

ISSN 3072-7847



Debates Críticos

Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

Vol. 2
Nº 1
2026

**"Salud, territorio y comunidad: experiencias,
formación y desafíos contemporáneos"**



UNIVERSIDAD NACIONAL
de MAR DEL PLATA



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

CATEDRA LIBRE Y FEDERAL DE DSW

NORITA CORTÍNAS

FACULTAD DE CS. DE LA SALUD Y TRABAJO SOCIAL

SUR - ISEPCI

AUTORIDADES Y STAFF EDITORIAL

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

Decana: Lic. Gabriela Elizabet Guerra

Vicedecano: Dr. Manuel Waldemar Mallardi

Secretaría de Consejo Académico: Mg. Marcela Moleda

Secretaría Académica: Esp. Gabriela Martí Velazquez

Subsecretaria de Gestión Académica: Esp. Claudia Máspero

Subsecretaria de Innovación Pedagógica y Curricular: Lic. Yanina Véspero

Secretaria de Investigación y Estudios Avanzados: A/C Dr. Manuel Waldemar Mallardi

Subsecretaria de Investigación: Lic. Luciana Parsons Nuñez

Subsecretaria de Posgrado: Esp. Luisa San Martín

Secretario de Extensión: Lic. Ivan Bassi Bengochea

Subsecretaria de Extensión Territorial: Lic. Ramona Cavalet

Secretaria de Coordinación: Lic. Ana Tiribelli

Subsecretaria de Coordinación Operativa: Lic. María del Carmen Del Biaggio

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

Subsecretaria de Articulación Institucional: Lic. Yanina Cobos

Subsecretaria de Políticas de Género: Lic. Belén Bravo

Coordinadora de la Unidad de Vinculación Internacional: Lic. Denise Castello

Unidad de Comunicación Institucional: Programa de Comunicación Institucional

Directora del Departamento Pedagógico de Enfermería: Esp. Laura Oroasco

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

Directora del Departamento Pedagógico de Trabajo Social: Esp. Jimena Verón

Dirección:

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

Funes 3350 - 7600 - Mar del Plata - Argentina

Mail: rev_debatescriticos@mdp.edu.ar

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

ISSN 3072-7847

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Universidad Nacional de Mar del Plata

Revista Debates Críticos

Vol. 2 Núm. 1

2026

La *Revista Debates Críticos* es una publicación semestral, dirigida a docentes, investigadores/as, estudiantes, profesionales, equipos de salud, organizaciones sociales 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/>

STAFF EDITORIAL

Directora

Mg. Laura Paola Sánchez. Lic. en Enfermería (UNMDP). Diplomada en Administración Pública por la Escuela de Gobierno de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Especialista en Docencia Universitaria (UNMDP). Magíster en Práctica Docente (UNR). Doctoranda en Salud Pública – FIOCRUZ. Pernambuco, Brasil. Doctorando en Educación (UNR). Docente de grado y posgrado. Profesora Adjunta de la asignatura Biología Humana y Salud y Jefa de Trabajos Prácticos de la asignatura Investigación en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. Investigadora en salud pública. Interventora del Servicio de Enfermería del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”. Integrante de la Asociación Civil Argentina de Enfermería en Atención Primaria de la Salud.

Secretaría Técnica

Lic. Jimena Verón. Licenciada en Servicio Social. Especialista en Desarrollo Agroecológico Urbano y Rural (UNSAM). Maestranda en Estudios Sociales Agrarios (FLACSO). Docente de grado y posgrado. Profesora Adjunta en la asignatura Sociología Urbana y Rural de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata y Jefa de Trabajos Prácticos en la asignatura Extensión Rural

ISSN 3072-7847

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Universidad Nacional de Mar del Plata

Revista Debates Críticos

Vol. 2 Núm. 1

2026

de la Facultad de Ciencias Agrarias de la Universidad Nacional de Mar del Plata. 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 Nacional de Mar del Plata. Se desempeña como docente investigadora en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Sus temas de investigación se vinculan con el campo de la salud mental desde las ciencias sociales.

Esp. María Alejandra Campisi. Licenciada en Terapia Ocupacional, Especialista en Bioética y Especialista en Docencia Universitaria (UNMDP). Profesora Adjunta en el área de investigación de la carrera Licenciatura 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 la 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 Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata. Directora del Grupo de Extensión Crítica Feminista de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, UNMDP. Consejera Departamental y Académica en la FCSyTS, UNMDP.

Esp. Claudia Ana Máspero. Licenciada en Enfermería (UNMDP). Posgrado en Salud Social y Comunitaria (UBA). Especialista en Docencia Universitaria (UNMDP). Especialista en Control de Infecciones y Epidemiología. Diplomada en Seguridad del Paciente y Atención Centrada en la Persona. Profesora Titular Regular de la asignatura

Prevención de Infecciones Asociadas a los Cuidados de la Salud (UNMDP). Profesora Titular Regular de la asignatura Epidemiología Social y Comunitaria (UNMDP).

Esp. Yanina Roldán. 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 Licenciatura en Trabajo Social de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, 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. Licenciada en Terapia Ocupacional. Magíster en Psicogerontología y Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Titular de la asignatura Metodología de la Investigación I de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, UNMDP. Docente de grado y posgrado. Directora del Proyecto de Investigación Vejece, feminismos y territorios. Grupo de Estudio de las Vejece: Gerontología Crítica y Feminista.

Colaborador editorial:

Dr. Bernardo Daniel Taverna. Licenciado en Ciencias Biológicas. Doctor en Ciencias. Docente en UNMDP-FCSyTS en la Lic. en enfermería en las asignaturas Espacio de Integración de Áreas 3 y Estadística Aplicada a la Salud. Integrante del Departamento de Vigilancia y Clínica Epidemiológica del Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”, Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud. Docente e investigador.

Comité Asesor

Dra. Valeria Alonso

Dra. Edecia Muriel Ojeda Barrientos

ISSN 3072-7847

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

Universidad Nacional de Mar del Plata

Revista Debates Críticos

Vol. 2 Núm. 1

2026

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 Damián Emiliano. Encargado de la instalación y mantenimiento del sistema OJS.

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

Diseño y maquetación

Dg. Leonardo Agustín Peluffo. Programa de Comunicación Institucional.

Florencia Layús. Diseño y maquetación.

CARTA EDITORIAL

Con enorme alegría compartimos el Volumen 2, Número 1 de *Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, una edición que reafirma el sentido político, académico y colectivo de este proyecto editorial nacido en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

Este nuevo número se organiza bajo el título “*Salud, territorio y comunidad: experiencias, formación y desafíos contemporáneos*”. La elección de este eje expresa una preocupación que atraviesa a nuestra revista desde su origen: pensar la salud más allá de los límites estrictamente asistenciales, reconociendo que los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado se construyen en territorios concretos, en instituciones, en trayectorias formativas, en vínculos comunitarios y en condiciones sociales históricamente determinadas.

Esta edición recupera, además, parte de las producciones presentadas en el *III Congreso Nacional e Internacional de Enfermería Familiar y Salud Social*, realizado los días 3 y 4 de noviembre de 2025 en la Universidad Nacional de Hurlingham, en Villa Tesei, Hurlingham. Este encuentro, organizado por la Asociación Civil Argentina de Enfermería en Atención Primaria de la Salud, la Universidad Nacional de Hurlingham y la Red Argentina de Enfermería Familiar y Comunitaria, constituyó un espacio federal de intercambio entre profesionales, docentes, estudiantes, investigadores, equipos de salud y organizaciones sociales.

La convocatoria al Congreso contó con un *Comité Científico* integrado por referentes de distintas universidades, instituciones y redes del campo de la enfermería familiar, comunitaria y la salud social. Dicho comité realizó la revisión académica de los trabajos presentados y formuló recomendaciones de publicación. Posteriormente, aquellas producciones que reunieron criterios de calidad y pertinencia fueron consideradas por el Comité Editorial de *Debates Críticos* para su inclusión en este número. De este modo, la revista da continuidad a un proceso colectivo de producción, evaluación y circulación de conocimiento situado, en diálogo con el lema del Congreso: “*Fortaleciendo redes comunitarias para el cuidado de la salud en un país federal*”.

Las producciones que integran esta edición dialogan con problemas urgentes de nuestro tiempo. La sostenibilidad de las revistas universitarias de acceso abierto, las enfermedades crónicas no transmisibles, las transformaciones hospitalarias durante la pandemia, la evaluación formativa en enfermería, las experiencias territoriales de autocuidado, la interculturalidad, el envejecimiento poblacional, la incorporación de promotores de salud, la reanimación cardiopulmonar en lactantes, la discapacidad, la salud comunitaria y el acceso a la salud de personas con endometriosis constituyen algunas de las líneas que recorren este número.

En conjunto, estos trabajos nos invitan a revisar las formas en que producimos conocimiento, enseñamos, cuidamos, intervenimos y construimos comunidad. También nos recuerdan que la salud no puede comprenderse sin atender a las desigualdades, a los saberes populares, a las prácticas institucionales, a las experiencias profesionales y a las voces que emergen desde los territorios.

Publicar una revista universitaria, crítica e interdisciplinaria implica mucho más que reunir textos. Supone sostener procesos de lectura, evaluación, edición, acompañamiento y cuidado de las producciones. Supone también defender el acceso abierto al conocimiento, especialmente en un contexto donde las revistas emergentes enfrentan el desafío de construir legitimidad, visibilidad y continuidad con recursos muchas veces limitados. En este sentido, cada número publicado es resultado de un trabajo colectivo y de una decisión ética: abrir espacios para que circulen saberes situados, plurales y comprometidos con la transformación social.

Agradezco profundamente a las autoras y los autores que participaron de esta convocatoria y confiaron sus producciones a este proceso de evaluación, revisión y publicación, así como al Comité Científico del Congreso, al Comité Editorial, al Comité Asesor, a la Secretaría de Redacción y Comunicación, al equipo técnico y a quienes acompañan las tareas de diseño, revisión y maquetación. Cada aporte hace posible que esta revista siga creciendo como un espacio de encuentro entre la universidad pública, los equipos de salud, las comunidades y las experiencias territoriales.

Deseamos que este número contribuya a ampliar conversaciones, fortalecer redes y seguir pensando críticamente la salud, el cuidado y la justicia social desde nuestras prácticas concretas.

Mg. Laura Paola Sánchez

Directora

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

CONTENIDO DEL NÚMERO

El Volumen 2, Número 1 de Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud se organiza bajo el título “Salud, territorio y comunidad: experiencias, formación y desafíos contemporáneos”. Este eje permite reunir producciones que comparten una preocupación común: comprender la salud como un proceso social, histórico, territorial, institucional y comunitario, atravesado por desigualdades, prácticas de cuidado, experiencias formativas, saberes profesionales y saberes situados.

Este número recupera también trabajos presentados en el III Congreso Nacional e Internacional de Enfermería Familiar y Salud Social, realizado los días 3 y 4 de noviembre de 2025 en la Universidad Nacional de Hurlingham, organizado por la Asociación Civil Argentina de Enfermería en Atención Primaria de la Salud, la Universidad Nacional de Hurlingham y la Red Argentina de Enfermería Familiar y Comunitaria. El lema del Congreso, “Fortaleciendo redes comunitarias para el cuidado de la salud en un país federal”, dialoga directamente con el espíritu de esta edición, orientada a visibilizar experiencias territoriales, promover el intercambio de saberes y fortalecer la articulación entre universidad, sistema de salud y organizaciones sociales.

La convocatoria al Congreso contó con un Comité Científico integrado por referentes de distintas universidades, instituciones y redes del campo de la enfermería familiar, comunitaria y la salud social. Los trabajos presentados fueron revisados en esa instancia académica y recibieron recomendaciones de publicación. Posteriormente, aquellas producciones que reunieron criterios de calidad y pertinencia fueron consideradas por el Comité Editorial de Debates Críticos para su inclusión en este número. De este modo, la revista da continuidad a un proceso colectivo de producción, evaluación y circulación de conocimiento situado.

La sección Artículos se abre con “Abrir conocimiento con recursos finitos. Ciencia abierta, sostenibilidad editorial e indización en una revista universitaria emergente”, de Laura Paola Sánchez, Andrea Lerman, Norma Peralta, María Julia Xifra y Ana Galvagni. El trabajo propone una reflexión sobre los desafíos de sostener una revista universitaria de acceso abierto, crítica e interdisciplinaria, en un escenario donde la profesionalización editorial, la sostenibilidad y la indización se vuelven dimensiones centrales para la circulación del conocimiento científico.

En segundo lugar, “Necesidades de apoyos a la participación ocupacional. Población con enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina”, de Fabiana Cacciavellani, Mariel Cristina Pelegrini, Rut Cristina Leegestra y Beatriz Alzola, aborda las necesidades de apoyo de personas con enfermedades crónicas no transmisibles. El artículo recupera una perspectiva vinculada con la participación ocupacional, la salud pública y el reconocimiento de condiciones que inciden en la autonomía y la vida cotidiana de las personas.

El artículo “Condiciones y transformaciones edilicias hospitalarias en tiempos de pandemia COVID-19. Desde el sur argentino”, de Mirtha Zuleyka Sánchez, Aldo Enrici y Dora Maglione, sitúa la mirada en las transformaciones hospitalarias producidas durante la pandemia. Desde una experiencia del sur argentino, el trabajo permite pensar cómo las condiciones edilicias, ambientales e institucionales incidieron en los modos de organizar la atención y el trabajo en salud.

En “Evaluación formativa en entornos innovadores de enfermería: cuidando la calidad educativa y el bienestar estudiantil”, Walter Alberto Lara propone una reflexión sobre la evaluación en la formación de enfermería. El artículo desplaza la mirada de la evaluación entendida solo como medición de resultados y la ubica como una práctica pedagógica capaz de cuidar trayectorias, acompañar aprendizajes y fortalecer el bienestar estudiantil.

Cierra esta sección “La residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en el territorio: sistematización de la experiencia de talleres para la construcción colectiva del autocuidado en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes (2021-2024)”, de Neucyene Thumaz Martins, Lourdes Anamelba Gallardo Collazo, Evelyn Gisela Ibarra, Mirta Isabel Segovia y Silvia Grisel Galera. El trabajo sistematiza una experiencia territorial sostenida, centrada en la promoción de la salud, la construcción colectiva del autocuidado y el fortalecimiento de prácticas comunitarias en contextos de vulnerabilidad.

La sección Ensayos reúne aportes que amplían los marcos de comprensión del cuidado, las instituciones y la salud comunitaria. En “El cuidado cultural de la salud en clave institucional”, Yago Hernán Bolzan analiza las prácticas de cuidado en el Barrio Mugica, problematizando la relación entre migración, instituciones sanitarias, cuidados profesionales, saberes tradicionales y prácticas populares. El ensayo invita a reconocer que la medicina científica convive con otras formas de cuidado que también organizan la experiencia de salud de las comunidades.

Por su parte, “Envejecimiento poblacional: desafíos de la enfermería comunitaria”, de Patricia García, reflexiona sobre el papel de la enfermería comunitaria en la promoción de la salud de las personas mayores. El texto articula determinantes sociales de la salud, atención centrada en la persona, autonomía, bienestar emocional y envejecimiento activo, destacando la necesidad de abordajes integrales e intersectoriales.

El ensayo “La incorporación de promotores de salud en los equipos de los centros de salud de CABA: una reflexión teórica desde diversos modelos sanitarios”, de Walter Cuevas, Florencia Quiroga, Natalia Pereiro y Gabriela Wagner, analiza el lugar de las y los promotores de salud en el primer nivel de atención. El texto tensiona el modelo biomédico tradicional y recupera la importancia de la salud colectiva, la participación comunitaria, la interdisciplina y el reconocimiento de los saberes populares en los equipos de salud.

La sección Relatos de experiencia pone en valor prácticas concretas desarrolladas en territorios, instituciones y comunidades. En “Empoderamiento parental y comunitario en RCP del

lactante. Capacitación continua en APS (2021-2025)”, Lourdes Anamelba Gallardo Collazo, Neucyene Thumaz Martins, Evelyn Gisela Ibarra, Mirta Isabel Segovia y María Cecilia Ruiz Díaz sistematizan una experiencia de capacitación en reanimación cardiopulmonar del lactante en el primer nivel de atención. La propuesta destaca el rol de la enfermería comunitaria en la prevención, el acompañamiento familiar y el fortalecimiento de capacidades de respuesta ante emergencias.

En “Abordando territorio. Estrategias de acercamiento comunitario”, Vanina Sánchez Arteaga, Nara Leiva, Mónica González, Carolina Lutzky Marshall, Claudia Noelia Padilla Zeballos y Mariángeles Santillán reflexionan sobre el trabajo territorial como una práctica basada en la escucha, la presencia, la confianza y la participación. El relato recupera estrategias de acercamiento comunitario orientadas a fortalecer el vínculo entre los equipos de salud y las familias del territorio.

El relato “Del territorio a la teoría: interdisciplinariedad e intersectorialidad en la salud comunitaria a través del Programa EduSalud de Misión Rescate ONG”, de Katia Souza Dos Santos y María de los Ángeles Viera, con coordinación de Carlos Corso, presenta una experiencia que articula promoción de la salud, educación, prevención e intervención sobre determinantes sociales. El trabajo destaca la importancia de la colaboración interinstitucional, la presencia comunitaria, la participación estudiantil, la sensibilidad cultural y la continuidad de las acciones territoriales.

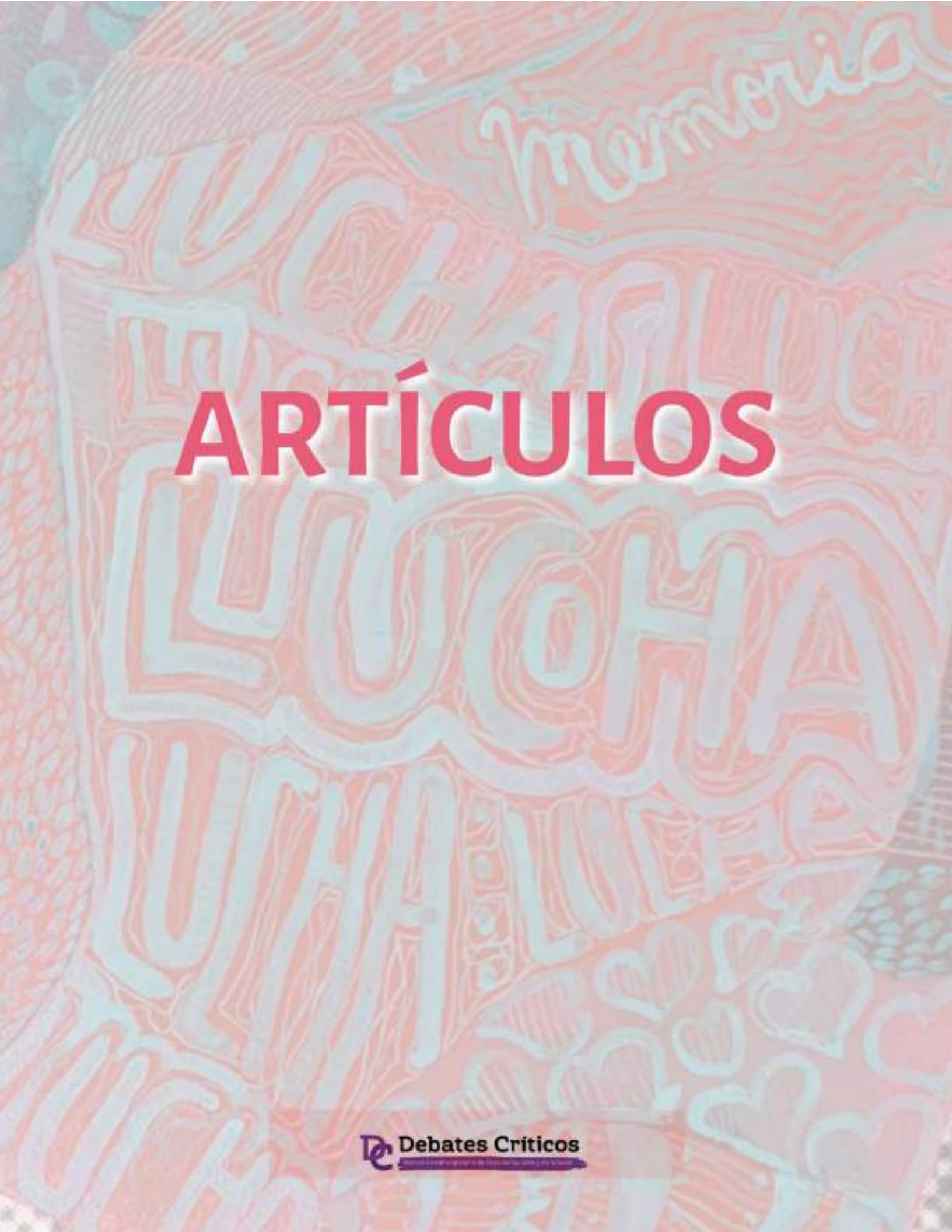
La sección incluye además “Cuidado en la discapacidad: experiencias en un centro educativo terapéutico”, de María Elisabet Bersano, quien comparte una experiencia de cuidado con personas con discapacidad en un centro educativo terapéutico. El trabajo aporta una mirada situada sobre el cuidado, los vínculos, los derechos y las prácticas institucionales orientadas al acompañamiento de personas con discapacidad.

Por último, la Sección estudiantil incorpora el trabajo “Análisis de experiencias de acceso a la salud de personas con endometriosis en Argentina desde terapia ocupacional”, de Luisina Pagnanini. Su inclusión reafirma el compromiso de la revista con la formación, la escritura académica temprana y la participación de estudiantes en la producción de conocimiento situado.

Este número propone una lectura amplia de la salud. Los textos no solo describen problemas, sino que recuperan prácticas, experiencias, investigaciones y reflexiones que nacen en el territorio, en las aulas, en los servicios, en las instituciones y en las comunidades. Desde esa diversidad, Debates Críticos continúa apostando a una producción de conocimiento abierta, interdisciplinaria y comprometida con los desafíos contemporáneos del cuidado, la formación, la participación comunitaria y la justicia social.

Dirección y Comité Editorial

DEBATES CRÍTICOS. REVISTA INTERDISCIPLINARIA DE CIENCIAS SOCIALES Y DE LA SALUD



ARTÍCULOS



Debates Críticos

Abrir conocimiento con recursos finitos

Ciencia abierta, sostenibilidad editorial e indización en una revista universitaria emergente

Laura Paola Sánchez

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata; Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud; Doctoranda en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. <https://orcid.org/0000-0003-0498-4855>
email lpasanchez@anlis.gob.ar

Andrea Lerman

Instituto Nacional de Epidemiología "Dr. Juan H. Jara", Administración Nacional de Laboratorios e Institutos de Salud; Doctoranda en Salud Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Norma Peralta

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

María Julia Xifra

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata; Comité editorial de Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud

Ana Galvagni

Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social, Universidad Nacional de Mar del Plata; Comité editorial de Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud. Consejera Académica y Departamental de la FCSyTS, UNMDP.

