo estructural y la desigualdad económica, dando lugar a un proceso que Freire (1970) definió como “educación bancaria”, una transmisión de conocimientos que perpetúan la pasividad y dependencia. Freire plantea también que el concepto del acto de enseñar no es nunca neutro, ya que se orienta a reproducir o a transformar el orden social.

### **Hacia una ética de la vida situada**

La reflexión bioética, en diálogo con la biopolítica y la determinación social, permite problematizar las prácticas de cuidado desde una perspectiva de justicia. Autoras como Donna Haraway (1995) y Karina Felitti (2023) proponen pensar la ciencia y la tecnología desde “saberes situados”, es decir, desde experiencias concretas, parciales y corporizadas. Frente a la ilusión de objetividad universal, la ética situada reconoce que todo acto de cuidado ocurre en contextos atravesados por asimetrías sociales.

Esta mirada se vincula con la propuesta de una bioética de la vida concreta (Morales Borrero, 2018), que entiende el cuidado no como un deber abstracto, sino como una práctica política. En la formación en enfermería, integrar la ética desde el inicio significa reconocer la vulnerabilidad como núcleo del cuidado y asumir que cada decisión técnica es, también, una decisión moral.

De este modo, pensar la ética desde la vida situada implica desplazar el centro del análisis, ya no se trata de aplicar principios universales, sino de comprender cómo las decisiones se encarnan en sujetos reales, en territorios concretos, atravesados por condiciones materiales y simbólicas. Así, la bioética se enlaza con la justicia social, al



preguntarse no solo qué es lo correcto, sino también quién puede decidir, quién tiene voz y quién queda excluido de las decisiones que afectan la vida. En consecuencia, la enfermería asume un papel transformador cuando reconoce el valor político del cuidado, promoviendo relaciones más horizontales y solidarias con los sujetos a quienes acompaña.

Por otra parte, la ética de la vida situada dialoga con los aportes de la epistemología del sur (De Sousa Santos, 2010), al reivindicar los saberes populares, las prácticas comunitarias y los conocimientos ancestrales como fuentes legítimas de reflexión moral. En consideración de esto, la formación en enfermería debe abrirse a la diversidad epistémica y reconocer que cuidar también es escuchar, interpretar y actuar junto con otros. Por lo tanto construir una bioética situada significa recuperar el sentido colectivo del cuidado, donde el conocimiento técnico se articula con la empatía, la memoria y la justicia.

#### **4- Conclusión**

La lectura integrada de biopoder, determinación social y bioética permite comprender que las prácticas sanitarias no son neutras, expresan relaciones históricas de poder que atraviesan los cuerpos, los saberes y las instituciones. La salud se revela como un campo político donde se decide quién accede al bienestar y bajo qué condiciones; las instituciones sanitarias no solo curan, sino que también producen subjetividades, disciplinan conductas y gestionan poblaciones.

La biomedicina contemporánea aparece como una biopolítica molecular que internaliza el control en los sujetos mediante la responsabilidad individual. De hecho, el discurso del autocuidado, cuando se separa de las condiciones sociales de existencia, se transforma en una forma sutil de desigualdad. Por lo tanto, el desafío consiste en resignificar la autonomía como capacidad colectiva y solidaria, y no como una carga moral impuesta al individuo.

En consecuencia, la enfermería, como disciplina y práctica social, ocupa un lugar estratégico para cuestionar estas racionalidades. Su campo de acción, situado entre la técnica y la vida, le permite visibilizar las tensiones entre el mandato biomédico y la experiencia humana del cuidado. Desde este punto de vista, la ética de la vida situada se convierte en una herramienta

fundamental para construir una práctica reflexiva, donde cada intervención sanitaria esté orientada por la justicia, la dignidad y la equidad.

Asimismo, reconocer la colonialidad y los sesgos de género en la producción del conocimiento biomédico exige desarmar jerarquías históricas y abrir el espacio de la salud a la pluralidad de voces. En consideración de esto, la enfermería latinoamericana tiene el deber de articular saberes científicos con saberes populares, reconociendo que el cuidado también se aprende en la comunidad, en la memoria colectiva y en las luchas sociales. Solo así es posible reparar las desigualdades epistémicas que sostienen la exclusión.

Finalmente, una formación universitaria comprometida con la determinación social, el biopoder y la bioética debe formar profesionales críticos, capaces de unir razón y sensibilidad, ciencia y ética, técnica y justicia. El horizonte no es solo enseñar a cuidar, sino aprender a transformar: comprender que cada acto de cuidado es un acto político que puede reproducir la desigualdad o generar emancipación. La enfermería, al situarse del lado de la vida, se convierte entonces en una práctica de resistencia y esperanza.

En síntesis, los procesos analizados muestran como desigualdades de género también atraviesan de manera profunda el campo de la salud y de la formación profesional. Por lo tanto, la universidad pública tiene la responsabilidad de preparar enfermeros y enfermeras de pregrado que incorporen una formación crítica en bioética, capaz de cuestionar las epistemologías dominantes y de reconocer la emergencia de un nuevo paradigma latinoamericano: el de la determinación social de la salud. Solo una educación superior comprometida con esta perspectiva podrá formar profesionales conscientes de su papel político en la defensa de la vida, la equidad y la justicia sanitaria.