Tipo de artículo: artículo científico original / estudio de caso cualitativo documental y reflexivo

Resumen

Este artículo analiza la experiencia editorial de Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud como caso de una revista universitaria emergente de acceso abierto, creada en el ámbito de una universidad pública argentina. El trabajo parte de una preocupación concreta, cómo sostener una revista científica reciente, crítica e interdisciplinaria, con aspiraciones de visibilidad e indexación, en un contexto donde los recursos técnicos, institucionales y humanos son limitados, mientras las exigencias de profesionalización editorial son cada vez mayores. Se desarrolló un estudio de caso cualitativo, documental y reflexivo. El corpus se organizó en dos niveles, por un lado, documentos propios de la revista (carta editorial, presentación del primer número, normas para autoras y autores, artículos publicados, documentos de planificación y registros de gestión editorial) y, por otro, veinte fuentes teóricas y normativas sobre ciencia abierta, acceso abierto, edición científica, datos abiertos, revisión por pares, indexación y evaluación de la

investigación. El análisis se estructuró en cinco dimensiones: identidad editorial e inscripción institucional; principios de ciencia abierta; sostenibilidad editorial; visibilidad e indexación; y tensiones entre apertura, reconocimiento académico y recursos disponibles. Los resultados muestran que “Debates Críticos” cuenta con fortalezas relevantes para su consolidación, entre ellas una identidad editorial clara, una inscripción en la universidad pública, una orientación crítica e interdisciplinaria, el compromiso con el acceso abierto y la voluntad de alojar producciones situadas en torno a la salud, el cuidado, las ciencias sociales y la justicia social. Al mismo tiempo, enfrenta desafíos propios de las revistas emergentes: sostener la regularidad, fortalecer la trazabilidad de los procesos editoriales, consolidar políticas explícitas, mejorar metadatos, garantizar preservación digital, ampliar redes de evaluación y construir una estrategia gradual de indexación. Se concluye que la ciencia abierta, en revistas universitarias del sur global, no puede reducirse a la publicación gratuita de textos en línea. Supone construir condiciones materiales, institucionales, éticas y técnicas para que el conocimiento circule, se preserve, sea encontrado, leído, citado, discutido y reutilizado. El aporte original de este artículo radica en analizar la ciencia abierta desde la experiencia concreta de una revista universitaria emergente, situada en una universidad pública del sur global. En lugar de abordar la apertura del conocimiento como un principio abstracto o meramente normativo, el trabajo recupera condiciones cotidianas, institucionales y técnicas que hacen posible sostener una publicación científica crítica, interdisciplinaria y de acceso abierto. El caso de Debates Críticos permite visibilizar una dimensión frecuentemente invisibilizada en un espacio de reflexión colectiva sobre comunicación científica: el trabajo editorial como práctica académica, política y colaborativa.

Palabras clave: ciencia abierta; acceso abierto; revistas científicas; indexación; comunicación científica; universidad pública; salud colectiva.

Introducción

Crear una revista científica parece, en principio, una tarea editorial. Sin embargo, cuando esa revista nace en una universidad pública, con una perspectiva crítica, interdisciplinaria y situada, la tarea se vuelve algo más compleja. No se trata solo de abrir un espacio para publicar artículos. Se trata de construir una plataforma de circulación de saberes, sostener procesos de evaluación, cuidar la calidad de los textos, convocar autoras y autores, organizar equipos, resolver cuestiones técnicas y, al mismo tiempo, disputar un lugar en un campo académico donde la visibilidad, la indexación y las métricas pesan cada vez más.

Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud nace en ese cruce. Surge en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, bajo Ordenanza de Consejo Académico N° 284/2024, como una apuesta por alojar producciones vinculadas con la salud, el cuidado, las ciencias sociales, la educación, los derechos humanos, los territorios y las prácticas

profesionales. Desde sus primeros documentos editoriales, la revista se propone como un espacio de encuentro entre saberes diversos, con una orientación crítica y una clara inscripción en la universidad pública (Sánchez, 2025a, 2025b). Esta apuesta interdisciplinaria dialoga con los aportes del paradigma de la complejidad (Morín, 2004), que cuestiona las lecturas fragmentadas de la realidad y propone comprender los fenómenos sociales y sanitarios como procesos dinámicos, abiertos, interrelacionados y atravesados por múltiples dimensiones. Desde esta perspectiva, los problemas contemporáneos vinculados a la salud, el cuidado o las desigualdades sociales no pueden ser abordados desde miradas disciplinares aisladas, sino que requieren enfoques capaces de reconocer la incertidumbre, las tensiones y las emergencias que configuran los sistemas sociales. En este sentido, la revista se constituye como un espacio orientado a favorecer diálogos, articulaciones y producciones colectivas entre campos de conocimiento diversos, entendiendo que la complejidad de las problemáticas actuales demanda también formas complejas, críticas y situadas de producir conocimiento.

El punto de partida de este artículo no es externo a esa experiencia. Las autoras participan, desde distintos lugares, del proceso que se analiza. Esta cercanía obliga a explicitar la posición desde la cual se escribe, pero también permite recuperar una dimensión que muchas veces queda fuera de los estudios sobre revistas científicas: el trabajo cotidiano que sostiene una publicación emergente. Detrás de cada número publicado hay decisiones editoriales, tiempos institucionales, tareas administrativas, acompañamiento técnico, búsqueda de evaluadores, comunicación con autores, revisión de normas, carga de metadatos, problemas de plataforma, estrategias de difusión y planificación a futuro. Ese trabajo rara vez aparece visible cuando se habla de ciencia abierta, pero es una de sus condiciones materiales.

La preocupación que organiza este estudio surgió en diálogo con el seminario de ciencia abierta del Doctorado en Salud Pública de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Ese recorrido formativo permitió volver sobre la experiencia de la revista con otras preguntas. En un primer momento, la inquietud estaba centrada en cómo hacer que Debates Críticos creciera, fuera más conocida y pudiera iniciar un camino de indexación. Sin embargo, las discusiones sobre ciencia abierta permitieron ampliar el problema. La pregunta dejó de ser solamente cómo indexar una revista reciente y pasó a ser qué condiciones necesita una revista universitaria emergente para sostener una política de acceso abierto, construir legitimidad editorial, ganar visibilidad y preservar su identidad crítica en un ecosistema científico atravesado por desigualdades.

La ciencia abierta ofrece un marco fértil para pensar estas tensiones. La Recomendación de la UNESCO sobre Ciencia Abierta la define como un constructo inclusivo que busca hacer que el conocimiento científico sea abierto, accesible y reutilizable, incrementando la colaboración y abriendo los procesos de creación, evaluación y comunicación del conocimiento a actores de la sociedad más allá de la comunidad científica tradicional (UNESCO, 2021). Esta definición desplaza una idea reducida del acceso abierto como simple gratuidad de lectura. Abrir el conocimiento no significa únicamente publicar en línea sin cobrar a quienes

leen. Implica también sostener infraestructuras, definir licencias, garantizar preservación, cuidar metadatos, promover la reutilización responsable, documentar procesos y construir condiciones para que ese conocimiento efectivamente circule.

Esta discusión adquiere una densidad particular en América Latina. La región cuenta con una tradición importante de acceso abierto no comercial, sostenida en gran medida por universidades públicas, organismos estatales, bibliotecas, redes regionales y plataformas como SciELO, Redalyc, Latindex, CLACSO y La Referencia. A diferencia de otros modelos centrados en cargos por procesamiento de artículos, buena parte del ecosistema latinoamericano se ha construido bajo formas de acceso abierto diamante, en las que no se cobra por leer ni por publicar (Aguado López & Becerril García, 2020; Beigel et al., 2024). Esta tradición constituye una fortaleza, pero también enfrenta desafíos concretos: financiamiento, sostenibilidad técnica, profesionalización editorial, reconocimiento académico y disputa con infraestructuras comerciales de circulación y evaluación científica.

En ese escenario, las revistas emergentes se encuentran ante una paradoja. Por un lado, son necesarias para ampliar la conversación científica, alojar temas situados, fortalecer comunidades académicas y democratizar la producción de conocimiento. Por otro lado, deben responder a criterios crecientes de calidad editorial, indexación, regularidad, trazabilidad, internacionalización y medición de impacto. Esta tensión no es menor. Una revista puede tener una propuesta académica valiosa y, aún así, no lograr visibilidad si no cuenta con políticas editoriales claras, metadatos adecuados, preservación digital, evaluación documentada y redes de circulación.

El presente artículo analiza esa tensión a partir del caso de Debates Críticos. No se propone evaluar la revista desde una lógica externa de auditoría, ni presentar una defensa institucional del proyecto. Su propósito es comprender qué fortalezas, desafíos y aprendizajes se expresan en el proceso de construcción de una revista universitaria emergente de acceso abierto. En ese sentido, el caso permite pensar un problema más amplio: cómo se sostienen, se legitiman y se proyectan las revistas científicas críticas del sur global cuando buscan articular ciencia abierta, calidad editorial, indexación progresiva y compromiso con saberes situados.

El objetivo general del estudio es analizar la experiencia editorial de Debates Críticos como caso de revista universitaria emergente de acceso abierto, identificando fortalezas, tensiones y desafíos en relación con la ciencia abierta, la sostenibilidad editorial, la visibilidad académica y los procesos de indexación.

Marco teórico

La ciencia abierta se ha consolidado en los últimos años como una perspectiva clave para repensar las formas de producción, circulación, evaluación y apropiación social del conocimiento. No se trata de una noción única ni cerrada. Albagli, Clinio y Raychtock (2014) la presentan como un campo plural que reúne distintas corrientes, prácticas e intereses. En la misma línea, el Manual de Capacitación sobre Ciencia Abierta de

FOSTER la entiende como un conjunto de principios y prácticas orientadas a ampliar la transparencia, la reutilización, la participación, la cooperación, la responsabilidad y la reproducibilidad de la investigación (FOSTER, 2019).

Esta amplitud conceptual resulta importante para el análisis de una revista científica. Si la ciencia abierta se redujera al acceso gratuito a los artículos, bastaría con que una revista no cobre por leer. Sin embargo, las fuentes trabajadas en el seminario muestran que la apertura implica mucho más: acceso abierto a publicaciones, datos de investigación abiertos, software y código abierto, cuadernos de investigación, revisión por pares abierta, licencias abiertas, recursos educativos abiertos, ciencia ciudadana y nuevas formas de evaluación científica (FOSTER, 2019; UNESCO, 2021).

La Iniciativa de Budapest para el Acceso Abierto formuló tempranamente una definición fuerte del acceso abierto, al proponer la disponibilidad gratuita de la literatura científica revisada por pares en internet público, permitiendo leer, descargar, copiar, distribuir, imprimir, buscar y utilizar los textos con fines legales, sin barreras financieras, legales o técnicas más allá de las propias del acceso a internet (BOAI, 2002). Dos décadas después, las recomendaciones BOAI20 complejizaron esa mirada al señalar que el acceso abierto no es un fin en sí mismo, sino un medio para alcanzar equidad, calidad, usabilidad y sostenibilidad de la investigación (BOAI20, 2022).

Este desplazamiento es especialmente relevante para Debates Críticos. La cuestión no es únicamente si la revista ofrece sus textos en acceso abierto, sino si puede construir condiciones para que esos textos permanezcan disponibles, sean encontrados, leídos, citados, preservados y reutilizados. En otras palabras, una revista abierta necesita infraestructura, metadatos, políticas editoriales, licencias, preservación digital, circuitos de evaluación, acompañamiento técnico y continuidad institucional.

Las discusiones latinoamericanas aportan una clave adicional. América Latina desarrolló históricamente un ecosistema de acceso abierto no comercial, sostenido por universidades, organismos públicos, bibliotecas y redes regionales. Aguado López y Becerril García (2020) advierten que este modelo, financiado principalmente con fondos públicos y organizado en torno a instituciones académicas, difiere de los esquemas comerciales que trasladan los costos de publicación a autoras y autores mediante cargos por procesamiento de artículos. Beigel, Packer, Gallardo y Salatino (2024), a partir del proyecto OLIVA, muestran que SciELO y Redalyc expresan un modelo regional con fuerte predominio de revistas diamante, instituciones editoras universitarias, diversidad disciplinar, multilingüismo y circulación multiescalar.

Esta tradición regional no elimina las desigualdades. Posada y Chen (2018) muestran que las grandes editoriales no sólo concentran publicaciones, sino que avanzan sobre infraestructuras académicas, datos, servicios de evaluación y métricas. Kowaltowski, Arruda, Nussenzveig y Silber (2023) también advierten que los modelos de acceso abierto basados en pagos por publicación pueden generar nuevas barreras para países de

ingresos medios y bajos. Así, la apertura puede transformarse en un nuevo modo de exclusión si no se cuidan las condiciones de equidad y sostenibilidad.

En el plano de las revistas científicas, la legitimidad sigue siendo un punto sensible. Mueller (2006) plantea que las revistas indexadas y arbitradas ocupan un lugar central en la certificación del conocimiento científico y en la comunicación autorizada de la ciencia. Las revistas electrónicas y de acceso abierto han debido construir reconocimiento frente a prejuicios, intereses editoriales y criterios tradicionales de validación. Para una revista emergente como Debates Críticos, la indexación no es solo un trámite técnico: forma parte de un proceso de legitimación ante comunidades académicas, instituciones, autores y lectores.

Los sistemas de indexación pueden funcionar como presión, pero también como guía de mejora. Latindex ofrece criterios de calidad editorial que orientan la profesionalización de revistas científicas en la región (Latindex, s. f.). DOAJ exige condiciones vinculadas con acceso abierto, transparencia, calidad editorial y trayectoria mínima (Directory of Open Access Journals, 2026). SciELO Argentina, a través de los criterios de CAICYT-CONICET, propone estándares de admisión y permanencia que incluyen regularidad, calidad editorial, visibilidad y sostenibilidad (CAICYT-CONICET, 2023). En conjunto, estos marcos ayudan a ordenar un camino posible, siempre que la indexación no se transforme en un fin desligado del sentido editorial de la revista.

La ciencia abierta también interpela directamente a las políticas editoriales sobre datos de investigación. Shintaku, Sales y Costa (2020) señalan que los editores científicos ocupan un lugar relevante en la adopción de prácticas de datos abiertos, gestión de datos, principios FAIR, repositorios, data papers, derechos autorales y políticas editoriales. En revistas de ciencias sociales y salud, esta dimensión requiere especial cuidado. D'Agostino et al. (2017) advierten que la gobernanza de datos abiertos de salud debe atender calidad, confidencialidad, seguridad y estándares adecuados para sistemas de información. En este punto, la apertura no puede ser ingenua: debe ser tan amplia como sea posible y tan restringida como sea necesario.

Otro debate relevante es el de la revisión por pares abierta. Ross-Hellauer (2017) muestra que se trata de un término paraguas que puede incluir identidades abiertas, informes abiertos y participación abierta en el proceso de revisión. Pedri y Araújo (2021) identifican ventajas asociadas con transparencia, calidad, reconocimiento y ética, aunque también reconocen desventajas y resistencias. Para una revista emergente, esto no implica adoptar de inmediato un modelo abierto de revisión, pero sí conocer el debate y evaluar transiciones posibles, sin perder de vista la protección de autores, revisores y equipos editoriales.

Finalmente, la evaluación de la investigación constituye un eje transversal. Maranhão (2025), a partir del caso de Fiocruz, sostiene que la adopción plena de prácticas de ciencia abierta exige alinear los sistemas de evaluación, reconocimiento y recompensa. Si los sistemas continúan centrados casi exclusivamente en factor de impacto, índice h y productividad cuantitativa, las prácticas abiertas quedan debilitadas. Esta discusión

dialoga directamente con Debates Críticos, porque la revista busca construir visibilidad e indexación, pero sin reducir su valor a métricas tradicionales ni perder su identidad crítica y situada.

La Declaración de San José hacia la Biblioteca Virtual en Salud aporta, además, una memoria regional importante para este trabajo. En el campo de la salud, el acceso a la información ha sido pensado como condición para mejorar el bienestar, fortalecer la cooperación y construir respuestas regionales integradas. Esta tradición permite ubicar a Debates Críticos dentro de una genealogía latinoamericana de información en salud, universidad pública, cooperación y democratización del conocimiento.

Metodología

Se desarrolló un estudio de caso cualitativo, de carácter documental y reflexivo. La elección de este diseño respondió al interés por comprender en profundidad una experiencia editorial situada, antes que establecer generalizaciones estadísticas. El caso seleccionado fue Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud, publicación emergente de la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata.

La selección del caso fue intencional y se fundamentó en cuatro criterios. En primer lugar, se trata de una revista universitaria reciente, lo que permite analizar procesos de creación, organización y consolidación editorial en curso. En segundo lugar, posee una identidad interdisciplinaria y crítica, orientada a problemáticas vinculadas con salud, ciencias sociales, cuidado, territorios, desigualdades, educación, enfermería, terapia ocupacional, trabajo social y justicia social. En tercer lugar, se inscribe en una política de acceso abierto y circulación libre del conocimiento. En cuarto lugar, expresa una tensión relevante para el campo de la comunicación científica: la búsqueda de visibilidad, indexación y reconocimiento académico en un contexto de recursos técnicos, humanos y financieros limitados.

El corpus documental se organizó en dos niveles. El primer nivel estuvo compuesto por veinte fuentes teóricas, normativas y técnicas sobre ciencia abierta, acceso abierto, edición científica, indexación, repositorios, datos abiertos, revisión por pares y evaluación de la investigación. Este conjunto permitió construir el marco conceptual del estudio y delimitar las categorías de análisis. El segundo nivel estuvo conformado por documentos propios de Debates Críticos, entre ellos la carta editorial, la presentación del primer número, las normas para autoras y autores, las secciones de la revista, artículos publicados en sus primeros números, documentos de planificación editorial y registros internos vinculados con la gestión, sostenibilidad y proyección de indexación. Este segundo conjunto constituyó el corpus empírico del estudio de caso.

Las fuentes teóricas no fueron utilizadas para realizar una revisión exhaustiva de la literatura sobre ciencia abierta, sino para construir un marco analítico que permitiera interpretar el caso. Los documentos propios de la revista, en cambio, fueron analizados como evidencias del proceso editorial, institucional y técnico de una publicación universitaria emergente.

El análisis se organizó a partir de cinco categorías principales. La primera fue identidad editorial e inscripción institucional, orientada a analizar cómo la revista define su perfil, sus áreas de interés, su relación con la universidad pública y su posicionamiento en el campo de las Ciencias Sociales y de la Salud. La segunda fue correspondencia con principios de ciencia abierta, destinada a identificar en qué medida la revista se articula con el acceso abierto, la circulación libre del conocimiento, la inclusión de voces diversas, el diálogo con comunidades académicas y territoriales y la democratización de la autoría. La tercera fue sostenibilidad editorial y condiciones materiales, centrada en los recursos técnicos, humanos, administrativos e institucionales necesarios para sostener la revista. La cuarta fue visibilidad, indexación y métricas, dirigida a analizar los desafíos vinculados con la circulación académica de la revista, su presencia en sistemas de búsqueda, el cumplimiento progresivo de criterios de calidad editorial y la construcción de indicadores de impacto adecuados a su perfil. La quinta fue tensiones entre apertura, reconocimiento académico y recursos disponibles, orientada a integrar los principales núcleos problemáticos del caso.

El procedimiento analítico combinó lectura documental, categorización temática e interpretación reflexiva. Inicialmente se realizó una lectura exploratoria del corpus para reconocer núcleos de sentido vinculados con la identidad editorial y las condiciones de producción de la revista. Luego se organizaron categorías de análisis derivadas del marco conceptual y se aplicaron al corpus documental. En una tercera instancia, los documentos internos fueron puestos en diálogo con criterios externos de ciencia abierta, acceso abierto, calidad editorial e indexación. Finalmente, los hallazgos fueron interpretados a la luz de los aportes del seminario de ciencia abierta del Doctorado en Salud Pública, con el propósito de comprender la revista no solo como publicación emergente, sino como experiencia situada de ciencia abierta en construcción.

La posición de las autoras se asume como situada. Se encuentran vinculadas de distintos modos con la experiencia analizada. Laura Paola Sánchez integra la dirección editorial de Debates Críticos y, junto con Andrea Lerman, cursa el Doctorado en Salud Pública de la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Desde ese espacio formativo, ambas recuperan marcos epistemológicos y metodológicos de la ciencia abierta que permitieron formular el problema de análisis del presente artículo. Norma Peralta acompañó el proyecto desde su origen desde una trayectoria institucional y académica en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata. María Julia Xifra y Ana Galvagni integran la Universidad Nacional de Mar del Plata- FCSyTS y forman parte del comité editorial de la revista. Esta posición situada se explicita como parte del enfoque metodológico del estudio. El artículo no se propone promocionar la revista, sino analizarla como caso empírico para comprender tensiones más amplias de la ciencia abierta, la sostenibilidad editorial y la indexación en revistas universitarias emergentes. Esta cercanía con el caso permitió acceder a dimensiones del proceso editorial que habitualmente permanecen invisibilizadas, como la organización del trabajo, las decisiones iniciales, las dificultades técnicas, los circuitos de evaluación y las estrategias de sostenimiento institucional.

Para evitar que esta posición derive en una lectura meramente autorreferencial, el análisis se organizó mediante categorías explícitas, corpus documental delimitado y contraste con criterios externos de ciencia abierta, acceso abierto e indexación. De este modo, la reflexividad no fue utilizada como reemplazo de la rigurosidad metodológica, sino como una condición de análisis situada y transparentada.

La rigurosidad del estudio se sostuvo a partir de cuatro criterios: la explicitación del caso y de los criterios de selección; la delimitación del corpus documental; la construcción de categorías analíticas aplicadas de manera sistemática; y la triangulación entre documentos internos de la revista, materiales formativos del seminario de ciencia abierta y criterios externos de organismos vinculados con comunicación científica e indexación.

El estudio se basó en análisis documental de materiales públicos y documentos institucionales vinculados con el proceso editorial de la revista. No se trabajó con datos sensibles de personas ni con información que permitiera identificar procesos de evaluación específicos de manuscritos o evaluadores. En los casos en que se recuperaron documentos internos de organización editorial, su uso se orientó exclusivamente al análisis de procesos generales de sostenibilidad, gestión y consolidación de la revista, preservando la confidencialidad de autoras, autores y evaluadores.

Entre las limitaciones del estudio se reconoce que el análisis se centra en una única revista universitaria emergente, por lo que sus hallazgos no son generalizables en términos estadísticos. Sin embargo, el valor del caso reside en su capacidad para iluminar tensiones comunes a otras publicaciones académicas del sur global que buscan articular acceso abierto, sostenibilidad editorial, visibilidad e indexación. Asimismo, el proceso de indexación de la revista se encuentra en desarrollo, por lo que los resultados no deben leerse como una evaluación final de cumplimiento de criterios, sino como una aproximación diagnóstica y analítica a un proceso editorial en construcción.

Tabla 1. Matriz analítica del estudio

<i>Categoría de análisis</i>	<i>Pregunta orientadora</i>	<i>Documentos analizados</i>	<i>Dimensiones observadas</i>
<i>Identidad editorial e inscripción institucional</i>	<i>¿Cómo se define la revista y qué lugar ocupa en la universidad pública?</i>	<i>Carta de la directora, presentación del primer número, normas editoriales</i>	<i>Interdisciplinariedad, perspectiva crítica, salud colectiva, saberes situados, universidad pública</i>
<i>Ciencia abierta y acceso abierto</i>	<i>¿Qué principios de ciencia abierta aparecen en la propuesta editorial?</i>	<i>Carta editorial, normas, artículos publicados, materiales del seminario</i>	<i>Acceso abierto, circulación libre, inclusión de voces, diálogo con territorios, democratización del conocimiento</i>
<i>Sostenibilidad editorial</i>	<i>¿Qué condiciones</i>	<i>Documentos internos,</i>	<i>Trabajo editorial,</i>

	<i>materiales e institucionales requiere la revista para sostenerse?</i>	<i>registros de gestión, planificación editorial</i>	<i>soporte técnico, plataforma, gestión de manuscritos, preservación, recursos humanos</i>
<i>Visibilidad e indexación</i>	<i>¿Qué desafíos enfrenta para ser visible e indexarse?</i>	<i>Criterios de Latindex, DOAJ, SciELO Argentina, CAICYT- CONICET, normas de la revista</i>	<i>Metadatos, periodicidad, evaluación por pares, políticas editoriales, banco de evaluadores, internacionalización</i>
<i>Tensiones estructurales</i>	<i>¿Qué tensiones atraviesan el proceso de consolidación?</i>	<i>Corpus completo</i>	<i>Apertura frente a recursos finitos, identidad crítica frente a estandarización, impacto social frente a métricas académicas</i>

Análisis y resultados

El análisis documental muestra que Debates Críticos nace con una identidad editorial definida. No se presenta como una revista generalista ni como un espacio de publicación puramente disciplinar. Su carta editorial la ubica como una revista de Ciencias Sociales y de la Salud nacida en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata, con vocación de producir, circular y poner en encuentro saberes diversos, situados y transformadores (Sánchez, 2025a).

Esta identidad resulta significativa porque sitúa a la revista en un campo de problemas que excede la lógica biomédica de la salud. El cuidado, la salud, los cuerpos, los territorios, las desigualdades, las memorias, las instituciones, las prácticas profesionales y los activismos aparecen como dimensiones articuladas de una misma preocupación. En este sentido, la revista se inscribe en una tradición crítica cercana a la salud colectiva, la educación pública, los feminismos, las ciencias sociales y las prácticas territoriales.

La apuesta interdisciplinaria que sostiene la revista puede comprenderse también a la luz del paradigma de la complejidad desarrollado por Edgar Morin (1992). Desde esta perspectiva, la realidad no se organiza en fragmentos aislados ni en objetos independientes, sino como una red inseparable de relaciones dinámicas, abiertas y en permanente transformación. El paradigma emergente de la complejidad cuestiona así las formas reduccionistas y disciplinares de producción del conocimiento, proponiendo una comprensión de los fenómenos sociales y sanitarios como procesos multidimensionales atravesados por incertidumbres, contradicciones y emergencias. Al mismo tiempo, incorpora de manera explícita la dimensión epistemológica, reconociendo que todo conocimiento implica una relación entre observador y realidad observada. En este marco, la interdisciplinariedad no aparece únicamente como articulación entre campos disciplinares diversos, sino como una necesidad epistemológica y política para abordar problemas complejos que desbordan cualquier mirada

unívoca. Debates Críticos se inscribe en esta perspectiva al promover diálogos entre saberes, experiencias y prácticas que permitan construir lecturas situadas, críticas y transformadoras sobre los procesos de salud, cuidado y organización colectiva.

La presentación del primer número refuerza esta orientación. Bajo el título Cuidar, resistir, transformar: entre memorias y luchas colectivas, la edición inaugural reúne contribuciones provenientes de diversas disciplinas, lenguajes y territorios. Allí se propone pensar el cuidado no sólo como acción sanitaria, sino como práctica política, ética y transformadora (Sánchez, 2025b).

El contenido de los primeros números permite observar una estrategia editorial amplia. La revista aloja trabajos sobre territorios rurales, discriminación, salud mental universitaria, registros de enfermería, desigualdad social, hospitales sustentables, ocupación, envejecimiento femenino, neoliberalismo, prácticas integrativas, digitalización en salud, epistemologías feministas y trabajo social. Esta diversidad no aparece como dispersión, sino como parte de una apuesta interdisciplinaria por abordar la salud desde sus múltiples determinaciones sociales, políticas, culturales y subjetivas.

La inscripción en una universidad pública constituye otra fortaleza. Le otorga respaldo institucional, pero también define un horizonte ético. La revista no se orienta solamente a publicar producción académica, sino a construir un espacio donde investigación, docencia, extensión e intervención profesional puedan dialogar sin quedar subordinadas a una única forma de legitimidad científica.

La revista expresa una correspondencia inicial con los principios de la ciencia abierta en varios planos. En primer lugar, asume un formato abierto, inclusivo y accesible, respetuoso del acceso libre al conocimiento. En segundo lugar, su propuesta editorial reconoce la diversidad de saberes y trayectorias que intervienen en la producción de conocimiento sobre salud y cuidado. En tercer lugar, promueve una circulación que no se limita al ámbito académico tradicional, ya que espera que sus páginas recorran aulas, centros de salud, equipos de investigación, comunidades y territorios (Sánchez, 2025b).

Desde el marco de la UNESCO (2021), la ciencia abierta implica hacer que el conocimiento científico esté disponible, accesible y reutilizable, pero también favorecer la inclusión, la colaboración y el diálogo con diferentes sistemas de conocimiento. En ese sentido, Debates Críticos no solo abre el acceso a los textos, sino que intenta abrir la conversación sobre qué conocimientos merecen circular, quiénes pueden producirlos y desde qué lugares se puede hablar de salud.

Este aspecto constituye una fortaleza distintiva. En el campo editorial, muchas veces la profesionalización se asocia a una homogeneización de formatos, estilos y voces. La revista, en cambio, intenta sostener una política editorial que reconozca la producción académica sin desligarse de las prácticas profesionales, los territorios y las experiencias colectivas. Esa apuesta resulta coherente con una concepción amplia de ciencia abierta, entendida como apertura de productos, procesos y comunidades de conocimiento.

Sin embargo, el análisis también muestra que la correspondencia con la ciencia abierta debe profundizar en dimensiones técnicas y normativas. El acceso abierto necesita complementarse con políticas explícitas de licenciamiento, preservación digital, interoperabilidad, identificadores persistentes, metadatos completos y transparencia en los procesos editoriales. Estos elementos no contradicen la identidad crítica de la revista; por el contrario, pueden fortalecer su capacidad de circulación y reconocimiento.

Uno de los hallazgos centrales es que la sostenibilidad editorial aparece como una dimensión crítica del proceso. La creación de una revista implica mucho más que publicar artículos. Supone sostener convocatorias, recepción de manuscritos, revisión formal, asignación de evaluadores, seguimiento de dictámenes, comunicación con autores, corrección editorial, maquetación, carga en la plataforma, normalización de metadatos, difusión, archivo y planificación de números futuros.

En revistas emergentes, estas tareas suelen recaer sobre equipos reducidos, muchas veces sin cargos específicos o con dedicaciones parciales. El compromiso institucional y académico resulta indispensable, pero no siempre alcanza para sostener la complejidad técnica y administrativa del proceso. Esta tensión se vuelve especialmente visible cuando la revista comienza a proyectar su indexación, ya que los requisitos de calidad editorial exigen trazabilidad, documentación, regularidad y transparencia.

El caso permite observar que la sostenibilidad no debe pensarse únicamente como financiamiento. Incluye infraestructura tecnológica, acompañamiento institucional, formación editorial, distribución de tareas, soporte técnico, estabilidad de la plataforma, preservación digital, políticas claras y reconocimiento del trabajo editorial. En este sentido, la ciencia abierta obliga a mirar aquello que muchas veces queda detrás del artículo publicado: la trama de cuidados, gestiones y decisiones que hacen posible que un número exista.

La experiencia del doctorado y del seminario de ciencia abierta aportó una clave de lectura importante. Los debates sobre planes de gestión de datos, repositorios y principios FAIR permitieron comprender que toda apertura requiere planificación. Así como un proyecto de investigación necesita anticipar cómo organizará, documentará, preservará y compartirá sus datos, una revista emergente necesita anticipar cómo sostendrá sus procesos editoriales, cómo documentará sus decisiones y cómo garantizará la permanencia de sus contenidos.

La visibilidad aparece como una preocupación legítima para una revista nueva. Ser de acceso abierto no garantiza ser encontrada, leída ni citada. La circulación del conocimiento requiere estrategias activas de posicionamiento en buscadores académicos, repositorios, redes institucionales, bases de datos, perfiles de autoría, sistemas de identificación persistente y espacios de difusión científica.

La indexación, en este marco, debe entenderse como un proceso progresivo de fortalecimiento editorial. Latindex ofrece una primera ruta pertinente porque sus criterios funcionan como guía pedagógica para mejorar calidad, transparencia y profesionalización de revistas científicas (Latindex, s. f.). DOAJ representa una etapa posible para revistas de acceso abierto, pero exige demostrar trayectoria y criterios editoriales claros

(Directory of Open Access Journals, 2026). SciELO Argentina, en cambio, debería pensarse como horizonte de mayor consolidación, dado que sus criterios de admisión y permanencia demandan regularidad, calidad editorial, visibilidad y sostenibilidad (CAICYT-CONICET, 2023).

El análisis sugiere que la búsqueda de factor de impacto no debería ubicarse como meta inmediata. Para una revista emergente, el primer desafío es construir condiciones de confiabilidad editorial. Esto incluye regularidad, evaluación por pares documentada, normas claras, políticas éticas, licencias, metadatos, preservación, diversidad autoral, banco de evaluadores externos y reducción de posibles sesgos de endogeneidad.

Las métricas, por su parte, deben interpretarse con cautela. En revistas orientadas a salud colectiva, cuidado, educación, trabajo social y ciencias sociales, el impacto no siempre se expresa de manera inmediata en citaciones. También puede observarse en circulación en aulas, uso en equipos profesionales, presencia en debates institucionales, articulación con proyectos de extensión, lecturas territoriales y apropiación por comunidades académicas y no académicas.

El caso de Debates Críticos muestra una tensión estructural. La revista nace con una fuerte vocación de apertura, inclusión y diálogo interdisciplinario, pero se desarrolla en un campo académico que exige crecientes niveles de profesionalización técnica y reconocimiento formal. Esta tensión no es un problema exclusivo de la revista, sino una condición compartida por muchas publicaciones emergentes del sur global.

La ciencia abierta propone democratizar el conocimiento, pero esa democratización requiere condiciones. Sin infraestructura, soporte técnico, equipos editoriales reconocidos, formación específica y políticas institucionales sostenidas, la apertura puede quedar limitada a la disponibilidad formal de los textos. En otras palabras, publicar en línea no garantiza circulación efectiva.

El caso también evidencia que la indexación puede ser leída de dos maneras. Como presión externa, puede inducir a homogeneizar la revista, reducir su singularidad y adaptar su perfil a criterios dominantes de productividad académica. Como proceso de mejora, en cambio, puede fortalecer la calidad editorial sin abandonar la identidad crítica. La diferencia está en cómo se construye el camino: si la indexación se piensa como fin en sí mismo o como parte de una política editorial orientada a cuidar, preservar y visibilizar mejor el conocimiento producido.

Discusión

Los resultados permiten discutir una idea central: la ciencia abierta no se juega solamente en la decisión de liberar el acceso a los textos. Se juega en la posibilidad concreta de sostener infraestructuras editoriales, técnicas e institucionales que permitan que esos textos circulen, sean preservados, encontrados, leídos, citados y reutilizados.

El caso de Debates Críticos muestra que las revistas emergentes pueden constituirse en espacios relevantes para democratizar la producción de conocimiento, especialmente cuando alojan voces que no siempre encuentran lugar en publicaciones altamente indexadas o estructuradas desde agendas académicas más tradicionales. Sin embargo, esa potencia crítica necesita acompañarse de procesos de profesionalización editorial. La identidad situada no alcanza por sí sola para garantizar sostenibilidad, y la profesionalización no debería ser interpretada como renuncia a la identidad.

El aporte del Doctorado en Salud Pública de la ENSP/FIOCRUZ resulta fundamental para este análisis. La formación en ciencia abierta permitió ampliar la mirada sobre la revista y comprender que la apertura no es un atributo declarativo, sino una práctica que involucra planificación, documentación, preservación, licenciamiento, interoperabilidad, ética y responsabilidad institucional. Esta perspectiva ayuda a desplazar la pregunta desde cómo lograr que la revista sea conocida hacía una pregunta más compleja: qué condiciones deben construirse para que el conocimiento que la revista aloja pueda circular con calidad, cuidado y reconocimiento.

La experiencia también invita a revisar las métricas tradicionales. En el campo académico, la indexación y las citaciones tienen un peso creciente. No obstante, una revista universitaria emergente puede producir impactos que no siempre se capturan en esos indicadores. Cuando un artículo circula en una cátedra, acompaña una práctica profesional, abre una discusión en un equipo de salud o permite nombrar una experiencia territorial, también produce efectos de conocimiento. El desafío es no oponer estos impactos a la indexación, sino construir una política editorial que pueda sostener ambos planos.

En este sentido, una ruta posible para Debates Críticos debería combinar identidad crítica y fortalecimiento técnico. El primer paso sería consolidar las bases editoriales: regularidad, normas, evaluación, licencias, metadatos, preservación, trazabilidad y soporte tecnológico. Luego, utilizar criterios de Latindex como herramienta de autoevaluación y mejora. En una etapa posterior, evaluar condiciones para DOAJ y, más adelante, considerar sistemas regionales de mayor exigencia como SciELO Argentina. Esta trayectoria permitiría evitar la ansiedad por métricas de impacto prematuras y concentrar esfuerzos en construir confiabilidad editorial.

La discusión también permite señalar una dimensión política. Si las universidades públicas promueven revistas de acceso abierto, deben reconocer que estas publicaciones requieren recursos, tiempo, formación y trabajo especializado. No alcanza con valorar discursivamente la ciencia abierta si no se crean condiciones institucionales para sostenerla. La apertura del conocimiento necesita políticas de apoyo editorial, infraestructura compartida, capacitación en plataformas, asistencia técnica, articulación con bibliotecas, repositorios institucionales y reconocimiento académico del trabajo editorial.

Finalmente, el artículo permite pensar una agenda concreta para la revista. En términos editoriales, resulta recomendable avanzar en una política de licencias abiertas, preservación digital, identificadores persistentes, orientación sobre datos de investigación, declaración de uso de inteligencia artificial, criterios de autoría y contribución, y fortalecimiento del banco de evaluadores. En términos institucionales, sería importante consolidar acuerdos de soporte técnico, articulación con biblioteca, acompañamiento en metadatos y estrategias de difusión. En términos académicos, la revista puede sostener su identidad crítica mientras construye estándares progresivos de calidad.

Conclusiones

Debates Críticos constituye una experiencia valiosa para analizar las tensiones entre ciencia abierta, sostenibilidad editorial e indexación en revistas universitarias emergentes. Su nacimiento expresa una apuesta por abrir espacios de producción y circulación de saberes críticos, interdisciplinarios y situados en torno a la salud, el cuidado, las ciencias sociales y la justicia social.

El análisis muestra que la revista cuenta con fortalezas relevantes: una identidad editorial clara, inscripción en la universidad pública, compromiso con el acceso abierto, apertura interdisciplinaria, perspectiva situada y voluntad de alojar voces diversas. Al mismo tiempo, enfrenta desafíos vinculados con la sostenibilidad técnica, la profesionalización editorial, la trazabilidad de los procesos, la preservación digital, la mejora de metadatos, la ampliación de redes de evaluación, la internacionalización y la futura indexación.

Desde los aportes del seminario de ciencia abierta del Doctorado en Salud Pública de la ENSP/FIOCRUZ, es posible afirmar que abrir el conocimiento no significa únicamente permitir el acceso gratuito a los textos. Significa crear condiciones para que esos textos circulen, se preserven, se encuentren, se lean, se citen, se discutan y produzcan efectos en comunidades académicas, profesionales y territoriales.

La indexación debe pensarse como un proceso gradual de mejora editorial y no como una meta aislada. En el caso de Debates Críticos, el desafío no consiste en adaptar la revista acríticamente a las exigencias del campo académico, sino en profesionalizar sus procesos sin perder su identidad crítica, situada e interdisciplinaria. Se trata de construir calidad editorial con sentido político, visibilidad con cuidado, reconocimiento académico sin homogeneización y ciencia abierta con condiciones materiales reales.

La experiencia analizada permite sostener que las revistas emergentes del sur global no deben ser evaluadas únicamente desde métricas de impacto, sino también desde su capacidad para construir comunidades de conocimiento, alojar problemas situados, democratizar la palabra científica y sostener conversaciones que vinculen universidad, territorios, prácticas profesionales y sociedad.

Declaración de posición situada

Las autoras se encuentran vinculadas de distintos modos con la experiencia analizada. Laura Paola Sánchez integra la dirección editorial de Debates Críticos; Norma Peralta acompañó el proyecto desde su origen desde una trayectoria institucional y académica en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata; Andrea Lerman comparte el espacio formativo del Doctorado en Salud Pública de la ENSP/FIOCRUZ y la pertenencia institucional al Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara”. Esta posición situada se explicita como parte del enfoque metodológico del estudio. El artículo no se propone promocionar la revista, sino analizarla como caso empírico para comprender tensiones más amplias de la ciencia abierta, la sostenibilidad editorial y la indexación en revistas universitarias emergentes.

Contribución de autoría

Laura Paola Sánchez participó en la conceptualización del artículo, la definición del problema de investigación, la construcción del enfoque metodológico, el análisis situado de la experiencia editorial y la redacción inicial del manuscrito. Su aporte se vincula con la dirección editorial de Debates Críticos y con la recuperación de los aprendizajes del Doctorado en Salud Pública de la ENSP/FIOCRUZ en torno a la ciencia abierta, la sostenibilidad editorial, la visibilidad académica y la circulación del conocimiento.

Andrea Lerman participó en la formulación del problema de análisis y en la articulación entre la experiencia editorial de Debates Críticos y los aportes del Doctorado en Salud Pública de la ENSP/FIOCRUZ, especialmente a partir del seminario de ciencia abierta. Su pertenencia al Instituto Nacional de Epidemiología “Dr. Juan H. Jara” permitió incorporar una mirada vinculada con la producción, circulación y gestión del conocimiento en instituciones públicas de salud, así como con los desafíos de sostener prácticas de ciencia abierta en contextos institucionales concretos.

Norma Peralta participó en la reconstrucción del proceso institucional de creación y consolidación inicial de Debates Críticos, aportando una mirada académica, política e institucional derivada de su trayectoria en la Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social de la Universidad Nacional de Mar del Plata y de su acompañamiento al proyecto desde sus orígenes. Su contribución permitió fortalecer el análisis sobre el lugar de la revista en la universidad pública, la producción de saberes críticos y la construcción de condiciones institucionales para la comunicación científica.

María Julia Xifra participó desde su pertenencia a la Universidad Nacional de Mar del Plata y al comité editorial de Debates Críticos, aportando a la revisión crítica del manuscrito y al análisis de los procesos editoriales, institucionales y académicos vinculados con la consolidación de la revista.

Ana Galvagni participó desde su pertenencia a la Universidad Nacional de Mar del Plata y al comité editorial de Debates Críticos, aportando a la discusión del caso, a la revisión del contenido intelectual y al fortalecimiento de la mirada editorial sobre los desafíos de sostenibilidad, visibilidad e indexación.

Todas las autoras participaron en la discusión de los hallazgos, la revisión crítica del contenido intelectual y la aprobación de la versión final del manuscrito.

Declaración de conflictos de interés

Las autoras declaran su vinculación académica, institucional y editorial con la revista analizada. Esta relación fue explicitada como parte del enfoque reflexivo del estudio. No se identifican conflictos de interés económicos asociados a la elaboración del manuscrito.

Disponibilidad de datos y materiales

El estudio se basó en documentos públicos de la revista y en documentos internos de gestión editorial utilizados exclusivamente para el análisis de procesos generales. No se publican datos sensibles ni información que permita identificar evaluaciones específicas, manuscritos en proceso, autoras, autores o revisores.

Referencias

- Albagli, S., Clinio, A., & Raychtock, S. (2014). Ciência aberta: Correntes interpretativas e tipos de ação. *Liinc em Revista*, 10(2), 434–450.
- Aguado López, E., & Becerril García, A. (2020). El antiguo ecosistema de acceso abierto de América Latina podría ser quebrantado por las propuestas del Norte Global. *LSE Latin America and Caribbean Blog*.
- Beigel, F., Packer, A. L., Gallardo, O., & Salatino, M. (2024). OLIVA: La producción científica indexada en América Latina. *Diversidad disciplinar, colaboración institucional y multilingüismo en SciELO y Redalyc (1995–2018)*. *Dados*, 67(1), e20210174. <https://doi.org/10.1590/dados.2024.67.1.307>
- Budapest Open Access Initiative. (2002). Iniciativa de Budapest para el Acceso Abierto. <https://www.budapestopenaccessinitiative.org/read/>
- Budapest Open Access Initiative. (2022). Recomendaciones para el 20.o aniversario de la Iniciativa de Acceso Abierto de Budapest. <https://www.budapestopenaccessinitiative.org/boai20/>
- CAICYT-CONICET. (2023). Criterios, política y procedimientos para la admisión y la permanencia de revistas científicas en la Colección SciELO Argentina. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.
- D'Agostino, M., Marti, M., Mejía, F., de Cosio, G., & Faba, G. (2017). Estrategia para la gobernanza de datos abiertos de salud: Un cambio de paradigma en los sistemas de información. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 41, e27.
- Directory of Open Access Journals. (2026). Guide to applying. <https://doaj.org/apply/guide/>
- FOSTER. (2019). Manual de capacitación sobre ciencia abierta. <https://book.fosteropenscience.eu/es/>
- Kowaltowski, A. J., Arruda, A. P., Nussenzveig, P. M., & Silber, A. M. (2023). Article processing charges are stalling the progress of African researchers: A call for urgent reforms. *PLOS Biology*, 21(9), e3002254.

- Latindex. (s. f.). Características de calidad del Catálogo 2.0: Metodología. Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal.
- Maranhão, A. M. N. (2025). Diretrizes para alinhamento dos processos de avaliação da Fundação Oswaldo Cruz às práticas de Ciência Aberta. *Ciência da Informação*, 54(2).
- Morin, E. (1992). From the concept of system to the paradigm of complexity. *Journal of Social and Evolutionary Systems*. 15 (4). 371-385.
- Morin, E. (2004) La epistemología de la complejidad. *Gazeta de Antropología* 20. Texto 20-02
- Mueller, S. P. M. (2006). A comunicação científica e o movimento de acesso livre ao conhecimento. *Ciência da Informação*, 35(2), 27–38.
- Pedri, P., & Araújo, R. F. (2021). Ventajas y desventajas de la revisión por pares abierta: Consenso y disenso en la literatura. *Encontros Bibli*, 26, e78583. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2021.e78583>
- Posada, A., & Chen, G. (2018). Inequality in knowledge production: The integration of academic infrastructure by big publishers. *ELPUB* 2018.
- Rezende, L. V. R., & Abadal, E. (2020). Estado da arte dos marcos regulatórios brasileiros rumo à Ciência Aberta. *Encontros Bibli*, 25, 1–25. <https://doi.org/10.5007/1518-2924.2020.e71370>
- Ross-Hellauer, T. (2017). What is open peer review? A systematic review. *F1000Research*, 6, 588. <https://doi.org/10.12688/f1000research.11369.2>
- Sánchez, L. P. (2025a). Carta de la directora. *Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 5.
- Sánchez, L. P. (2025b). Presentación del primer número. *Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(1), 7–8.
- Sánchez, L. P., & Peralta, N. (2025). Una pedagogía del ensayo: Prácticas de escritura académica con sentido en la universidad pública. *Debates Críticos. Revista Interdisciplinaria de Ciencias Sociales y de la Salud*, 1(2), 43–45.
- Shintaku, M., Sales, L. F., & Costa, M. (Orgs.). (2020). Tópicos sobre dados abertos para editores científicos. *Associação Brasileira de Editores Científicos*. <https://doi.org/10.21452/978-85-93910-04-3>
- UNESCO. (2021). Recomendación de la UNESCO sobre la ciencia abierta. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000379949_spa
- UNESCO. (2023). Open science. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://www.unesco.org/en/open-science>

Necesidades de apoyos a la participación ocupacional

Población con enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina

Fabiana Cacciavillani

Mariel Cristina Pellegrini

Universidad Nacional de Quilmes

Rut Cristina Leegstra

Beatriz Alzola

Resumen

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) constituyen un problema prioritario de salud pública en Argentina y a nivel mundial. Se caracterizan por presentar etiologías múltiples, ser de difícil control, de larga duración y llevar con frecuencia a una condición de discapacidad. Este estudio, buscó conocer las necesidades de apoyo a la participación ocupacional para grupos poblacionales con ECNT. Para ello utilizó una metodología mixta, exploratoria y descriptiva, desde una perspectiva teórica basada en la terapia ocupacional y el modelo biopsicosocial. La muestra fue no probabilística e intencional: 17 personas con ECNT completaron cuestionarios y 4 brindaron entrevistas en profundidad, contactadas a través de redes institucionales y profesionales de distintas regiones del país. Los resultados permitieron identificar los apoyos necesarios en las actividades básicas y cotidianas, así como las fuentes donde las personas esperan encontrar respuesta a sus necesidades. Se mencionó la red comunitaria integrada por instituciones y equipos de salud, los espacios virtuales y redes sociales, el intercambio con otras familias y los recursos municipales del territorio en el que viven.