#### **5- Discusión**

##### **El biopoder en la salud reproductiva: entre derechos y desigualdades**

Las políticas de salud reproductiva en Argentina muestran cómo el biopoder se ejerce a través de instituciones que regulan los cuerpos y las decisiones de las mujeres. Lejos de garantizar plenamente el acceso, las políticas

suelen reproducir desigualdades simbólicas y territoriales. En los sectores populares, la atención sanitaria está marcada por la desinformación y la infantilización de las usuarias, lo que limita su autonomía. La enfermería, desde su lugar en la práctica cotidiana, puede reconocer estas formas de dominación y acompañar con una mirada crítica que priorice la libertad y la dignidad de las personas (Ballesteros, 2021; Felitti, Cepeda, Mateo & Rustoyburu, 2023).

### **Género y atención médica: la desigualdad que persiste**

Los sesgos de género continúan afectando el diagnóstico y tratamiento de las mujeres, la medicina sigue anclada en un modelo androcéntrico donde los síntomas femeninos son minimizados o reinterpretados según parámetros masculinos. Este fenómeno, que se expresa en lo que denomina “síndrome de Yentl”, evidencia que la ciencia médica no es neutra. En la práctica enfermera, reconocer estos sesgos y promover una atención empática y equitativa se convierte en una forma concreta de resistencia frente a la desigualdad estructural (Tajer, 2009; Rustoyburu, 2021).

### **Colonialidad y necropolítica: las vidas que el sistema descarta**

En América Latina, la desigualdad se expresa no solo en la vida, sino también en la muerte. La noción de necropolítica nos ayuda a comprender cómo ciertos grupos sociales son despojados del derecho a vivir con dignidad. Las muertes evitables (por hambre, violencia o falta de acceso sanitario) son el resultado de estructuras coloniales que persisten en las políticas contemporáneas. En este contexto, la enfermería asume un papel ético fundamental: cuidar implica también denunciar y resistir las formas institucionalizadas de abandono (Mbembe, 2011; Quijano, 2000).

### **Saberes comunitarios: otras formas de cuidar y resistir**

Los saberes populares, construidos en la experiencia cotidiana de los barrios y comunidades, se erigen como alternativas de cuidado frente al modelo biomédico hegemónico. Estas prácticas colectivas, sostenidas por redes vecinales y movimientos sociales, amplían la noción de salud al incluir dimensiones culturales y afectivas. Incorporar estos saberes a la formación universitaria en enfermería significa reconocer su valor político y epistémico. Como hemos visto anteriormente la educación emancipadora y el conocimiento situado son caminos para construir una salud verdaderamente inclusiva (Ballesteros, 2021; Freire, 1970; De Sousa Santos, 2010).

## **6- Referencias bibliográficas**

- Althusser, L (1971) *Ideología y aparatos ideológicos del Estado*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Assusa, G., & Kessler, G. (2021). ¿Percibimos la desigualdad “realmente existente” en América Latina? *Nueva Sociedad*, (293), 26–38.
- Ballesteros, M. S. (2021). *Barreras en el sistema sanitario y recursos de mujeres de sectores populares*. Teseopress.
- Bianchi, E. (2019). Formación crítica en salud y determinación social. *Salud Colectiva*, 15(2), 111–123.
- Breilh, J. (2013). *Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad*. Lugar Editorial.
- Bourdieu, P & Passeron, J.C (1970) *La reproducción*. Barcelona LAIA.
- De Sousa Santos, B (2010) *Refundación del Estado en América Latina: perspectivas desde una epistemología del Sur*. Buenos Aires: CLACSO.
- Felitti, K., Cepeda, A., Mateo, N., & Rustoyburu, C. (2023). *Tecnologías biomédicas y feminismos: historias del dispositivo, políticas y agenciamientos*. CLN LG – Colección Puntos de Fuga.
- Foucault, M. (2007). *Historia de la sexualidad I: La voluntad de saber*. Siglo XXI Editores
- Freire, P (1970). *Pedagogía del oprimido*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.
- Haraway, D. (1995). Conocimientos situados: La cuestión científica en el feminismo y el privilegio de la perspectiva parcial. *Debate Feminista*, 13(1), 125–148.
- Mbembe, A. (2011). *Necropolítica*. Melusina.
- Morales-Borrero, C. M. (2018). *Bioética de la vida concreta*. Pontificia Universidad Javeriana.

- Rose, N. (2007). La política de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI. Paidós.
- Rustoyburu, C. (2021). Cuerpos, género y tecnologías de la salud en Argentina: historias y experiencias de mujeres usuarias de implantes subdérmicos. *Revista Interdisciplinaria de Estudios de Género*, 7(1), 1–22.
- Spinelli, H. (2005). Determinación social y procesos de salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Tajer, D. (2009). Heridos corazones: La salud y la enfermedad de las mujeres. Eudeba.
- Tealdi, J. C. (2014). Diccionario latinoamericano de bioética. UNESCO – Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética.
- UNESCO. (2005). Declaración universal sobre bioética y derechos humanos. UNESCO.



# Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

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.

“Voces que incomodan: escritura, cuerpo y subjetividad en la producción del saber”

Link al sitio de la revista:

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



UNIVERSIDAD NACIONAL  
de MAR DEL PLATA



Facultad de  
Ciencias de la Salud  
y Trabajo Social