Support needs for occupational participation: population with chronic non-communicable diseases in Argentina

Abstract

Noncommunicable chronic diseases (NCDs) are a priority public health issue in Argentina and worldwide. They are characterized by multiple etiologies, difficult control, long duration, and often lead to

disability. This study sought to understand the needs for occupational participation support for population groups with NCDs. To do this, it used a mixed exploratory-descriptive methodology that was employed, grounded in occupational therapy theory and the biopsychosocial model. The sample was non-probabilistic and intentional: 17 persons with NCDs completed questionnaires and 4 participated in in-depth interviews, contacted through institutional and professional networks from different regions of the country. The results made it possible to identify the supports needed for basic and everyday activities, as well as where participants expect to find responses to these needs. They mentioned the community network composed of institutions and health teams, virtual spaces and social networks, exchanges with other families, and municipal support resources in their local territory.

Palabras claves: Enfermedades crónicas no transmisibles, Participación ocupacional, Salud pública, Apoyos.

Keywords: Noncommunicable diseases, Occupational participation, Public health, Supports

Introducción

Las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) son un problema prioritario de salud pública en Argentina y a nivel mundial. Se caracterizan por tener múltiples etiologías, ser de difícil control, presentar una larga duración y, en muchas ocasiones, llevar a una condición de discapacidad¹. Tienen un impacto mayor en los países de ingresos bajos y medianos (Ministerio de Salud de la Nación, 2024).

En Argentina, constituyen la principal causa de enfermedad, discapacidad y muerte evitable, siendo las más prevalentes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades renales y respiratorias crónicas².

La intervención en las ECNT requiere la implementación de estrategias de educación, cambios de conductas y hábitos, así como la provisión de recursos que permitan resolver problemas de la vida cotidiana (González & Laspiur, 2015), especialmente aquellos vinculados a las limitaciones y restricciones en la participación ocupacional. Debido a su carácter de larga duración, las personas con ECNT deben gestionar su salud de forma continua, lo que implica identificar y acceder a recursos y herramientas que respondan a sus necesidades y favorezcan su calidad de vida. Este escenario plantea un reto tanto para la salud pública como

¹ Organización Panamericana de la Salud (2023), *Enfermedades no transmisibles*, disponible en <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>

² Ministerio de Salud de la Nación (2024), *Boletín de mortalidad por enfermedades no transmisibles, período 1997–2022*, Área de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.

para la formación del personal sanitario, que requiere comprender y centrarse en las necesidades específicas de esta población en su contexto. En este sentido, y considerando el impacto que las ECNT ejercen sobre la participación en la vida cotidiana y el bienestar, se vuelve indispensable generar conocimientos pertinentes y adaptados a la realidad local.

En el marco del proyecto de investigación “Análisis de apoyos a la participación ocupacional en poblaciones con enfermedades crónicas no transmisibles en Argentina” (UNQ, EXPTE 2252/22, 2022-2024), el presente artículo aborda uno de sus objetivos específicos. Se planteó el siguiente interrogante:

¿Cuáles son las necesidades de apoyo a la participación ocupacional de las personas con ECNT en Argentina?

El presente artículo presenta los objetivos del proyecto de investigación en el cual se enmarca. El objetivo general del proyecto es: Analizar los apoyos a la participación ocupacional destinados a los grupos poblacionales con ECNT. En este artículo se desarrolla el siguiente objetivo específico: Conocer las necesidades de apoyo a la participación ocupacional para grupos poblacionales con ECNT.

Marco teórico

Las ECNT constituyen un problema inherente a la vida contemporánea por su magnitud e impacto, y son la principal causa de muerte y discapacidad (Organización Panamericana de la Salud, 2019b). Dada su larga duración, se las considera condiciones crónicas de salud (CCS) que, en muchas ocasiones, derivan en discapacidad (Organización Mundial de la Salud, 2013), afectando directamente la capacidad de participación en la vida cotidiana e impactando en el grupo familiar y social.

Los Indicadores Básicos 2020 (Ministerio de Salud de la Nación, 2018) evidencian, en Argentina, un contexto de salud con un elevado porcentaje de personas con CCS como resultado de ECNT, condición que limita sus posibilidades de participación en las ocupaciones cotidianas. Esta situación representa una verdadera epidemia en aumento, asociada al envejecimiento poblacional, los modos de vida actuales y, en muchos casos, a las dificultades de acceso a la salud y la rehabilitación.

Participar en la vida cotidiana “implica involucrarse en situaciones vitales” (Organización Mundial de la Salud, 2001, p.10), pero es más que desarrollar una actividad: supone una experiencia subjetiva que integra significado personal y riqueza social (Kielhofner, 2006). Distintos profesionales de la salud, entre ellos terapeutas ocupacionales, intervienen para promover y mantener la participación ocupacional en grupos de riesgo o con condiciones crónicas de salud.

Entre sus métodos se encuentran las estrategias de intervención para apoyar ocupaciones, definidas como “métodos y tareas que preparan al cliente para el desempeño ocupacional, utilizados como parte de una sesión de tratamiento en preparación o simultáneamente con ocupaciones y actividades, o proporcionadas a una persona para implementar en el hogar como respaldo al desempeño ocupacional diario” (AOTA, 2020, p.78).

La salud y la enfermedad se construyen, incluyendo factores sociales, culturales y prácticas de autocuidado (Barragán et al., 2007). En el abordaje de las enfermedades crónicas, es fundamental promover la toma de decisiones informadas, lo que requiere el acceso a herramientas, conocimientos y educación para el autocuidado (Laspiur, 2014).

En Argentina, hace ya una década, el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC) impulsó el paso de un modelo reactivo a uno proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto, identificando recursos comunitarios y fomentando la participación en redes integradas con diversos actores, como grupos de apoyo, centros vecinales o municipales y organizaciones de personas con ECNT, promoviendo así la participación comunitaria y el automanejo (González & Laspiur, 2015; Laspiur, 2014).

Esta perspectiva implica considerar las necesidades tanto de las personas con ECNT como de su grupo familiar.

Metodología

La estrategia metodológica del estudio tuvo en cuenta la naturaleza del fenómeno a estudiar, el objetivo, el enfoque del equipo de investigación, y el acceso a los datos.

El tipo de estudio es cualitativo y cuantitativo de complementariedad metodológica (Ander Egg, 2014). Tipo de Diseño exploratorio, descriptivo.

Su temporalidad es sincrónica, ya que estudia el estado o situación de algo en un momento determinado (Ander Egg, 2014, p.77). Los datos se obtuvieron de fuentes primarias mediante entrevistas y cuestionarios.

La muestra fue no probabilística e intencional, conformada por personas con ECNT de distintas regiones de Argentina, contactadas a través de redes institucionales y profesionales vinculadas al equipo de investigación. Las/los/las participantes aceptaron participar del estudio y firmaron el consentimiento informado. De ellas/os, 17 completaron los cuestionarios administrados por Google Forms y 4 brindaron entrevistas en profundidad, realizadas de forma presencial o virtual.

El guion de la entrevista incluyó categorías como necesidades, apoyos a la participación ocupacional, modos de acceso a los apoyos y categorías emergentes surgidas del material. La información cualitativa se

codificó, clasificó y organizó en categorías a partir de los ejes propuestos y en función de los objetivos. Las etapas previstas incluyeron: etapa de descubrimiento, etapa de elaboración de tipologías y categorías conceptuales, etapa de codificación, relativización e interpretación de datos.

El cuestionario contenía datos sociodemográficos y de condición de salud, necesidades de las personas con ECNT, tipos de apoyos a la participación ocupacional y modos de acceso a dichos apoyos. Los datos cuantitativos se organizaron mediante la tabulación de la información en base a las variables y se aplicó un tratamiento estadístico de frecuencia y porcentaje utilizando el programa Excel.

El proyecto se orientó a producir evidencias que permitan ampliar el conocimiento sobre las personas con ECNT, sus necesidades y experiencias, con el fin de construir saberes contextualmente relevantes para la realidad nacional.

Resultados

Escuchar las voces de las personas con ECNT, en primera persona, resulta esencial para comprender sus necesidades.

En este apartado se presentan los resultados de

- A: Cuestionario a personas con ECNT
- B: Entrevista a personas con ECNT

A: Cuestionario a personas con ECNT

Se presentan los resultados del cuestionario administrado a personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), con un total de 17 respuestas. La muestra estuvo compuesta por un 52,9% de hombres y un 47,0% de mujeres, provenientes de distintas regiones de Argentina. La edad promedio fue de 53,6 años, con un rango entre 31 y 82 años.

En cuanto a la distribución de las ECNT reportadas, las enfermedades musculo esqueléticas representaron el 29,4%, seguidas por la diabetes 23,5%, las enfermedades neurológicas 17,6%, y en igual proporción las enfermedades cardiovasculares y respiratorias 11,8% cada una. El 5,9% restante correspondió a otras enfermedades (Tabla 1).

Del total de encuestados, el 64,7% manifestó tener dificultades para realizar actividades, mientras que el 33,9% indicó no presentar dificultades. Entre quienes reportaron dificultades, el 88,8% señaló necesitar apoyos y el 11,8% indicó no requerirlos.

Las principales dificultades se asociaron a las habilidades 35,2%, seguidas por las actividades de la vida diaria (AVD) con un 23,5%, y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con un 17,5%,

discriminadas en traslados 11,7% y otras AIVD 5,8%. Un 5,8% mencionó dificultades en actividades en general, y el 29,4% indicó no tener limitaciones (Tabla 2).

En relación con las estrategias de apoyo utilizadas, el 22,2% recurrió a indicación clínica, medicación o intervención específica; el 16,6% utilizó elementos de apoyo y otro 16,6% declaró no haber resuelto la dificultad. La rehabilitación fue mencionada por el 11,1%, y un 5,5% refirió estrategias como descanso, regulación del gasto energético, evitación de la actividad o no especificó cómo lo resolvió (Tabla 3)

Tabla 1

Distribución de las ECNT. Porcentaje.

Tipo de ECNT	Porcentaje
Diabetes (DBT)	23.5
Enfermedades musculoesqueléticas	29.4
Enfermedades neurológicas	17.6
Enfermedades cardiovasculares	11.8
Enfermedades respiratorias	11.8
Otras enfermedades	5.9
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Tabla 2

Tipo de dificultades presentadas por las personas con ECNT. Porcentajes

Tipo de Dificultad	Porcentaje
General	5.8
AVD (Actividades de la Vida Diaria)	23.5
AIVD – Traslados	11.7
AIVD (Actividades Instrumentales de la Vida Diaria)	5.8
Habilidades	35.2
No presentan dificultad	29.4
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Tabla 3

Necesidad de Apoyos en la Vida Cotidiana. Porcentajes

Estrategia o Apoyo	Porcentaje
No lo resolvió	16.6
Resolución de indicación clínica, medicamento o intervención	22.2
Rehabilitación	11.1
Con algún elemento de apoyo (bastón, engrosar mangos, adaptación)	16.6
Presencia de otro	5.5
Descanso	5.5
Regulando el gasto energético	5.5
Evitando la actividad	5.5
No menciona cómo	5.5
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Mencionaron que conocieron la estrategia de apoyo a la participación ocupacional por recomendación de un profesional 70.6%, o a través de un conocido 11%. En iguales porcentajes de 5.9% mencionaron por redes sociales, conocimientos propios de personas que aparte de tener una ECNT son profesionales de la salud y por conocimientos generales de vida saludable. (Tabla 4)

Tabla 4

Cómo Conocieron el Apoyo. Porcentaje

Cómo Conocieron el Apoyo	Porcentaje
Por recomendación de un profesional	70.6
Por un conocido	11.0
Redes sociales	5.9
Conocimientos propios profesionales	5.9
Vinculado a conocimientos generales de comida sana y actividad física	5.9
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Es interesante destacar que en relación a la creencia de si podrían realizar una actividad que actualmente no pueden realizar si tuvieran apoyo 57.1% y 14.2 % piensa que tal vez con algún apoyo, solamente 28.5% que no podría (Tabla 5)

El tipo de apoyo que creen necesitar es un profesional de la rehabilitación en un 62.5% seguido de la mención de diversos tipos de apoyo todos en un porcentaje de 6.5% compuesto por: farmacológico, clínico, estado, familia, espacios adaptados, no sabe y mencionan no necesitar 6.5% .(Tabla 6)

Tabla 5

Creencia de que podría realizar las actividades con apoyo. Porcentaje

Creencia	Porcentaje
Sí	57.1
No	28.5
Tal vez	14.2
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Tabla 6

Tipo de apoyo necesario. Porcentaje

Tipo de Apoyo Necesario	Porcentaje
Profesional de rehabilitación	62.5
Farmacológico/clínico	6.5
Estado	6.5
Familia	6.5
No sabe	6.5
Espacios adaptados	6.5
No	6.5
Total	100

Nota. Elaboración propia.

Como comentarios adicionales mencionan: los procesos graduales ayudan a la adaptación; la dificultad para conseguir alguien que ayude; la necesidad de tratamientos específicos como ser tratamientos quirúrgicos y de resucitación cardiaca así como el acceso a las actividades es importante.

B: Entrevista a personas con ECNT

Se entrevistó a cuatro personas con ECNT con el objetivo de conocer, desde sus propias voces, cómo es vivir con una enfermedad crónica, cuáles son sus necesidades y qué experiencias han tenido con los apoyos

disponibles. Se presentan 4 entrevistados con ECNT de edades entre 47 y 58 años que habitan en zona urbana. (Tabla7)

Tabla 7

Características de los/las entrevistados/as

UA	Edad	Región	Zona	ECNT
U1	52	CABA	Urbana	Cardiovascular- ACV
U2	52	Patagonia	Urbana	Cardiovascular-ACV
U3	47	Patagonia	Urbana	Epilepsia – DBT tipo 1
U4	58	Gran Bs As	Urbana	Cardiopatía severa

Las entrevistas incluyeron las actividades en las que presentaban dificultades, los apoyos que utilizan, apoyos que necesitan y cómo dieron con ellos, así como la experiencia de vivir con la enfermedad crónica

Actividades en las que experimentaban dificultades

Las dificultades experimentadas por los/las entrevistados/as al vivir con una o más ECNT se reflejan en una variedad de actividades cotidianas. Con el pasar del tiempo, la enfermedad ha tenido un impacto gradual pero significativo en su vida diaria. Los/las entrevistados/as mencionaron un amplio abanico en la diversidad de actividades que ahora les resultan desafiantes, incluyendo actividades básicas como el cuidado personal, instrumentales como las tareas domésticas y la administración de la casa, así como el sueño y el descanso, el trabajo, el tiempo libre y la participación social. Las dificultades experimentadas por los/las entrevistados/as al vivir con una o más ECNT abarcan una amplia gama de actividades cotidianas.

“Casi todas una de ellas es bañarse “

“Sí, lavar los platos. Porque no podía manejar los cuchillos, me cortaba. Y manejar el auto Y también manejar el stress y mis tiempos “

Se mencionó también el impacto progresivo en las habilidades motoras y de procesamiento, que influye directamente en el desempeño cotidiano, junto con el temor a una disminución futura de la participación.

Una entrevistada diagnosticada con diabetes y epilepsia comentó:

“Es que las limitaciones que tengo no son cosas que pueda acomodar vía internet pasan por limitaciones de la misma enfermedad que no tienen arreglo es así, es decir si yo quiero ir a la playa o hacer una caminata no puedo agarrar una mochila y salir, tengo que fijarme si tengo agua, tengo que llevar azúcar tengo que fijarme si me va a alcanzar la comida o no por hacer una hipoglucemia, pero eso es así no se modifica, tengo que ir preparada no se va a cambiar.”

Apoyos que utilizan

Los apoyos mencionados por los/las entrevistados/as incluyeron estrategias de prueba y error, adaptaciones ambientales, uso de elementos de apoyo recomendados o no, técnicas de ahorro de energía y supervisión. También se recurrió a la contratación de terceros o a la delegación de tareas como estrategias para manejar las limitaciones, lo que en ocasiones implicó reiteradas pruebas que requieren paciencia.

Se destacó la importancia de organizar las rutinas y prever las actividades como ayudas indispensables. Asimismo, los/las entrevistados/as valoraron las indicaciones y consejos médicos y del equipo de salud, subrayando la importancia de sentirse seguros y respaldados.

Otras estrategias mencionadas fueron la búsqueda de información en entornos virtuales y el contacto con personas que tienen la misma enfermedad para compartir experiencias y recursos. Algunos entrevistados manifestaron que practican terapias alternativas y resaltaron la importancia de mantenerse relajados y tranquilos para manejar mejor la enfermedad. También subrayaron el valor de conocerse bien y la aceptación personal como parte fundamental del proceso.

“.....encontré una técnica (para lavar los cuchillos) de que primero lavo todo lo que es grande y dejo todo lo que es cubierto para el final y los pongo al revés. Lavo el filo para el lado contrario a lo que es la esponja. Aunque corte la esponja, no me importa, pero todo va con el canto sobre mi mano “

El testimonio de una entrevistada que acompaña a su esposo, quien tuvo un ACV, ilustra la importancia de los apoyos:

“Sí, una silla de baño, una silla modificada de baño. Después tiene ...la ducha, ducha manual. A la altura, digamos, de un metro... un metro veinte. Con el metro veinte, que también es de manos, lo puedes sacar. No lo sacas porque le gusta la ducha. Pero, por ejemplo, cuando se baña... hay alguien supervisando Necesita supervisión”

Por su parte, S., médica pediatra con dos ECNT, relató:

“Me convenció de que usara una agenda que no es algo que tenga que ver con mi forma de ser pero que bueno me convenció con eso, el tema de organizarse para dormir y mantener un ritmo de sueño, el tema de la actividad física motriz gruesa, hacer actividad que tenga contacto con el piso porque aparentemente eso iba a tener un impacto positivo, como intervenciones concretas fue la que tuvo más intervenciones concretas para ayudarme en la vida cotidiana inclusive desde lo terapéutico de mi situación pero inclusive no es que hay mucho más armado “ “ de alguna forma termine adaptando las cosas como para hacerlas igual “ “ no eso lo sé por mi profesión y por ahí algunas cosas más específicas las fui preguntando pero sí en relación a la DBT siempre tuve la información que necesité, o sea lo que no me dijeron es porque uno se puso de acuerdo en que ya lo sabía desde que hice el CUD “”...haciendo las distintas cosas los distintos tratamientos.”

Apoyos que necesitarían

Todos/as los/las entrevistados/as mencionaron los apoyos que consideran necesarios para realizar actividades pendientes o futuras, que abarcan desde la gestión de la salud y el cuidado personal hasta otras actividades de la vida cotidiana, como las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Estas últimas incluyen desde compras recreativas hasta la participación social. También se destacó la necesidad de facilitar los traslados para mejorar la movilidad y el acceso a diferentes espacios.

Asimismo, se señaló la importancia de contar con derivaciones a terapias específicas o actividades que promuevan la salud y el bienestar general. Varios/as participantes mencionaron la conveniencia de organizar grupos de apoyo coordinados por una persona que lidere y estructure estos encuentros, brindando un espacio seguro y de acompañamiento emocional.

“Tengo pendiente, por ejemplo, ir al supermercado” Necesitaría reducir el esfuerzo y un contexto físico accesible ““(para ir al supermercado) Si hubiera rampas y la calle acondicionada, podría ir conmigo o con otra persona. “

“Y también averigüé en el municipio, algo no terapéutico sino recreativo para que vaya a pintura, podría sostener el pincel, pero no hay. Fui a averiguar. “

“Sí, tengo pendiente de actividad de yoga y regular los tiempos, sí, y no lo hago.

“A veces necesitaría, el tema es que siempre lo que hago, que es una culpa mía, que lo estoy aprendiendo, es priorizo más al otro antes que yo. Siempre corro más por familia, hijo, marido, antes que ocuparme de mí “

“Lo que pasa es que no.... ósea la DBT tiene que ver con la alimentación y con cómo uno come y listo tampoco es que necesitas información por otros lados pero bueno algo que me hubiese gustado tener algún trabajo de tipo grupal no hubo ni allá ni acá, ni en Bs As ni

en Bari. les pregunté a mis médicos si ellos conocían algún grupo, porque por lo general son cosas en las que trato de manejarme con referencias, digo hay alcohólicos anónimos, narcóticos anónimos, todo anónimo (risa) y de repente no hay diabéticos anónimos? Ese tipo de grupo ... ” ” falta alguien que lidere... que organice tal día a tal hora vamos... ”

“...me encantaría hacer más cosas y sí, pero bueno, ahora quiero ir a visitar a mi hija en España y hay cosas que las tendré que hacer en auto en lugar de caminando, pero las haré igual.”

Como dio con el apoyo

Los/las entrevistados/as relatan que encontraron apoyo a través de diversas fuentes. En muchos casos, mencionan la orientación médica brindada por su equipo de salud o por la institución a la que asisten, la cual les proporcionó no solo información médica esencial, sino también acompañamiento emocional durante su experiencia con la enfermedad.

Asimismo, destacan el uso de redes virtuales como Instagram o Facebook, donde acceden a información específica sobre su enfermedad, reciben consejos prácticos y establecen contacto con personas que atraviesan situaciones similares. Estas interacciones en línea no solo les han aportado recursos útiles, sino que también han generado un sentido de comunidad y apoyo emocional.

Otra vía de apoyo mencionada es la conexión con otras familias que tienen miembros con la misma enfermedad. Este intercambio les ha permitido crear una red interpersonal sólida, basada en el compartir de experiencias y estrategias para afrontar las limitaciones y retos del día a día.

Por último, algunos/as entrevistados/as señalan la importancia de buscar personas de referencia que transmitan seguridad y experiencia en el manejo de la enfermedad. Contar con estas figuras ha fortalecido su confianza y les ha brindado herramientas para enfrentar de manera más efectiva los desafíos que implica vivir con una enfermedad crónica.

“Por sugerencia de mi médica “ “siempre voy con gente de referencia que me haga sentir segura...es que tengo contacto con muchos médicos, entonces viste yo le presto mucha atención, estoy atenta pregunto... yo no soy una persona que busque mucho en internet entonces pregunto. Averiguo, leo los informes de los médicos y también los médicos que te toquen porque yo he tenidos médicos que me informan mucho ”

“Pero dije chau habrá que buscar por otro lado y bueno como yo soy pediatra me fui con una terapeuta ocupacional (TO) para ver si me ayudaba de lo que me funciona a usarlo mejor y bueno y lo que no me funciona ver de alguna forma... ella (la TO) fue muy enfática en un montón de cosas ”

Dónde buscan los apoyos que no tienen

Al referirse a la búsqueda de apoyos que actualmente no poseen, los/las entrevistados/as mencionan principalmente a los equipos de salud, los espacios virtuales incluidas redes sociales como Instagram, el municipio y el territorio en el que viven. En algunos casos, también señalan que prefieren no buscar activamente, por distintas razones personales o contextuales.

Coinciden en resaltar el papel clave de los/las profesionales de la salud, quienes no solo ofrecen orientación médica, sino también un respaldo emocional fundamental. Del mismo modo, valoran los recursos disponibles en internet, que les permiten acceder a información relevante y conectarse con comunidades que comparten experiencias similares.

Asimismo, reconocen la importancia del apoyo local, destacando los servicios brindados por el municipio y las iniciativas comunitarias de su área de residencia, que pueden ofrecer tanto recursos adicionales como redes de apoyo social para afrontar los desafíos que implica vivir con una enfermedad crónica.

“Busco apoyos en municipio, internet, otras familias con los mismos problemas y también en Instagram y en la web “

“Sí, con Instagram. Sí, sabía que lo estaba haciendo, me contacté y bueno, quedamos que ahora para las vacaciones de invierno me voy a conectar con un grupo acorde para hacer algo que sea dos veces por Zoom. “

“Yo confío mucho en mi equipo médico. Es decir, vos dirías que siempre que tenés alguna dificultad, lo primero que haces es ir a preguntarle a tu equipo médico...nada de terapias alternativas, nada de homeópatas, nada.”

“prefiero no buscar”

Vivir con Enfermedad crónica

Los/las entrevistados/as describen cómo la enfermedad ha impactado de manera significativa en sus vidas, afectando desde las actividades más simples hasta aquellas que, con el tiempo, han dejado de despertar interés. Relatan la resistencia inicial a aceptar las limitaciones y el esfuerzo constante por encontrar nuevas formas de participar y mantenerse activos.

Vivir con una enfermedad crónica implica dedicar una parte importante del tiempo y la energía al cuidado de la salud, así como buscar estrategias para poder realizar las actividades cotidianas. En este proceso, destacan la necesidad de priorizarse a sí mismos y atender sus propias necesidades, incluso por encima de las demandas familiares.

En una de las entrevistas se menciona la ausencia de miedo hacia la muerte o la enfermedad, y la importancia de encontrar la mejor manera de convivir con ella. Asimismo, se reconoce el impacto que la

enfermedad tiene en diferentes dimensiones de la vida, afectando tanto las habilidades como el estado de ánimo, lo que exige un esfuerzo adicional para adaptarse y mantener el bienestar.

“En general, cuando me diagnosticaron, pensé que no iba a poder hacer nada, pero fueron 10 minutos y dije, bueno, en general hago todo más lento. “

“De cómo enfrentar el problema. Que el problema no me traspase a mí, sino que el problema pase. Que, aunque sea doloroso como pasó con la muerte de mi papá. Ya está, es como que la vida sigue. Sigue y yo tengo que ir con calma. Bien, esta es su médica neuróloga. Es un equipo, son cuatro. Es un equipo de cuatro médicos. De cuatro neurólogas. Clínica, uróloga, neuróloga y oftalmóloga.”

“La diabetes te modifica toda la vida cotidiana, porque algo tan básico como comer y alimentarse implica antes usar una medicación, hacer cuentas y bueno después modificar la alimentación, yo por suerte tengo dos enfermedades que no generar dolor ni malestar de ese tipo, pero bueno generar en lo que es la vida de todos los días tener que ocuparse y estar atenta a muchas cosas que uno habitualmente hace sin pensar, por decirlo de alguna forma, así que, por un lado eso, bueno y después complicaciones que se asocian a la medicación que uno usa que tienen un efecto a largo plazo que eso es por lo que estoy transitando ahora, pero sí modificar, modificó desde el principio, y cuestiones más psicológicas pero es ya un poco más al margen “

“Yo jugaba al tenis e iba al gimnasio y empecé a darme cuenta que me costaba mucho tiempo recuperarme..... entonces uno aprende a manejarlo, y yo no soy miedosa, tampoco soy una persona que le tenga miedo a la muerte, no me gustaría una mala vejez, pero no le tengo miedo, entonces busco la mejor manera de convivir con esto de la mejor manera posible y que no me limite en un montón de cosas.”

Discusión

Los hallazgos de este estudio permiten establecer un diálogo entre la teoría, el estado del arte, las ECNT y la participación ocupacional. En primer lugar, los resultados dan cuenta de lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, 2019b): las ECNT son una de las causas de discapacidad, con una restricción y limitación marcada y significativa en la vida cotidiana de las personas y por ende de sus familias. La diversidad de enfermedades relevadas musculoesqueléticas, diabéticas, neurológicas, cardiovasculares y respiratorias dan cuenta de la heterogeneidad de esta población y de la necesidad de respuestas diferenciales.

En consonancia con la CIF (Organización Mundial de la Salud, 2001), los datos obtenidos muestran que las limitaciones en la participación no impactan solamente en la dimensión biológica, sino que se expresan en la participación, restricción y limitación de las actividades cotidianas.

Esta perspectiva se profundiza con lo planteado por Kielhofner (2006), quien subraya que participar en la vida cotidiana implica una experiencia subjetiva que integra significado personal y riqueza social. Las entrevistas realizadas muestran con claridad este punto: las dificultades no se limitan a las habilidades motoras, sino que abarcan el sueño, el trabajo, el tiempo libre y la participación social, afectando la identidad y el sentido de competencia ocupacional de las personas.

En relación con los apoyos utilizados y disponibles, los resultados son coherentes con la AOTA (2020), en relación con la diversidad de estrategias, reflejada en las personas entrevistadas y encuestadas: desde adaptaciones ambientales, uso de elementos de apoyo y técnicas de ahorro de energía, hasta indicaciones clínicas y rehabilitación. Esto evidencia que el apoyo a la participación ocupacional requiere de distintos actores del sistema de salud.

Un hallazgo destacable es que un porcentaje alto de las personas encuestadas conoció los apoyos por recomendación de un/a profesional, reforzando el papel central del equipo de salud como fuente de información y orientación. Esta relación y respeto con el profesional coincide con lo planteado por el Modelo de Atención de Personas con Enfermedades Crónicas (MAPEC), mencionado por González y Laspiur (2015), que propone transitar de un modelo reactivo a uno proactivo, centrado en la persona y su contexto.

Los datos también muestran que aún persisten brechas en el acceso a recursos comunitarios, institucionales y no institucionales, como grupos de apoyo entre pares. Muchas veces simplemente por falta de información o acceso libre sobre el recurso.

En este punto, resulta pertinente retomar lo planteado por Barragán et al. (2007) respecto del abordaje del proceso salud-enfermedad como un fenómeno que se construye a partir de factores sociales, culturales y prácticas de autocuidado. En esta línea, Laspiur (2014) destaca la importancia de que las personas cuenten con herramientas, conocimientos y educación para el cuidado de su salud.

El presente estudio muestra que la autogestión de la salud es un proceso en construcción: muchas personas recurren a estrategias de prueba y error, adaptan sus rutinas y buscan activamente información en entornos virtuales y redes de pares, lo que señala el valor del empoderamiento y la educación en salud como aspectos estratégicos de intervención. Estos hallazgos también son coincidentes con la propuesta del MAPEC y enfatizan la necesidad de fortalecer la red comunitaria de apoyos, promover la accesibilidad del entorno físico y ampliar los espacios de participación en la vida cotidiana para las personas con ECNT en Argentina.

Reflexiones finales

El presente trabajo buscó conocer las necesidades de las personas con Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT). A partir de este estudio fue posible comprender con mayor profundidad la problemática en torno a los apoyos necesarios para favorecer la Participación Ocupacional (PO).

Las ECNT constituyen un conjunto de enfermedades caracterizadas por presentar etiologías múltiples, ser de larga duración y con frecuencia conducir a una condición de discapacidad. Estas condiciones se instalan en la vida cotidiana, impactando en muchos casos en las habilidades motoras, de procesamiento y de participación social. Con el paso del tiempo, estas afectaciones se traducen en limitaciones o restricciones para una amplia variedad de actividades, influyendo también en el estado de ánimo.

Si bien todas las actividades de la vida cotidiana pueden verse afectadas, se mencionan con mayor frecuencia las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las personas con ECNT suelen resistirse a aceptar las limitaciones, buscando permanentemente nuevas formas de participar en la vida cotidiana. Sin embargo, de forma paulatina, algunas actividades que ya no pueden realizar dejan de ser de interés y pasan a formar parte de lo que se percibe como “del pasado” o “no posible”. En relación con la autonomía en la participación, se observa que la proyección hacia el futuro se tiñe de miedo, no tanto por el avance natural de la edad, sino por el curso de la enfermedad.

El proceso salud-enfermedad implica tiempos y energías considerables. Gran parte de estos recursos personales se destinan al cuidado de la salud y a encontrar estrategias para llevar a cabo las actividades cotidianas. En este estudio también se identificó que las necesidades de apoyo para continuar o retomar algún grado de participación en las ocupaciones cotidianas se dan en distintos contextos, y que cada grupo familiar responde de manera particular.

Entre los apoyos mencionados, se destacan:

- Red familiar: integrada por familiares, allegados o cuidadores, que permiten delegar tareas difíciles o imposibles de realizar.
- Red comunitaria: donde se ofrecen apoyos diversos, con variaciones según la comunidad relevada.
- Equipo de salud: profesionales que brindan cuidados, prescriben apoyos personalizados y realizan recomendaciones sobre el entorno.
- Recursos comunitarios: reconocidos como elementos centrales en las redes de atención para personas con ECNT (González & Laspiur, 2015). Sin embargo, su implementación tiende a concentrarse en dispositivos institucionales o en espacios dirigidos a personas mayores, en

detrimento del desarrollo de recursos comunitarios informales. Esta configuración puede favorecer lógicas de segregación, al ubicar a las personas con dificultades en circuitos diferenciados de participación.

- Tecnología y productos de apoyo personalizados: muchas veces indicados como parte del tratamiento.
- Entorno físico accesible: indispensable para garantizar la participación en la comunidad.

La participación en la vida cotidiana no se logra únicamente con uno o varios apoyos; implica un proceso de exploración, ensayo y error, que requiere paciencia y perseverancia. Las personas entrevistadas mencionan la expectativa de encontrar apoyos en la red comunitaria, integrada por instituciones, equipos de salud, espacios virtuales y redes sociales, así como en el intercambio con otras familias o con personas en situaciones similares. También se espera apoyo por parte de espacios municipales y del territorio donde residen.

La diversidad de necesidades identificadas exige una variedad de estrategias para dar respuesta, adaptadas tanto a cada persona y su familia como a la comunidad a la que pertenecen. Es fundamental que la persona y su grupo familiar puedan gestionar activamente su salud y acceder a los apoyos necesarios.

La historia reciente evidencia que, desde el sistema de salud, se llevan adelante acciones colectivas para mejorar la calidad de vida de las personas con ECNT y sus familias. Sin embargo, se trata de un tema complejo que requiere acciones coordinadas entre todos los actores, con el fin de garantizar el derecho a la participación ocupacional de cada persona con ECNT.

Este estudio, aunque no generalizable a otros contextos, constituye una valiosa muestra que permite escuchar las voces de quienes viven con condiciones crónicas y buscan seguir participando plenamente de la vida cotidiana.

Referencias

- Ander-Egg, E. (2014). *Aprender a investigar: Nociones básicas para la investigación social*. Editorial Brujas.
- American Occupational Therapy Association. (2020). *Occupational therapy practice framework: Domain and process* (4th ed.). American Occupational Therapy Association.
- Barragán, H., Moiso, A., Mestorino, M. D. L. A., & Ojea, O. A. (2007). *Fundamentos de salud pública. Primera parte*. Universidad Nacional de La Plata. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/29128>
- González, G., & Laspiur, S. (2015). *Redes de salud para el cuidado de personas con ECNT: Destinado a equipos de salud*. Ministerio de Salud de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/salud/redes>
- Kielhofner, G. (2006). *Fundamentos conceptuales de terapia ocupacional*. Médica Panamericana.

- Laspiur, S. (2014). *Abordaje integral de personas con enfermedades crónicas no transmisibles*. Ministerio de Salud de la Nación.
- Ministerio de Salud de la Nación. (2018). *Análisis de situación de salud: República Argentina*. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2019-12/0000001392cnt-analisis_de_situacin_de_salud_-_repblica_argentina_-_asis_2018_compressed.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2024). *Boletín de mortalidad por enfermedades no transmisibles, período 1997–2022*. Área de Vigilancia Epidemiológica, Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013–2020*.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Enfermedades no transmisibles*. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Organización Panamericana de la Salud. (2019a). *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los ODS 2019–2030* (Documento CD57/10). https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=49688-cd57-10-s-promocion-salud&category_slug=cd57-es&Itemid=270&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud. (2019b). *Las ENT de un vistazo*.

Condiciones y transformaciones edilicias hospitalaria en tiempos de pandemia covid-19 desde el sur -Argentina

Mirtha Zuleyka Sánchez

<https://orcid.org/0000-0001-5982-5689>
zuleykase@gmail.com

Universidad de Carabobo-Venezuela. Universidad
Nacional de la Patagonia Austral

Dora Maglione

<https://orcid.org/0000-0003-4708-7089>

Universidad Nacional de la Patagonia Austral –
Unidad Académica Río Gallegos – Argentina

Aldo Enrici

<https://orcid.org/0000-0002-5922-2607>

Universidad Nacional de la Patagonia Austral –
Unidad Académica Río Gallegos – Argentina

Fuente de financiamiento:

CONICET

Año: 2025

Resumen

El año 2020, quedó marcado en la historia de la humanidad debido a la pandemia de COVID-19. Los gobiernos enfrentaron el desafío de controlar la propagación del virus y proteger a la población. El aumento de casos sobrecargó los sistemas de salud, generando condiciones laborales adversas para el personal sanitario, especialmente en regiones distantes con infraestructura limitada. **Objetivo:** Analizar condiciones y transformaciones edilicias hospitalarias en tiempos de pandemia COVID-19, desde el sur de la provincia de Santa Cruz, Argentina. **Metodología:** Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo y correlacional con una muestra del 51% de los trabajadores de salud activos en ese período. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario en Google Forms con escala Likert, dividido en dos secciones: datos demográficos y transformaciones en la infraestructura. **Resultados:** el (42%) experimentaron hacinamiento de enfermos por COVID-19; el (50%) improvisaron ambientes; (58%) consideró la ventilación y la calefacción de ambientes respectivamente; el (50%) contó con cuartos de descanso; mientras el (50%) nunca contó con ambiente para ingesta de comida. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de fortalecer las condiciones laborales para garantizar una respuesta eficiente ante futuras emergencias. Es fundamental políticas públicas de salud y estrategias de gestión sanitaria para: planificación estratégica, inversión, diseño de protocolos de ampliación que aseguren

ambientes funcionales y seguros con el personal de salud según el número de camas. Las adecuaciones improvisadas exponen al personal a riesgos laborales, agotamiento y comprometen la calidad de la atención.

Palabras clave: Condiciones de Trabajo, Gestión Hospitalaria, Transformación de Ambientes, Personal de la Salud, Infraestructura Sanitaria

Healthcare infrastructure conditions and transformations during the covid-19 pandemic: a view from the south

Abstract

The year 2020 was marked in the history of humanity by the COVID-19 pandemic. Governments faced the challenge of controlling the spread of the virus and protecting the population. The rise in cases overwhelmed healthcare systems, creating adverse working conditions for healthcare personnel, especially in remote regions with limited infrastructure. **Objective:** To analyze the conditions and transformations of hospital buildings during the COVID-19 pandemic, from the south of the province of Santa Cruz, Argentina. **Methodology:** A quantitative, descriptive, and correlational study was conducted with a sample representing 51% of healthcare workers active during that period. Data collection was carried out through a Google Forms questionnaire with a Likert scale, divided into two sections: demographic data and infrastructure transformations. **Results:** 42% experienced overcrowding of COVID-19 patients; 50% reported improvising care spaces; 58% considered ventilation and heating conditions, respectively; 50% had rest areas; while 50% never had a designated space for food consumption. **Conclusion:** The study highlights the need to strengthen working conditions to ensure an efficient response in future emergencies. Public health policies and healthcare management strategies are essential for strategic planning, investment, and the development of expansion protocols that ensure safe and functional environments adapted to the number of beds and healthcare staff. Improvised adaptations expose personnel to occupational risks, lead to exhaustion, and compromise the quality of care.

Keywords: Working Conditions, Hospital Management, Environmental Transformation, Health Personnel, Healthcare Infrastructure.

Introducción

El año 2020, quedó marcado en la historia de la humanidad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que un nuevo coronavirus, denominado SARS-CoV-2 o COVID-19, era un patógeno desconocido, de alta transmisibilidad, capaz de multiplicarse con facilidad en el aparato respiratorio, lo que generó que fuera considerado una "emergencia de salud pública de interés internacional" (OMS, 2020; Hernández-Pérez et al, 2021). Este virus forjó incertidumbre y paralización general en todos los continentes.

Por este motivo, los gobiernos se enfrentaron con un enemigo público, con la urgencia de controlar la pandemia y proteger a sus poblaciones. A medida que los casos aumentaban, requirieron de asistencia médica, esto afectó a todos los segmentos del sistema sanitario de cada país y en algunos casos, dichos sistemas colapsaron (Saltos et al, 2022).

Entre los sistemas sanitarios más afectados se encuentran los ambientes hospitalarios, en estos se internaron a personas contagiadas por COVID-19 en condición crítica, moderada y leve. Las primeras necesitaron internación y respiración asistida, es decir, en terapia intensiva. Las moderadas demandaron internación y pueden llegar a necesitar respiración mecánica, mientras que las leves son aquellos casos febriles que necesitaron observación y aislamiento; para el momento se priorizaron el diagnóstico y el tratamiento de los casos sospechosos y positivos de COVID, lo que obligó la pronta adecuación edilicia de los hospitales para el aislamiento e internación de los pacientes (Moglia y Sy, 2023).

El aumento descontrolado del número de personas afectadas, generó la necesidad de una reorganización y modificar ambientes internos, de ampliar consultorios, aumentar del número de camas de los centros hospitalarios, improvisación de ambientes incluso construcción de hospitales para cubrir la demanda asistencial (BBC New, 2020; Silberman et al, 2021), y de esta manera poder dar respuesta a la población, esta situación se repitió en todo el mundo.

Todo lo descrito, ocasionó que el personal de salud (PS en adelante) catalogado como personal de primera línea pues, son los que realizan la evaluación clínica, los cuidados y administran el tratamiento a los pacientes con COVID-19, además, atienden a los pacientes que se presentan con emergencias no relacionadas con COVID-19 y los pacientes que requieren controles de rutina (Ron, 2020).

Este PS trabajó largas horas, para cubrir la demanda laboral. Por lo tanto, estos vivenciaron con mayor crudeza condiciones adversas, ligadas al COVID-19 (Koh, 2020; Sánchez et al 2023), dada la naturaleza esencial de su labor en la atención de los afectados, y a la constante exposición al virus producto de la cercanía inherente a sus funciones, por ello fue considerado como grupo social de alto riesgo.

Los trabajadores o personal de salud (PS), son aquellas personas que laboran en centros asistenciales de cualquier naturaleza, desde el empleado de limpieza, de administración hasta los profesionales como médicos, enfermeros, entre otros (Soares et al, 2020). Estos centros, son ambientes de restauración de la salud y de bienestar, pero también son fuente de riesgo, que albergan a estos trabajadores, que ejercen funciones bajo cargas y tensiones laborales a las que se someten de manera habitual (Suárez-Duarte et al 2020), al ejercer sus actividades profesionales. Sin embargo, durante la pandemia COVID-19 estas actividades fueron exacerbadas y las condiciones e infraestructura hospitalaria descritas fueron consideradas de mayor vulnerabilidad para estos profesionales. Siendo las transformaciones edilicias hospitalarias el proceso por medio del cual diferentes tipos de hospitales se preparan para la atención de pacientes durante una crisis de salud, en este caso, durante la pandemia del COVID-19 (Mendoza-Popoca y Suárez-Morales, 2020).

Las investigaciones realizadas, durante la pandemia, abordaron diferentes temas de interés científico. Entre ellos, las condiciones de trabajo del PS en primera línea adquirieron gran relevancia y emergieron

flagrante como un argumento, al evidenciarse situaciones críticas y de desafíos significativos. Estas condiciones de trabajo, entendidas como un conjunto de variables presentes y que influyen en el entorno físico, contexto laboral, puede afectar tanto el estado salud físico y emocional, siendo factores determinantes para el desempeño seguro y eficiente de sus funciones.

En términos de gestión laboral, emerge como factor protector la higiene laboral, que se enfoca en las personas, en las condiciones ambientales, atmosféricas del trabajo y la seguridad ocupacional como elementos fundamentales para prevenir accidentes (Chiavenato, 2011). En pandemia, la condición y medio ambiente de trabajo en centros de salud suburbana o con ubicación geográfica distante pudieron presentar desafíos adicionales a los ya conocidos y de resolución interna de los grupos de trabajo como pueden ser el que nos ocupa en el hospital distrital público en el extremo Sur del país en la provincia de Santa Cruz -Argentina. El Hospital pertenece al Ministerio de Salud y Ambiente, Zona 1, mediana complejidad y de referencia durante la pandemia (Sistema de Salud de la Provincia de Santa Cruz, 2020), tiene una cobertura según el último censo para 12.651 pobladores (Instituto de Estadística y Censos, 2022).

Además, factores determinantes como: las cuatro estaciones climáticas, los fuertes vientos durante todo el año (que pueden alcanzar 60 -80 km por hora y ráfagas que pueden superar 120 km por hora), dificultades para el acceso o la llegada de equipos, materiales, insumos etc. Así como la salida y llegada de ambulancias con pacientes y personal a ciudades cercanas con hospitales de mayor complejidad, se convirtieron en elementos críticos adicionales con los que tuvo que lidiar el PS durante la pandemia COVID-19.

Por tal motivo, se emprende esta investigación, con el objetivo de analizar las condiciones y transformaciones edilicias hospitalarias en tiempos de pandemia COVID-19, desde el sur de la provincia de Santa Cruz, Argentina. En este estudio, consideramos la estructura física del ambiente hospitalario como una variable con valor superlativo, para el desempeño seguro y libre de riesgos para este grupo de trabajadores.

Materiales y método

Este estudio es de tipo cuantitativo, descriptivo, de campo y correlacional (Arias y Covinos, 2021), basado en una encuesta realizada a trabajadores de un hospital público ubicado en el sur de la Provincia de Santa Cruz-Argentina.

La población del estudio, incluyó a trabajadores que se desempeñaron en el hospital durante la pandemia COVID-19 (50 PS), mientras que la muestra representó el 60% (30PS) de la población. Los criterios de inclusión fueron ser personal de salud, haber trabajado en el hospital durante la pandemia (2020-2022), haber asistido a pacientes COVID-19, así como expresar el deseo de participar en el estudio.

La recolección de información: se realizó entre marzo y agosto 2023, se diseñó un cuestionario inédito, elaborado a través del Formulario de Google, empleando la escala Likert con 5 alternativas de respuestas. El mismo, se estructuró en dos partes: la primera recopiló datos demográficos, la segunda abordó las condiciones

y transformaciones en la infraestructura hospitalaria relacionada con el contexto físico durante la pandemia de COVID-19. La validez del cuestionario fue evaluada por expertos, se realizó una prueba piloto con participantes de características similares a la muestra final (Hernández y Mendoza 2018).

Durante la recolección de datos, se suministró a los participantes información detallada de la investigación como el título y objetivos del estudio. Se proporcionó consentimiento informado y se consideraron aspectos éticos como confidencialidad, autonomía, anonimato e integridad.

Las pruebas estadísticas empleadas fueron el coeficiente Alfa de Cronbach, para la confiabilidad del instrumento, obteniendo un valor de 0.89, indicando una alta confiabilidad para su aplicación. Además de presentar frecuencias relativas y absolutas, se utilizaron porcentajes, la asociación de variables y se calculó un índice de confianza, para proporcionar un análisis estadístico robusto y completo de los datos recopilados.

Resultado

A continuación, se presentan los resultados, basados en el objetivo de la investigación.

En relación a la caracterización de la muestra estudiada se destaca lo siguiente: el personal de salud en su mayoría era del sexo femenino (92%); el (50%) era del rango etario de 41 a 50 años de edad; el (46%) tiene título de grado universitario; el (62%) son enfermeros/as; el (50%) trabaja, en el área de hospitalización y (77%) hace turnos rotativos.

En cuanto a las condiciones y transformaciones edilicias del centro hospitalario al Sur durante la pandemia COVID-19, en la provincia de Santa Cruz-Argentina, donde se desempeñaron los participantes del estudio la Tabla N° 1, muestra que (42%) nunca o casi nunca experimentaron hacinamiento de enfermos por COVID-19; el (50%) siempre o casi siempre improvisaron ambientes; (58%) consideró siempre o casi siempre la ventilación y la calefacción de los ambientes respectivamente; el (50%) siempre o casi siempre contó con cuartos de descanso; mientras el (50%) nunca o casi nunca contó con ambiente para la ingesta de comida; el análisis bivariado al cruzar los datos demográficos reportó que existe relación dependencia y dirección entre las variables cuarto de descanso con género ($p=0,0104$), grado académico alcanzado ($p=0,0102$) y el lugar de trabajo ($p=0,0010$). Además, existe valores de correlación estadísticamente significativa entre las variables de riesgo como hacinamiento de pacientes e improvisación de ambiente ($p = 0,0227$) y ventilación de ambientes ($p = 0,0408$); la variable cuarto de descanso con ambiente para ingesta de comida del personal ($p = 0,0136$); mantenimiento de calefacción y ventilación de ambientes ($p = 0,0490$).

Tabla N° 1

Distribución porcentual de las condiciones laborales del personal de salud que laboraron durante la pandemia de COVID-19, relacionado a las transformaciones edilicias del hospital al sur de la Provincia de Santa Cruz- Argentina.

Porcentaje		p-valor para el test de independencia entre variables									
N	Ítems	Siempre o Casi Siempre	Ocasionalmente	Nunca o casi nunca	Género	Edad	Grado académico Alcanzado	Lugar de trabajo	Profesión	Área de Trabajo	Turno
1	Hacinamiento de pacientes	23 %	35 %	42 %	0,7630	0,2519	0,0914	0,3047	0,5856	0,1587	0,5184
2	Improvisación de ambientes	50 %	30 %	20%	0,1686	0,3954	0,7852	0,4270	0,3224	0,3542	0,6458
3	Calefacción	58 %	42 %	-	0,4481	0,9175	0,4606	0,1553	0,2030	0,5646	0,6536
4	Ventilación de ambientes	58 %	30 %	12 %	0,3004	0,2670	0,6020	0,8149	0,9403	0,4635	0,8839
5	Cuartos de descanso para el personal	50 %	31 %	19 %	0,0104*	0,6709	0,0102*	0,0010*	0,3930	0,2600	0,8555
6	Ambiente para ingesta de comida del personal	31 %	19 %	50 %	0,7004	0,9441	0,0861	0,8149	0,1761	0,2564	0,1989
		Ítems asociados									p-valor=
Hacinamiento de pacientes		Improvisación de ambiente									0,0227
Ambiente de descanso		Ventilación de ambientes									0,0408
Mantenimiento de calefacción		Ambiente para ingesta de comida del personal									0,0136
		Ventilación de ambientes									0,0490

Cuadro de elaboración propia
Fuente: instrumento aplicado, 2024

Discusión

En base a los objetivos y a los resultados, se evidencia que el PS del hospital distrital del sur de la Provincia de Santa Cruz-Argentina enfrentó grandes desafíos relacionados con condiciones de trabajo y transformaciones edilicias necesarias en tiempos de pandemia COVID-19. El aumento significativo de personas contagiadas por el virus, generó hacinamiento moderado de pacientes y en consecuencia, espacios insuficientes apropiados en las áreas de emergencia e internación. Los organismos internacionales de salud destacaron la necesidad de ampliar la capacidad funcional de los centros hospitalarios, especialmente en unidades de cuidados críticos, en zonas periurbanas, rurales y en poblaciones indígenas (OPS, 2020).

Toda esta dinámica compleja de aumento desproporcionado de pacientes, en relación al número de camas, limitó la capacidad de respuesta estructural de este hospital, originando la necesidad de transformar ambientes, generando cambios urgentes en la distribución interna del hospital, esta demanda sugiere una relación desequilibrada entre contextos hospitalarios con alta demanda de pacientes y la escasez de PS lo que exacerbó su vulnerabilidad.

Estos resultados, coinciden con investigaciones relacionadas con la transformación y la ampliación de las áreas dedicadas a la atención y cuidado de los afectados por el COVID-19 descritas en países como China y Ecuador. Estas medidas, se consideraron con la intención de minimizar los riesgos de infecciones cruzadas por hacinamiento intramuros (Saltos et al, 2022; Suárez-Duarte 2020; Liu et al, 2020). Otros estudios, destacan estrategias adoptadas en la primera ola de la enfermedad, los centros asistenciales locales colapsaron por el aumento en el número de personas enfermas que acudían a ellos, llevando a modificar los establecimientos, la distribución de espacios y servicios de atención médica.

En otros países, como en el caso de México, se implementaron estrategias similares. Por un lado, también se hizo una reconversión en la infraestructura hospitalaria mediante la reasignación de camas hospitalarias, apertura de hospitales y adaptación de espacios abiertos como estacionamientos o plazas. Por el otro, se diseñó una estrategia para la conformación de equipos de trabajo para tratar de cubrir y atender pacientes graves por COVID -19 (Olivera-Martínez y García-Andrés, 2022).

Entre las transformaciones se documentan ajustes en la recepción de pacientes, reorganización de pisos, separación de áreas generales con las áreas COVID -19 (Sy et al, 21021; Malleville et al, 2020). Estudios realizados en el país, en ciudades principales señalan la construcción de hospitales modulares en la región sudeste del GBA que sumaron a la red 149 camas de internación intermedia (con capacidad de brindar oxigenoterapia) y 67 camas de cuidados críticos, lo que representó un incremento de 49,5% en camas de complejidad intermedia y de 76% de camas de cuidados intensivos en el 2020 lo que fue clave para evitar el colapso del sistema en la zona (Koh, 2020).

Las adecuaciones de ambientes, según la literatura encontrada en los centros asistenciales fueron de canchas, o colegios como la transformación de uno en un hospital de campaña en la localidad de Corriente al

norte de Argentina, para solventar la atención a pacientes y asegurar el aislamiento del resto de los enfermos que acuden al hospital local (Gómez y Ortiz, 2021).

La crisis de la pandemia exige la toma de decisiones para enfrentar momentos difíciles. Esto fue precisamente lo que sucedió en las grandes ciudades con mayor número de habitantes ante posibles efectos de la pandemia por el COVID-19. Ante este escenario, al igual que en otras regiones implementaron proyectos ambiciosos de hacer hospitales provisorios, temporales que requieren gran inversión económica e insumos en pocas semanas.

Sin embargo, en localidades distantes con menores recursos económicos y menor número de pobladores locales, las decisiones estaban dirigidas a la ampliación, a redireccionar ambientes y a separar las “Zona”. Entonces existía la “Zona Roja” para las personas con diagnósticos de COVID-19 y “Zona Verde” para los enfermos con patologías diversas.

La rápida implementación de estas medidas, para expandir la capacidad interna y ampliar los servicios de salud, en el hospital se consideraron eficaces, de menor inversión y ayudaron a solapar la demanda de las personas afectadas por la pandemia. Así lo consideraron Mendoza-Popoca y Suárez-Morales (2020), quienes aseguran que la reconversión hospitalaria es una estrategia de gran relevancia en el proceso de contención y tratamiento de una pandemia, que fue desarrollada como consecuencia de la experiencia mundial e histórica, obtenida a partir de catastróficas vivencias de previas pandemias.

Sin embargo, ampliar la capacidad operativa sin planificación detallada de elementos fundamentales como: luminarias, electricidad, equipamiento (tomas de oxígeno, aire comprimido, succión), camas operativas, salas de aislamiento, número de personal suficiente y cualificado, para brindar el cuidado, puede generar otras necesidades y/o problemas que deben ser considerados como agotamiento, angustia y estrés entre el personal sanitario.

Otro factor a considerar, en esta zona al sur del país es la ventilación y la calefacción. Investigaciones concluyen, que es crucial para prevenir la propagación del virus (Aggarwal et al, 2020; Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, 2020) en los ambientes como habitaciones, salas, oficinas y prevenir infectar al PS (OMS, 2021; Galán-Rodas et al, 2020). Por lo tanto, el PS debe mantenerse alerta y no debe descuidar las medidas de protección en estas áreas que son de potencial riesgo. Controlar las condiciones ambientales, es crucial para prevenir infecciones nosocomiales, sino también para contribuir en el bienestar del personal en climas extremos, donde la ventilación deficiente puede aumentar el riesgo de contagio y enfermedades respiratorias.

En relación a los ambientes de descanso y alimentación, las respuestas de los encuestados sugieren inequidades en el acceso de estos, lo que coincide con hallazgos de un estudio realizado en Mar del Plata, Argentina, donde se observó que más de la mitad de los participantes refirieron reducción en los tiempos de descanso, ocasionado por el incremento del ritmo y la intensidad de trabajo durante la pandemia por COVID (Aggarwal, et al 2020).

Otra investigación realizada en Chile, estudiaron los modos de contaminación del PS en un hospital, donde el 20% de ellos fue infectado por otro, de manera intrahospitalaria. Además, el 17% reconoció infringir las medidas de protección ante otro trabajador, mayormente en comedores, mientras tomaban café y/o consumían alimentos (Chomalia et al, 2021).

Por otro lado, hay evidencia que, debido a la dinámica del trabajo y al uso de EPP, limitaba el acceso o uso de estos espacios, (para la eliminación fisiológica, la ingesta de agua y alimentos) relacionado al cambio de ropa que esto implicaba (Soares et al, 2020), lo que le impidió hacer uso cotidiano de estos ambientes.

Por otro lado, el liderazgo, la planificación, el trabajo en equipo y colaborativo puede dar grandes aportes, para que cada grupo de trabajo pueda permitir a sus trabajadores cubrir mientras satisfacen sus necesidades fisiológicas de alimentación, eliminación, higiene y descanso. Esto evita cansancio, fatiga, agotamiento, estrés entre este grupo de trabajadores.

Otra investigación realizada en Venezuela (Ron, 2020), plantea que los indicadores de infección por COVID-19, señalan que es una infección ocupacional para el PS. Sin embargo, los países que muestran sus registros, lo hacen de forma esporádica. Es decir, no hay estadísticas precisas que reflejen el número de profesionales infectados, los que se recuperan y los que perdieron la batalla. El mismo autor señala la importancia de estos datos podrían permitir, a los líderes de los sistemas de salud, tomar medidas necesarias y oportunas para garantizar un trabajo seguro, lo cual redundaría en la reducción de infecciones, muertes, estrés e incertidumbre del PS.

La llegada de la pandemia de COVID-19 a nivel mundial ocasionó desequilibrio en las organizaciones laborales. Las consecuencias y las readecuaciones fueron consideradas necesarias (Saltos, et al, 2022), en las instituciones de salud. En estos tiempos de crisis fueron propicios para tomar decisiones para momentos críticos. Esto ocurrió en el país, al sur en la provincia de Santa Cruz

Conclusiones

La investigación destaca los desafíos que enfrentó el personal de salud en un hospital público al Sur de la provincia de Santa Cruz, Argentina, durante la pandemia de COVID-19, evidenciando la fragilidad del sistema sanitario, la necesidad de mejorar y fortalecer las condiciones de trabajo y las transformaciones edilicias. Los resultados destacan la urgencia de adecuar los ambientes de atención para garantizar una respuesta eficaz ante futuras emergencias sanitarias especialmente en regiones geográficas distantes. Para ello, es fundamental políticas públicas de salud y estrategias de gestión sanitaria para la planificación estratégica que contemple inversión en infraestructura, implementación de protocolos de ampliación y transformación de espacios funcionales, y seguros con el personal de salud según el número de camas, para que estas adaptaciones no representen riesgos laborales para los trabajadores de la salud. La pandemia, dejó claro que, sin una infraestructura adecuada y condiciones laborales óptimas, el personal sanitario se ve expuesto a situaciones de alto riesgo laboral, agotamiento que compromete tanto su bienestar como la calidad de la atención brindada.

Por ello, es crucial adoptar medidas que refuercen la resiliencia del sistema de salud, permitiendo afrontar con mayor eficiencia y seguridad ante posibles crisis sanitarias en el futuro.

Finalmente se sugiere, realizar futuras investigaciones con un abordaje cualitativo para indagar desde las voces y las experiencias de los profesionales de salud, sobre estas transformaciones edilicias durante la pandemia, su efectividad, su impacto en su bienestar físico y emocional lo que permitirá una comprensión integral.

Referencias

- Arias Gonzales, J. L., & Covinos Gallardo, M. (2021). *Diseño y metodología de la investigación*. Enfoques Consulting EIRL. https://repositorio.concytec.gob.pe/bitstream/20.500.12390/2260/1/AriasCovinos-Diseño_y_metodologia_de_la_investigacion.pdf
- Aggarwal, S., Aggarwal, S., Aggarwal, A., Jain, K., & Minhas, S. (2020). High viral load and poor ventilation: Cause of high mortality from COVID-19. *Asia Pacific Journal of Public Health*, 32(6–7), 377–378. <https://doi.org/10.1177/1010539520944725>
- BBC News Mundo. (2020). Coronavirus en Italia: “La sala de emergencias se está derrumbando”: la dramática situación que deben enfrentar los médicos que atienden a pacientes con COVID-19 en el país europeo. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-51919561>
- Chomali, M., Guell, M., Hervé, B., Angulo, C., Huerta, C., Gutiérrez, C., & Blamey, R. (2021). Impacto de la primera ola pandémica de COVID-19 en el personal de salud en un hospital privado. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(1), 90–104. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.12.010>
- Chiavenato, I. (2011). Administración de recursos humanos: El capital humano de las organizaciones (9ª ed.). McGraw-Hill/Interamericana Editores. https://www.sijufor.org/uploads/1/2/0/5/120589378/administracion_de_recursos_humanos_-_chiavenato.pdf
- Galán-Rodas, E., Tarazona-Fernández, A., y Palacios-Celi, M. (2020). Riesgo y muerte de los médicos a 100 días del estado de emergencia por el COVID-19 en Perú. *Acta Médica Peruana*, 37(2), 119–121. <https://doi.org/10.35663/amp.2020.372.1033>
- Gobierno de Santa Cruz. (2020). Sistema de salud provincial en contexto de pandemia. <https://noticias.santacruz.gob.ar/gestion/gobierno/item/14834-sistema-de-salud-provincial-en-contexto-de-pandemia>
- Gómez, G. J., & Ortiz Almirón, A. M. (2021). Hospitales de campaña en contextos de pandemia de la COVID-19: El caso de la ciudad de Corrientes. *ADNea*, (9).
- Hernández-Pérez, R., Delgado-Concepción, A., Aguilar-Hernández, I., Vázquez-Aguilar, J., & Hernández-Núñez, A. (2021). Efectividad de intervención educativa en conocimientos sobre COVID-19 y bioseguridad en enfermeras asistenciales expuestas al SARS-CoV-2. *Revista Cubana de Enfermería*, 37(1). <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4269>
- Hernández Sampieri, R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Ciudad de México, México: Editorial Mc Graw Hill Education, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2023). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022: Resultados provisionales. https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/cnphv2022_resultados_provisionales.pdf
- Koh, D. (2020). Occupational risks for COVID-19 infection. *Occupational Medicine (Oxford, England)*, 70(1), 3–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7107962/>
- Liu, Q., Luo, D., Haase, J. E., Guo, Q., Wang, X. Q., Liu, S., Xia, L., Liu, Z., Yang, J., & Yang, B. X. (2020). The experiences of health-care providers during the COVID-19 crisis in China: A qualitative study. *The Lancet Global Health*, 8(6), e790–e798. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30204-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30204-7)
- Malleville, S., Fernández, A., Fernández, M., Fonseca, M., Mirada, J., Murua, S., et al. (2020). *Los trabajadores y las trabajadoras de la salud en tiempos de pandemia (COVID-19)*. Dirección de Redes Intersectoriales de Salud, Secretaría de Salud, Universidad Nacional de La Plata. <https://n9.cl/2e9s8>
- Mendoza-Popoca, C. Ú. y Suárez-Morales, M. (2020). Reconversión hospitalaria ante la pandemia de COVID-19. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 43(2), 151–156. <https://doi.org/10.35366/92875>
- Ministerio de Salud, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020). Protocolo para la utilización de Equipos de Protección Personal (EPP) en trabajadores de salud. [https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/docs/efectores/Protocolo%20para%20la%20utilizaci%C3%B3n%20de%20Equipos%20de%20Protecci%C3%B3n%20Personal%20\(EPP\)%20en%20trabaj](https://portal-coronavirus.gba.gov.ar/docs/efectores/Protocolo%20para%20la%20utilizaci%C3%B3n%20de%20Equipos%20de%20Protecci%C3%B3n%20Personal%20(EPP)%20en%20trabaj)
- Moglia, B., & Sy, A. (2023). Atención de enfermedades crónicas durante la pandemia por COVID-19. Un análisis de las narrativas de trabajadores de hospitales públicos del conurbano bonaerense (Argentina). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 41(1), e349651. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349651>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Preguntas y respuestas sobre la ventilación y el aire acondicionado y la COVID-19*. <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/coronavirus-disease-covid-19-ventilation-and-air-conditioning>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Recomendaciones para adaptar y fortalecer la capacidad resolutoria del primer nivel de atención durante la pandemia de COVID-19. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52729/OPSIMSHSSCOVID-19200032_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Olivera-Martínez, G., y García-Andrés, A. (2022). Infraestructura hospitalaria y personal médico del Sistema Público de Salud en México ante la pandemia por COVID-19. *Ciencias Administrativas. Teoría y Praxis*, 17(2), 85–105. <https://doi.org/10.46443/catyp.v17i2.288>
- Ron M. (2020). Algunas reflexiones en torno al impacto de la infección por COVID-19 en los trabajadores sanitarios. *Revista Salud trabajadores*. (Maracay), 28(2), 161-165. <http://servicio.bc.uc.edu.ve/multidisciplinarias/saldetrab/index.htm>
- Salto Llerena, I., Paravic Klijn, T., & Burgos Moreno, M. (2022). Visibilización de condiciones de trabajo del personal de salud en Ecuador en tiempos de pandemia. *Revista Eugenio Espejo*, 16(2), 153–161. <https://doi.org/10.37135/ee.04.14.15>
- Sánchez, M. Z., Benítez, A. R., y Enríci, A. J. (2023). Estado del arte de las condiciones laborales de profesionales de salud en Suramérica durante la pandemia COVID-19. *Enfermería Investiga*, 8(2), 83–93. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v8i2.2008.2023>

- Silberman, M., Yacobitti, A., Otero, L., Arruabarrena, V. D., Arano, J., y Lage, S., et al. (2021). The Southeastern region of the Buenos Aires Province metropolitan area in the face of the pandemic: Evaluation of the expansion of the health system in the framework of COVID-19. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13(Supl. 1), 7. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1853-810X2021000200007
- Soares e Silva, J., Batista de Carvalho, A. R., Carvalho Santos Leite, H. D., y Neves de Oliveira, E. M. (2020). Reflexiones sobre los riesgos ocupacionales en trabajadores de salud en tiempos pandémicos por COVID-19. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000200023
- Suárez-Duarte, R., Campos-Sequeira, L., Villanueva, J., y Mendoza-Castro, C. (2020). Estrés laboral y su relación con las condiciones de trabajo. *Revista Electrónica de Conocimientos, Saberes y Prácticas*, 3(1), 104–119. <https://doi.org/10.5377/recsp.v3i1.9794>
- Sy, A., Moglia, B., y Derossi, P. D. (2021). Todo se transformó completamente: Experiencias de atención a la pandemia de COVID-19 en el ámbito de la salud pública. *Revista de Salud Pública*, 26(2). <http://dx.doi.org/10.31052/1853.1180.v26.n2.33077>
- World Health Organization. (2020). Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). [https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/23-01-2020-statement-on-the-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

Evaluación formativa en entornos innovadores de enfermería

Cuidando la calidad educativa y el bienestar estudiantil

Formative assessment in innovative nursing settings: fostering educational quality and student well-being.

Lic. en Enf. Walter Alberto Lara

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad Abierta Interamericana – Rosario, Santa Fé, Argentina. ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-6102-080X>

E-mail: walteralara@gmail.com

Agosto de 2025.

A mi esposa Paola, compañera incondicional de cada paso.

A mis hijos Candela, Mía y Benjamín, fuente diaria de inspiración y esperanza.

A la memoria de mis padres, Virginia y Carlos, cuyo amor y enseñanzas me acompañan siempre

“La educación es un acto de amor y, por tanto, un acto de valentía”
Paulo Freire.

Resumen

La formación en enfermería ha estado tradicionalmente dominada por un modelo biomédico y hospitalocéntrico, generando una brecha entre la teoría académica y las demandas de la práctica comunitaria. Este enfoque, sumado a sistemas de evaluación

percibidos como punitivos, ha impactado negativamente en el bienestar emocional de los estudiantes. Frente a este escenario, se diseñó e implementó una estrategia de enseñanza innovadora en la asignatura Enfermería en Salud Colectiva y Comunitaria II (4to año, UAI), centrada en la evaluación formativa como eje articulador. La propuesta integró actividades progresivas de producción colaborativa y una simulación de juego de roles con inteligencia artificial (IA).

La evaluación de la experiencia se realizó mediante una estrategia de triangulación de datos que combinó análisis cualitativos y cuantitativos. Los resultados mostraron un impacto positivo multidimensional: en el plano académico, se incrementó la tasa de excelencia (≥ 9) del 31.3% al 56.7% y se redujo la desaprobación del 15.6% al 6.7%; en la dimensión socioafectiva, se evidenció una notable reducción de la ansiedad evaluativa y el fortalecimiento del clima de confianza en el aula. La validación externa mediante el 5to Certamen de Buenas Prácticas de la UAI, que calificó la propuesta como "Destacado", refuerza la pertinencia y efectividad del modelo. Se concluye que la evaluación formativa sistemática trasciende su función pedagógica para convertirse en una estrategia de cuidado que integra calidad educativa y bienestar emocional.

Palabras clave: evaluación formativa, bienestar estudiantil, enfermería comunitaria, retroalimentación, metacognición.

Abstract

Nursing education has traditionally been dominated by a biomedical and hospital-centered model, creating a gap between academic theory and the demands of community practice. This approach, combined with assessment systems perceived as punitive, has negatively impacted students' emotional well-being. In response to this scenario, an innovative teaching strategy was designed and implemented in the course Community and Public Health Nursing II (4th year, UAI), centered on formative assessment as a core element. The proposal integrated progressive collaborative production activities and a role-playing simulation with artificial intelligence (AI).

The evaluation of the experience was carried out using a data triangulation strategy that combined qualitative and quantitative analyses. The results showed a multidimensional positive impact: academically, the rate of excellence (≥ 9) increased from 31.3% to 56.7%, and failure rates decreased from 15.6% to 6.7%; socio-affectively, there was a notable reduction in assessment-related anxiety and a strengthening of the classroom trust climate. External validation through the 5th UAI Good Teaching Practices Contest, which rated the proposal as "Outstanding," reinforces the relevance and effectiveness of the model. It is concluded that systematic formative assessment transcends its pedagogical function to become a care-oriented strategy that integrates educational quality and emotional well-being.

Keywords: formative assessment, student well-being, community nursing, feedback, metacognition.

Introducción y marco teórico

El problema: Modelo biomédico y la evaluación punitiva en la formación de enfermería.

La formación en enfermería ha priorizado históricamente un enfoque biomédico y curativo, centrado en el ámbito hospitalario y en la patología individual. Si bien este modelo es fundamental para el desarrollo de competencias técnicas, suele descuidar la dimensión comunitaria, territorial y holística del cuidado, esencial en el marco de la Atención Primaria de la Salud (APS). Esta disociación entre la formación académica y las necesidades reales de la práctica profesional afecta la capacidad de los futuros enfermeros para abordar determinantes sociales de la salud de manera integral (Southwell & Vassiliades, 2023).

Además, los sistemas de evaluación tradicionales suelen ser experimentados por los estudiantes como instancias sumativas y punitivas, generando altos niveles de ansiedad y frustración. La presión por la calificación final menoscaba la motivación intrínseca y el bienestar emocional, elementos cruciales en la formación de profesionales de la salud (Bixio & de la Barrera, 2021; Lozano & Serna, 2020). Superar este paradigma resulta imperativo

para formar enfermeros no solo competentes, sino también resilientes y comprometidos con su contexto social (Gordillo, 2021; OMS, 2019).

1.2 La evaluación formativa como estrategia de aprendizaje y cuidado

Frente a esta problemática, se propone un cambio de paradigma pedagógico que sitúe a la evaluación formativa en el centro del proceso de enseñanza-aprendizaje. Desde la perspectiva de autores como Camilloni (2019) y Anijovich & Cappelletti (2020), la evaluación formativa se concibe como un proceso continuo, dialógico y orientado a la mejora, donde la retroalimentación constructiva y oportuna funciona como un andamiaje para el desarrollo de competencias.

Esta práctica se enmarca en los lineamientos de innovación educativa de la UAI (2022) y se sustenta en cuatro pilares conceptuales:

- **Constructivismo y aprendizaje situado:** La experiencia se basa en un enfoque constructivista (Litwin, 2020) que promueve el aprendizaje en contextos auténticos, fomentando la reflexión crítica y la autonomía (Oriol et al., 2017).
- **Atención Primaria de la Salud (APS):** La formación se alinea con la APS renovada, exigiendo el análisis de barreras de acceso, la participación comunitaria y la promoción de la salud.
- **Bienestar estudiantil:** El diseño pedagógico prioriza la creación de un ambiente emocionalmente seguro, favoreciendo los vínculos y la pertenencia (Bixio & de la Barrera, 2021; Rodríguez et al., 2018; Tréllez, 2020). Este enfoque es fundamental para la formación integral, ya que el bienestar emocional es un facilitador clave del aprendizaje (Pacheco, 2017).
- **Uso pedagógico de la Inteligencia Artificial (IA):** La simulación con IA se utilizó como herramienta de andamiaje para practicar habilidades comunicativas y críticas en un entorno de riesgo controlado, sin reemplazar el rol docente (Burgos & González, 2021). Esto se alinea con la idea de utilizar la tecnología para promover habilidades cognitivas superiores y experiencias significativas (Nieves et al., 2013).

Objetivos

Objetivo General:

Evaluar el impacto de una Estrategia de Enseñanza Innovadora, centrada en la evaluación formativa como eje, en el desarrollo de competencias en salud colectiva y en la mejora del bienestar emocional, la construcción de vínculos pedagógicos y el sentido de pertenencia en estudiantes de Licenciatura en Enfermería.

Objetivos Específicos:

1. Describir el diseño e implementación de la experiencia pedagógica.
2. Analizar el impacto en el desarrollo de competencias profesionales, la reflexión crítica y la capacidad de transferencia de conocimientos.
3. Evaluar la incidencia de la estrategia en el bienestar emocional, la reducción de la ansiedad evaluativa, y la construcción de un clima de confianza en el aula.

Metodología y diseño de la Investigación

Hipótesis

Se hipotetiza que la implementación de una estrategia centrada en la evaluación formativa y el uso pedagógico de la IA tendrá un impacto positivo en el desarrollo de competencias, la reducción de la ansiedad evaluativa y el bienestar emocional de los estudiantes (Taramuel, 2019).

Diseño, Población y Contexto

Estudio de caso de enfoque cualitativo, con diseño de investigación-acción. La población consistió en 32 estudiantes de 4to año de la Licenciatura en Enfermería de la UAI, durante el ciclo lectivo 2025. El diseño detallado de la secuencia de actividades, así como las consignas y rúbricas completas, se encuentran disponibles en los Anexos A, B y C.

Intervención Pedagógica

La intervención consistió en una secuencia progresiva de actividades de aprendizaje y evaluación, todas con un marcado carácter formativo:

- **Análisis de Casos y Producción Colaborativa:** Los estudiantes trabajaron en equipo en la resolución de casos complejos y situados (“El abandono

de Julia” y “Santa Elena”). Las producciones incluyeron la elaboración de informes, esquemas visuales y podcasts, fomentando la integración teórica y la comunicación de hallazgos.

- **Evaluación Formativa con IA:** La actividad culminante fue una simulación de juego de roles con una IA conversacional. La IA, personificada como “Valeria Suárez” (líder barrial), desafió a los estudiantes a aplicar sus conocimientos en un escenario real, promoviendo el pensamiento crítico, la escucha activa y la toma de decisiones contextualizadas sin las presiones de una interacción real. La actividad no buscó reemplazar la evaluación tradicional, sino enriquecer el proceso de aprendizaje.
- **Rúbricas y Retroalimentación:** La evaluación se sustentó en el uso de rúbricas explícitas, compartidas y analizadas con los estudiantes. Tras cada entrega, se brindó retroalimentación personalizada (escrita y oral), orientada a la mejora continua y no a la simple calificación.

Categorías de Análisis y Técnicas de Recolección de Datos

Las categorías de análisis se definieron para evaluar tanto el impacto en el aprendizaje como en la dimensión socio-afectiva. Para ello, se empleó una estrategia de triangulación de datos, recolectando evidencia de múltiples fuentes.

Tabla 1

Categorías de análisis y técnicas de recolección de datos

Categoría de Análisis	Técnica de Recolección	Instrumento
Desarrollo de competencias	Análisis de Producciones	Rúbricas, análisis contenido.
Bienestar emocional	Respuestas metacognitivas	Mentimeter
Clima de aula	Observación participante	Diario de campo

Nota: Elaboración propia basada en el diseño metodológico de la investigación.

Esta triangulación de evidencias permitió una validación cruzada y robusta de los hallazgos. Por ejemplo, los comentarios de los estudiantes sobre la reducción de la ansiedad evaluativa ("me sentí cómoda") fueron corroborados por las observaciones del diario de campo sobre el clima de confianza en el aula.

Ética y Consideraciones Profesionales

La presente práctica se desarrolló en un marco de ética profesional, garantizando el respeto a la privacidad de los estudiantes. Los datos cualitativos (respuestas de Mentimeter y comentarios del diario de campo) fueron anonimizados para proteger la identidad de los participantes. El uso de la IA se justificó por su potencial pedagógico, sin que en ningún momento reemplazara el rol de acompañamiento y retroalimentación del docente.

Resultados y discusión

Un diseño instruccional coherente: El andamiaje que hizo posible el aprendizaje

El análisis de los materiales de clase revela un diseño instruccional intencional y progresivo que funcionó como columna vertebral del proceso. En las unidades iniciales (1-2), los materiales establecieron bases conceptuales sólidas mediante una evolución histórica de la APS (de Alma-Ata a Astaná) y un enfoque explícito en los derechos humanos y la equidad. Por ejemplo, la Clase 1 presentó la APS no solo en su definición original, sino en su versión renovada e integral, estableciéndola como pilar para la cobertura universal de salud. Este marco ético y conceptual, reforzado en la Clase 2 con los valores de derecho a la salud, equidad y solidaridad, sentó las bases para el notable compromiso crítico y sensible observado desde las primeras actividades estudiantiles, como el análisis del caso "El abandono de Julia".

En las unidades finales (3-4), el diseño se complejizó para fomentar la autonomía y la transferencia. La introducción de herramientas de gestión como el Ciclo de Políticas Públicas (Clase 9) y la Ruta de Acción Intersectorial (Clase 14/15) proporcionó a los estudiantes un andamiaje estructurado pero abierto para diseñar intervenciones complejas. La Clase 11, sobre elaboración de programas, ofreció un plan modelo para la planificación autónoma, exigiendo la definición de objetivos específicos y la asignación de recursos. Esto

explica directamente la solidez de las propuestas finales, como el programa 'Cosechando Salud' (Actividad 13), que integraba telemedicina, educación contextualizada y estrategias de empoderamiento de manera autónoma y situada.

El proceso de aprendizaje: De la comprensión conceptual a la aplicación autónoma

El recorrido de los estudiantes, documentado a través de 13 actividades formativas, confirma la efectividad de este diseño. La Fase Inicial (Actividades 1, 3, 4, 9) mostró una comprensión conceptual sólida pero una aplicación aún guiada. En la Actividad 1, los estudiantes identificaron correctamente los principios de la APS, aunque la retroalimentación destacó la necesidad de profundizar en ejemplos concretos de intersectorialidad. Actividades como el Mapa de Recursos Comunitarios (Act. 3) y el análisis del caso del ecógrafo (Act. 4) evidenciaron una creciente capacidad para aplicar conceptos a situaciones reales, en un clima de alto compromiso y compañerismo ("grupo muy resolutivo y trabajador").

La Fase de Profundización (Actividades 7, 8, 5, 16) marcó un punto de inflexión hacia la autonomía. Los estudiantes pasaron de analizar políticas públicas (Act. 7) a diseñar programas de salud completos, como un plan de vacunación rural (Act. 8) con diagnóstico, objetivos, estrategias e indicadores de evaluación. La Actividad 5, sobre estrategias TIC, demostró creatividad y transferencia, al proponer soluciones digitales innovadoras para mejorar la participación comunitaria.

Este proceso culminó en la Fase de Síntesis (Actividades 11, 12, 13), donde los estudiantes no solo diseñaron intervenciones integrales como "Cosechando Salud", sino que demostraron una metacognición profunda sobre su rol profesional, posicionándose como "puentes, no barreras" y comprometiéndose con un cuidado basado en los derechos humanos.

Los resultados de aprendizaje: Consolidación de competencias en las evaluaciones E1 y E2

La solidez en las evaluaciones E1 y E2 fue la consecuencia natural de este proceso integral. En la Evaluación E1 (Caso María), los estudiantes demostraron un análisis preciso de los determinantes sociales de la salud, pero con propuestas que aún mantenían un sesgo asistencialista. Este resultado refleja el punto de desarrollo alcanzado al final de la Fase Inicial: comprensión teórica sólida, pero aplicación práctica en transición.

La Evaluación E2 (simulación con IA) evidenció la consolidación de las competencias. Frente a la interpelación constante de la IA ("Valeria Suárez"), los estudiantes demostraron pensamiento crítico, escucha activa y capacidad de toma de decisiones contextualizadas. La actividad no buscaba una respuesta única, sino desafiar a los estudiantes a construir soluciones de forma conjunta, como se observa en comentarios como: "Cuando pensaba que ya tenía una respuesta clara, Valeria me desafiaba con otra pregunta". Esta habilidad para el diálogo crítico fue preparada directamente por las consignas de las clases finales que promovían la intersectorialidad y el liderazgo flexible (Clase 14/15).

El análisis cuantitativo de los resultados de desempeño (Anexo D) revela una evolución significativa en los logros de aprendizaje y una notable reducción del riesgo de desaprobación.

Tabla 2

Evolución del desempeño promedio del grupo (n=32) – Punto de aprobación: 4

Indicador	1ra Evaluación Formativa	2da Evaluación Formativa (con IA)	Diferencia
Promedio grupal	7.4	8.5	+1.1
Tasa de aprobación (≥ 4)	84.4%	93.3%	+8.9%
Tasa de excelencia (≥ 9)	31.3%	56.7%	+25.4%
Estudiantes en riesgo (> 4)	15.6%	6.7%	-8.9%

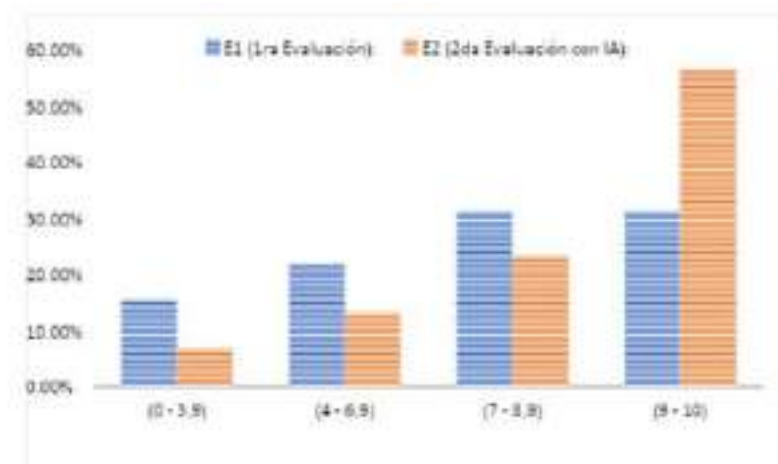
Nota: Elaboración propia basada en datos de desempeño estudiantil

Distribución porcentual por rangos de calificación:

- E1: 27/32 aprobados (84.4%), 10/32 con ≥ 9 (31.3%)
- E2: 28/30 aprobados (93.3%), 17/30 con ≥ 9 (56.7%)

Nota: alumnos E-03 y E-07 no realizaron la segunda evaluación.

Gráfico 1. Distribución de estudiantes por rango de calificación - E1 vs E2



Nota: Elaboración propia basada en datos de desempeño estudiantil (n=32)

Análisis de la Tabla 2 y Gráfico 1:

- La reducción del 8.9% en estudiantes en riesgo (de 5 a 2 estudiantes) demuestra el efecto nivelador de la estrategia. Este resultado es particularmente relevante considerando que 2 estudiantes no completaron la segunda evaluación, lo que hace aún más significativo el avance del grupo.
- El incremento del 25.4% en excelencia confirma que los estudiantes de alto rendimiento también se beneficiaron del proceso formativo, evitando el estancamiento en sus aprendizajes.
- La tasa de aprobación del 93.3% en la evaluación final refleja la efectividad del proceso continuo de retroalimentación.

Tabla 3

Correlación entre participación y desempeño en la evaluación culminante (E2)

Nivel de participación	Nº de estudiantes	% de aprobación (≥4) E2	Promedio E2
Alta (8-9 actividades)	25	96.0%	8.9

Media (6-7 actividades)	5	100%	7.8
Baja (0-5 actividades)	2	0%	2.0

Nota: Elaboración propia basada en datos de desempeño estudiantil

Análisis de la Tabla 3:

- Existe una correlación directa y robusta entre participación en las actividades formativas y éxito en la evaluación culminante.
- El 96.0% de aprobación en el grupo de alta participación (25 estudiantes) confirma la importancia del compromiso continuo.
- Los estudiantes con participación media mantuvieron un 100% de aprobación, aunque con promedio más moderado.

Trayectorias de evolución destacadas:

El análisis de los datos revela transformaciones académicas significativas:

- Cuatro estudiantes en situación de riesgo inicial ($E1 < 4$) lograron aprobación en E2:
 - E-09: de 1.0 a 9.0 (+8.0 puntos)
 - E-11: de 1.0 a 10.0 (+9.0 puntos)
 - E-16: de 1.0 a 6.5 (+5.5 puntos)
 - E-26: de 1.0 a 10.0 (+9.0 puntos)
- Nueve estudiantes mantuvieron desempeño excelente (≥ 9 en ambas evaluaciones)
- El 78% del grupo (25 de 32) mostró alta participación (8-9 actividades)

Análisis de consistencia en el desempeño:

Los estudiantes que no realizaron la E2 (E-03, E-07) mostraron patrones de participación inconsistentes a lo largo del curso, lo que sugiere que la falta de compromiso con el proceso formativo predice dificultades para completar las evaluaciones culminantes.

Integración con hallazgos cualitativos:

La notable mejora en el desempeño cuantitativo se correlaciona con la evolución cualitativa observada. El incremento del 25.4% en excelencia coincide con el desarrollo de un pensamiento crítico más sofisticado y una mayor capacidad de contextualización comunitaria en las producciones finales.

Impacto en la dimensión socio-afectiva: Construyendo confianza a lo largo del camino

Los resultados más transformadores se observaron en el plano emocional. La estrategia de evaluación contribuyó a una reducción significativa de la ansiedad evaluativa y a la creación de un ambiente de confianza (Rodríguez et al., 2018; Ruiz et al., 2018). Este impacto se refleja cuantitativamente en la reducción del 8.9% en estudiantes en situación de riesgo académico, lo que sugiere que la disminución de la ansiedad facilitó mejores desempeños.

En las actividades iniciales, los estudiantes reportaron sentirse "cómodos" y "desafiados" por las nuevas herramientas. En la E2, aunque algunos expresaron "ansiedad" inicial por el dinamismo de la simulación, el tono general evolucionó hacia la "comodidad", "curiosidad" y "reflexión". Un estudiante comentó: "Me sentí muy cómoda, reconociendo cuáles fueron los errores cometidos y qué puntos debo tener en cuenta para mejorar", lo que sintetiza el cambio de paradigma: la evaluación dejó de ser un juicio final para convertirse en una oportunidad de crecimiento seguro, en línea con el concepto de evaluación como oportunidad de aprendizaje (Anijovich & Cappelletti, 2020).

La correlación entre participación y desempeño (96% de aprobación en el grupo de alta participación) confirma que el clima de confianza fomentó un compromiso continuo con el proceso de aprendizaje. Este clima se construyó progresivamente mediante un diseño de materiales con lenguaje motivador y una retroalimentación continua que fomentó un entorno de seguridad psicológica donde el error era parte del aprendizaje, aspecto fundamental en el modelo constructivista que promueve la UAI (Litwin, 2020).

Las reflexiones finales mostraron no solo una satisfacción profesional, sino una transformación identitaria: los estudiantes se percibían ahora como "agentes de cambio" capaces de impulsar transformaciones estructurales, lejos del modelo tradicional del

enfermero de "piso", evidenciando el desarrollo de competencias profesionales coherentes con el modelo educativo institucional (UAI, 2022).

Triangulación y validación externa: Coherencia entre evidencias

La triangulación entre el diseño instruccional (materiales), el proceso de aprendizaje (actividades) y los resultados finales (evaluaciones) proporciona una validación robusta de la hipótesis. Los hallazgos cuantitativos se alinean consistentemente con los cualitativos: los grupos que mostraron mayor evolución en la profundidad de sus propuestas fueron los mismos que alcanzaron los mejores desempeños en la E2 (56.7% de excelencia), demostrando la efectividad del enfoque de evaluación formativa propuesto por Camilloni (2019).

La observación participante registró un incremento en la participación espontánea y en los debates colectivos, corroborando la creación de un clima de aula de confianza y pertenencia que se tradujo en un 93.3% de aprobación final, superando los indicadores de retención reportados en estudios previos sobre bienestar estudiantil (Bixio & de la Barrera, 2021).

Esta solidez interna se vio reforzada por la validación externa del 5to Certamen de Buenas Prácticas de la UAI, que calificó la propuesta como "Destacado" en criterios como evaluación por competencias, efectividad y originalidad. El jurado destacó las "evidencias robustas, diversas y claras" del impacto, validando no solo la efectividad de la estrategia, sino también su alineación con las políticas institucionales de innovación educativa (UAI, 2022).

Discusión integral: La evaluación como andamiaje del cuidado

Los resultados discuten directamente con el marco teórico inicial. La persistencia de rasgos del modelo biomédico en la E1 (Southwell & Vassiliades, 2023) confirma la necesidad de intervenciones pedagógicas intencionales para desarmar estereotipos profesionales. La evolución cuantitativa (25.4% de incremento en excelencia) corrobora la efectividad de la simulación con IA como andamiaje (Burgos & González, 2021), que permitió practicar habilidades complejas en un entorno de riesgo controlado.

El impacto en la dimensión socio-afectiva corrobora lo planteado por Bixio & de la Barrera (2021): el bienestar emocional es un facilitador clave del aprendizaje. La reducción

simultánea del riesgo académico (-8.9%) y el aumento de la excelencia (+25.4%) demuestran que la evaluación dialógica genera un estrés pedagógico productivo, distinto de la ansiedad paralizante asociada a la evaluación sumativa, concepto que se alinea con el valor de la evaluación formativa (Camilloni, 2019).

En conclusión, la experiencia valida que la evaluación formativa sistemática puede operar como una estrategia de cuidado pedagógico, donde el desarrollo de competencias profesionales y el bienestar emocional son dos caras de la misma moneda. La integración de la IA con sentido crítico demostró ser un potente catalizador para este proceso, constituyendo una innovación educativa coherente con los lineamientos institucionales (UAI, 2022).

Conclusión y recomendaciones

La experiencia demostró que es posible transformar los entornos de aprendizaje en salud mediante una evaluación formativa que reduce la desaprobación del 15.6% al 6.7% mientras incrementa la excelencia académica del 31.3% al 56.7%. Este doble beneficio evidencia la capacidad de la estrategia para promover equidad educativa sin sacrificar calidad, objetivo central de la innovación educativa en la UAI (2022).

La creación de un ámbito de formación que prioriza la retroalimentación dialógica no solo mejoró los resultados académicos, sino que constituyó un acto de justicia curricular. La práctica demostró que el desarrollo de competencias profesionales es inseparable de la construcción de un clima de confianza, bienestar emocional y sentido de pertenencia, aspectos fundamentales en la formación por competencias que promueve la institución (UAI, 2022).

La implementación de la simulación con IA no fue un fin tecnológico, sino un dispositivo pedagógico que permitió a los estudiantes de la Licenciatura en Enfermería ejercitar el pensamiento crítico y la toma de decisiones en un ambiente de riesgo controlado, preparándolos para un ejercicio de la enfermería más humano, reflexivo y resiliente.

Recomendaciones y Proyecciones Futuras

A partir de los resultados y lecciones aprendidas de esta experiencia, se proponen las siguientes recomendaciones y proyecciones para futuras investigaciones y prácticas pedagógicas:

- Profundizar en el análisis de trayectorias: Investigar los factores específicos que permitieron a 4 de 5 estudiantes en riesgo inicial revertir su situación académica, en línea con los estudios sobre bienestar estudiantil (Bixio & de la Barrera, 2021).
- Sistematizar el modelo de participación: Diseñar protocolos de intervención temprana basados en los indicadores de participación que mostraron mayor predictividad del éxito académico, aprovechando las ventajas de la evaluación formativa (Anijovich & Cappelletti, 2020).
- Escalar la estrategia de IA: Desarrollar bancos de simulaciones para diferentes contextos comunitarios, optimizando el uso pedagógico de las TIC como propone Burgos & González (2021).

Referencias

- Anijovich, R., & Cappelletti, G. (2020). *La evaluación como oportunidad*. Paidós.
- Bixio, C., & de la Barrera, S. (2021). *El bienestar estudiantil en la educación superior: Un análisis desde las voces de los estudiantes*. Revista Iberoamericana de Educación Superior, 12(34), 130-147.
- Burgos, M., & González, M. A. (2021). *Innovación educativa y TIC: estrategias de implementación en el nivel superior*. En Actas de las Jornadas de Investigación de la UAI. Universidad Abierta Interamericana.
- Camilloni, A. W. (2019). *El valor de la evaluación formativa*. Revista de Educación Superior en América Latina, (5), 45-55.
- Gordillo, A. (2021). *Emociones positivas y bienestar general en estudiantes de Educación*. Yura: Relaciones Internacionales, (27), 71-87. <https://yura.espe.edu.ec/wp-content/uploads/2021/07/27.4-Emociones-positivas-y-bienestar-general-en-estudiantes-de-Educacion-Superior-en-Quito-Ecuador.pdf>
- Litwin, E. (2020). *Las prácticas de la enseñanza en la universidad*. Debates y perspectivas. Editorial UAI.
- Lozano, M., & Serna, L. (2020). *Bienestar emocional en tiempos de pandemia, de cambios, de preguntas; una mirada formativa*. Desarrollo Profesional Universitario, 8(1), 7-18. <https://doi.org/10.26852/2357593X.399>
- Mujica, F., Orellana, N., & Luis-Pascual, J. (2019). *Perspectiva moral de las emociones en los contextos de educación formal*. Revista Ensayos Pedagógicos, 69-90. <https://doi.org/10.15359/rep.14-1.4>

- Nieves, E., Sánchez, A., & Urchaga, J. (2013). *La Psicología Positiva aplicada a la educación: el programa CIP*. Revista de Formación e Innovación Educativa Universitaria, 6(4), 244-256. https://refiedu.webs.uvigo.es/Refiedu/Vol6_4/REFIEDU_6_4_5.pdf
- OMS. (2019). Salud Mental. <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>.
- Oriol, X., Mendoza, M., Covarrubias, C., & Molina, V. (2017). *Emociones positivas, apoyo a la autonomía y rendimiento de estudiantes universitarios: El papel mediador del compromiso académico y la autoeficacia*. Revista de Psicodidáctica, 22(1), 45-53. doi:10.1387/RevPsicodidact.14280
- Pacheco, B. (2017). *Educación emocional en la formación docente clave para la mejora escolar*. Ciencia y Sociedad, 42(1), 107-113. <https://revistas.intec.edu.do/index.php/ciso/article/view/1061>
- Palomera, R., Briones, E., & Gómez, A. (2017). *Diseño, desarrollo y resultados de un programa de educación socio-emocional para la formación de docentes a nivel de grado y postgrado*. Contextos Educativos, (20), 165-182. doi: <http://doi.org/10.18172/con.2988>
- Rodríguez, J., Sánchez, R., Ochoa, L., Cruz, I., & Fonseca, R. (2019). *Niveles de inteligencia emocional según género de estudiantes en la educación superior*. Revista Espacios, 40(31), 2-26. <https://www.revistaespacios.com/a19v40n31/19403126.html>
- Rodríguez, S., Piñeiro, I., Regueiro, B., Estévez, I., Valle, A., & Núñez, J. (2018). *Bienestar emocional de los estudiantes universitarios: el papel de la orientación a metas y las percepciones de control*. Creative Commons, 48(1), 173-181. doi:10.30827
- Ruiz, P., Medina, Y., Zayas, A., & Gómez, R. (2018). *Relación entre la autoestima y la satisfacción con la vida en una muestra de estudiantes universitarios*. Revista de Psicología, 11, 67-76. <https://n9.cl/f14mz>
- Southwell, M., & Vassiliades, A. (2023). *Formación por competencias en salud: tensiones y desafíos en el contexto argentino*. Educación Médica, 24(1), 100785.
- Taramuel, J. (2019). *Relación de la Inteligencia Emocional con la adquisición de competencias docentes y con el bienestar personal de estudiantes de la Universidad Central Del Ecuador* [Tesis Doctoral, Universidad de Alicante]. Repositorio Institucional. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/dctes?codigo=254530>
- Tréllez, C. (2020). *Bienestar Psicológico en Estudiantes de Educación Superior*. Revista de Investigación e Innovación en Salud, 47-55. <https://doi.org/10.23850/rediis.v3i3.2974>
- Universidad Abierta Interamericana. (2022). *Documento Rector de Innovación Educativa*. Buenos Aires: UAI.

La Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en el Territorio:

*Sistematización de la Experiencia de Talleres para la
Construcción Colectiva del Autocuidado en el Centro Barrial Nuestra
Señora de Lourdes (Hurlingham, 2021-2024)*

*The PRIn Hurlingham Community Nursing Residency in the
Territory: Systematization of the Workshop Experience for the
Collective Construction of Self-Care at the Nuestra Señora de
Lourdes Community Center (Hurlingham, 2021-2024).*

Mg. Thumaz Martins, Neucyene³

Esp. Gallardo Collazo, Lourdes Anamelba⁴

Esp. Ibarra, Evelyn Gisela⁵

Lic. Segovia, Mirta Isabel⁶

Lic. Silvia Grisel Galera⁷

Datos del presentador del Trabajo: Lic. Segovia, Mirta Isabel

³ Lic. en Enfermería UAI, Magíster en Salud Materno Infantil UNC, Esp. Enfermería Perinatal Hosp. Dr. Cosme Argerich, Instructora de residentes en Enf. Perinatal Hosp. Dr. Cosme Argerich 2016/2017 y Hosp. Santojanni. Email: martinsneucy@gmail.com

2017/2018, Tesista en la Esp. en Enf. familiar y comunitaria UNC, Jefa de residentes de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2021/2023, Maestrando en la Maestría de Salud Familiar y Comunitaria UNER.

⁴ Lic. en Enfermería UBA, Esp. Enf. Perinatal Hosp. Fernández, Jefa de residentes en Enf. Perinatal Hospital Fernández 2016/2017, residente de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham, Jefa de residentes de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2024/2025. Email: gallardolourdes72@gmail.com

⁵ Lic. en Enfermería UAI, Esp. Enf. General y Comunitaria, CeSAC 8, Hosp. Dr. Penna GCBA, Jefa de residentes en Enf. General y Comunitaria CeSAC 7, Hosp. Santojanni 2019/2020. Exdocente auxiliar de Enf. Comunitaria, UAI. Coordinadora docente de la residencia de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2021/2026, Estudiante Lic. en Psicología UBA. Email: veibarra93@gmail.com

⁶ Lic. en Enfermería UNM, residentes de Enf. Comunitaria PRIM Hurlingham 2023/2026, Lic. en Enfermería UNO, Enf general Hospital Héroes de Malvinas, Estudiante del Profesorado universitario para la educación secundaria y superior UAI. Email: mirsegoviasauco@gmail.com

⁷ Lic. en Enfermería UNM, residentes de Enf. Comunitaria PRIM Hurlingham 2024/2027, Lic. en Enfermería UNO

Eje temático:

Desigualdades Sociales y Determinantes en Salud / Educación y Promoción de la Salud.

Resumen

El presente artículo sistematiza la experiencia de talleres de promoción de la salud desarrollados por profesionales de la Enfermería Comunitaria de PRIn Hurlingham en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes de William Morris, Hurlingham, entre los años 2021 y 2024. La intervención se fundamentó en la perspectiva de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la construcción colectiva del conocimiento, buscando trascender la mera asistencia.

Objetivo: Describir la estrategia implementada para contribuir al desarrollo de capacidades y la toma de conciencia en el cuidado integral de la salud en una población de alta vulnerabilidad, con especial atención a las mujeres.

Metodología: Se utilizó la sistematización de la práctica, realizando talleres mensuales de dos horas con participación activa de mujeres, niños, jóvenes y adultos. La metodología se fundamentó en los principios de Óscar Jara (2018). Los contenidos se centraron en la salud física, mental y de derechos.

Resultados: Se logró consolidar un vínculo de confianza que facilitó la adhesión de los participantes a la búsqueda regular de chequeos médicos y la reflexión crítica sobre problemáticas de alta complejidad social como la violencia de género, adicciones, codependencia y depresión. **Conclusión:** La estrategia demostró la eficacia de la Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham al integrar la promoción de la salud con la articulación interinstitucional, transformando el conocimiento en herramientas concretas para el autocuidado y la defensa de derechos.

Palabras claves: Enfermería Comunitaria; Sistematización de Experiencias; Autocuidado; Determinantes Sociales de la Salud; Centros Barriales

Abstract

This article systematizes the experience of health promotion workshops developed by Community Nursing professionals from PRIn Hurlingham at the "Nuestra Señora de Lourdes" Community Center in William Morris, Hurlingham, between 2021 and 2024. The intervention was based on the perspective of the Social Determinants of Health (SDH) and the collective construction of knowledge, aiming to transcend mere assistance.

Objective: To describe the implemented strategy to contribute to capacity building and awareness-raising regarding comprehensive health care in a highly vulnerable population, with special focus on women.

Methodology: The systematization of practice was used, conducting two-hour monthly workshops with active participation from women, children, youth, and adults. The methodology was founded on the principles of Óscar Jara (2018). Contents focused on physical health, mental health, and rights.

Results: A bond of trust was successfully consolidated, facilitating participants' adherence to regular medical check-ups and critical reflection on highly complex social issues such as gender violence, addictions, codependency, and depression. **Conclusion:** The strategy demonstrated the effectiveness of PRIn Hurlingham Community Nursing by integrating health promotion with inter-institutional articulation, transforming knowledge into concrete tools for self-care and the defense of rights.

Keywords: Community Nursing; Systematization of Experiences; Self-Care; Social Determinants of Health (SDH); Community Centers.

Introducción y Fundamentación

El presente artículo tiene como objetivo sistematizar la experiencia de talleres de Promoción de la Salud desarrollados por profesionales de la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes de William Morris, Hurlingham, durante el periodo 2021-2024.

El enfoque metodológico se enmarca en la concepción de la Sistematización de Experiencias, entendida, según Óscar Jara (2018), como un proceso que busca interpretar y comprender la lógica y el sentido de una práctica social a partir de su ordenamiento y reconstrucción histórica. Aplicada a la Enfermería Comunitaria, esta metodología permite producir conocimiento desde la base y compartir las lecciones aprendidas para transformar futuras prácticas en el Primer Nivel de Atención (PNA).

La iniciativa se justificó en la necesidad de ir más allá de la mera asistencia y brindar herramientas para que los participantes pudieran planificar e implementar el cuidado social y personal adecuado.

Para ello, el proyecto se alineó con los principios del Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola Pender (1996), que enfatiza que la conducta promotora de la salud es el resultado de la interacción entre las características individuales (como los saberes previos y las creencias) y los factores ambientales. Este modelo justifica que el rol de Enfermería debe ser el de facilitar el empoderamiento para el cambio de conducta, una tarea vital en un contexto de vulnerabilidad social.

El Centro Barrial como Espacio de Acogida y Riesgo Social

El Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes se constituyó como un espacio fundamental de acompañamiento y contención en un contexto de vulnerabilidad social. Es crucial destacar que el Centro

funciona como un "hogar alojador", brindando soporte especial a mujeres que atraviesan adicciones, codependencia, depresión y violencia de género.

Este enfoque trasciende la simple asistencia para crear un ambiente donde el conocimiento puede ser construido colectivamente, siguiendo los principios de la Educación Popular de Paulo Freire (1970). Freire postula que la educación no es un mero acto de transferir conocimiento ("educación bancaria"), sino un proceso de acción- reflexión que busca la concientización y el empoderamiento de las personas para transformar su realidad (Freire, 1970). La promoción de la presencia cercana de pares resulta esencial para construir un entramado de relaciones y fortalecer lo colectivo, factores fundantes del desarrollo individual y de la salud.

El objetivo central de esta intervención fue contribuir con los integrantes del centro a obtener conocimientos, desarrollar capacidades y generar una toma de conciencia activa sobre el cuidado de su salud. Esta iniciativa se justificó en la necesidad de ir más allá de la mera asistencia y brindar herramientas para que los participantes pudieran planificar e implementar el cuidado social y personal adecuado.

La propuesta metodológica se enfocó en conocer los saberes previos de cada uno y utilizar estrategias participativas que promovieran la búsqueda activa de conocimiento, la reflexión crítica sobre la salud y la aplicación de los nuevos aprendizajes en la vida cotidiana. Se abordaron contenidos relativos a la Higiene Personal y los Cuidados del Cuerpo (Unidades Temáticas I y II), junto con la visibilización y problematización de problemáticas de actualidad como la violencia de género.

Compromiso con la Comunidad y los Derechos

Trabajando desde esta perspectiva, el equipo de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham se propuso capacitar científica y humanamente a los integrantes del Centro. La intervención se dirigió a los vecinos de barrios vulnerables de William Morris con una mirada amplia e integral, incluyendo explícitamente una perspectiva de género y derechos humanos.

Además del trabajo educativo, se estableció como un pilar fundamental la articulación con distintas instituciones estatales. Este trabajo en red permitió realizar el seguimiento de los integrantes, promoviendo y facilitando el acceso regular a chequeos médicos y a tratamientos según sus necesidades. De esta manera, el proyecto se propuso construir de manera colectiva herramientas para el autocuidado y empoderar a los participantes para conocer y defender sus derechos.

Marco Temporal, Población Objetivo y Frecuencia

La intervención se desarrolló en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes en William Morris, Hurlingham, abarcando un periodo de cuatro años, desde el año 2021 hasta marzo del 2024. La actividad se

sostuvo con una frecuencia de dos horas mensuales (el tercer jueves de cada mes), buscando asegurar la continuidad del vínculo y la sedimentación del conocimiento en la comunidad.

La población objetivo fue amplia e integral, dirigida a mujeres, niños, jóvenes y adultos de los barrios vulnerables aledaños. La intervención se implementó con una mirada de género y derechos humanos, reconociendo la diversidad y utilizando el Centro Barrial como un espacio de acogida y diálogo.

Metodología de Enseñanza y Participación Activa

El enfoque metodológico rompió con el modelo de transmisión unidireccional de la información, centrándose en el rol del participante como agente activo de su propio cuidado.

Punto de Partida: Cada encuentro se inició con la indagación y reconocimiento de los saberes previos de los integrantes del Centro.

Estrategia Dialógica y Reflexiva: Se utilizaron estrategias grupales que fomentan la participación activa en la búsqueda del conocimiento, no sólo indagando, sino también reflexionando en forma crítica sobre el contexto social y los factores que determinan la situación de salud-enfermedad.

Propósito Práctico: El objetivo pedagógico fue que los participantes fueran capaces de aplicar los nuevos conocimientos en su día a día y poner en marcha las estrategias necesarias para llevar a cabo un cuidado integral y holístico, transformando la información en herramientas para la vida cotidiana.

Articulación y Proceso de Seguimiento

1. El Vínculo como Puente de Acceso Efectivo

La intervención de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham trascendió la mera provisión de talleres informativos gracias a la construcción de un vínculo de confianza con los participantes. Este capital social fue el motor que permitió que los conocimientos adquiridos (Higiene, Nutrición, Cuidados) se tradujeran en acciones concretas y acceso a los servicios.

Identificación Proactiva: El espacio de diálogo y reflexión generado en los talleres permitió al equipo técnico detectar de forma activa no solo las necesidades de salud manifestadas, sino también los factores de riesgo social y las barreras que impedían el acceso regular al sistema de salud.

Superación de Barreras Simbólicas: El contacto permanente en el Centro Barrial, un espacio de acogida, ayudó a romper la barrera simbólica que muchas veces existe entre la comunidad vulnerable y el efector de salud (Unidad Sanitaria), percibido como un lugar de burocracia o enfermedad.

Contenidos Abordados: Una Estrategia Holística

El programa de talleres se estructuró en siete (7) unidades temáticas esenciales, proveyendo a los integrantes del Centro Barrial de recursos educativos para la prevención, el autocuidado, y la respuesta ante emergencias:

Unidad Temática	Contenidos Clave Ejecutados	Énfasis en la Intervención
Higiene Personal y Cuidados del Cuerpo	Lavado de manos, cuidado de uñas, higiene oral y corporal, dieta balanceada, actividad física, hidratación, y descanso.	Prevención Primaria y Autoestima: Focalización en el autocuidado básico como herramienta de dignidad y barrera contra las enfermedades infecciosas.
Alimentación Saludable y Alimentación Nociva	Componentes nutricionales (grasas, carbohidratos, proteínas, micronutrientes), función del colesterol y reconocimiento de alimentos nocivos.	Conciencia y Decisión: Empoderar a los participantes con conocimientos científicos para la selección informada de la dieta y la prevención de enfermedades crónicas.
Hábitos Saludables	Salud integral que incluye mente (evitar estrés/ansiedad), cuerpo (reducir grasas saturadas, poco alcohol/nada de cigarrillo) y salud sexual (Tener sexo)	Visión Holística: Ampliar la concepción de salud para incluir el bienestar mental y la sexualidad como pilares del cuidado y la calidad de vida.
Primeros Auxilios	Introducción a las técnicas básicas: Reanimación Cardiopulmonar (RCP), Maniobras de Heimlich, manejo de quemaduras y armado del kit esencial.	Empoderamiento Comunitario: Dotar a la comunidad de habilidades vitales para la respuesta ante emergencias, transformándolos en primeros respondedores en su entorno
Violencia de Género	Reconocimiento y problematización de las distintas formas de violencias en los vínculos	Derechos y Ciudadanía: Utilización del espacio para visibilizar las problemáticas sociales y brindar herramientas para el diálogo y la defensa de los derechos en un marco de respeto.

Mecanismos de Articulación Interinstitucional

El pilar fundamental del proyecto fue la articulación interinstitucional e intersectorial que permitió un abordaje integral de las problemáticas de los participantes.

✓ **Trabajo en Red con Instituciones Estatales:** Se establecieron canales de comunicación fluidos con las Unidades Sanitarias (US) de referencia y con otras instituciones estatales (como Desarrollo Social o áreas de Género municipales). Esta articulación fue clave para asegurar que el seguimiento fuera efectivo.

✓ **Promoción y Facilitación del Acceso:** Las residentes de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham asumieron un rol de facilitadoras y gestoras en el seguimiento. Esto se tradujo en acciones específicas como:

✓ **Promover la importancia de los chequeos médicos regulares** (clínicos, ginecológicos, odontológicos) con base en la información adquirida en los talleres.

✓ **Facilitar la gestión de turnos**, la derivación a especialistas o el acceso a programas específicos de salud según las necesidades detectadas.

Seguimiento y Defensa de Derechos

El proceso de seguimiento no se limitó a lo biológico, sino que se enfocó en garantizar el ejercicio de los derechos de los participantes.

Seguimiento Individualizado: Utilizando los registros de los talleres, el equipo realizó el seguimiento de cada integrante para asegurar que las problemáticas detectadas (incluyendo la violencia de género, el acceso a una dieta adecuada o el manejo del estrés) tuvieran una respuesta institucional integrada.

El Autocuidado como Derecho: La construcción colectiva de herramientas para el autocuidado y la visibilización de la violencia de género se complementaron con el conocimiento sobre dónde y cómo recurrir para defender sus derechos, transformando el conocimiento adquirido en poder de agencia sobre su propia salud y entorno.

Reflexión y Logros (Resultados)

La sistematización de la experiencia en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes permitió evidenciar el cumplimiento de los objetivos planteados y la generación de un impacto significativo en la construcción del autocuidado y el empoderamiento de la población.

1. Transformación del Conocimiento en Práctica y Conciencia Crítica

El método de enseñanza basado en la participación activa y la reflexión logró que los integrantes del Centro no solo asimilaran información, sino que la integraran en su vida cotidiana, cumpliendo los objetivos de aplicación y planificación:

✓ **Adopción de Hábitos Saludables:** Se observó que los participantes fueron capaces de comprender y poner en práctica lo aprendido en las charlas y talleres. Esto se evidenció particularmente en las unidades de Higiene Personal y Alimentación Saludable, donde se registraron cambios en la valoración de estos hábitos como herramientas de prevención y cuidado.

✓ **Capacidad de Planificación de Cuidados:** Los integrantes lograron planificar e implementar el cuidado social y personal adecuado, demostrando que pudieron poner en marcha las estrategias necesarias aprendidas en el programa para llevar a cabo un cuidado integral y holístico como persona.

✓ **Búsqueda Activa de Información:** El enfoque de diálogo facilitó que los participantes buscaran información sobre la salud-enfermedad y las consecuencias de las acciones incorrectas, mostrando una actitud proactiva frente a su bienestar.

En el marco de nuestras actividades de prevención y promoción de la salud, se llevaron a cabo tests de VIH-Sífilis abiertos a la comunidad, con el apoyo de asistentes del centro barrial, y se ofreció consejería sobre métodos anticonceptivos para promover la salud sexual y reproductiva.

2. Fortalecimiento del Empoderamiento y la Ciudadanía Activa

La intervención, al incluir temas de salud mental y derechos, impactó directamente en la capacidad de los participantes para reflexionar sobre su contexto social:

✓ **Reflexión Crítica y Determinantes Sociales:** Se cumplió el objetivo de reflexionar en forma crítica sobre el contexto social y los factores que determinan la situación de salud-enfermedad. Esto fue crucial en la Unidad Temática VII (Violencia de Género), donde la visibilización y problematización de las distintas formas de violencias se transformó en un primer paso hacia la defensa de sus derechos y la búsqueda de relaciones sanas.

✓ **Empoderamiento en Emergencias:** La inclusión de la Unidad Temática VI (Primeros Auxilios), incluyendo RCP y Maniobras de Heimlich, demostró que se lograron capacidades de respuesta inmediata en el entorno comunitario, transformando a los participantes en agentes activos de auxilio.

3. Logros del Vínculo Interinstitucional

El trabajo sostenido de las residentes de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham logró que la educación se tradujera en un acceso efectivo al sistema de salud, validando el propósito de articular recursos:

✓ **Traducción del Conocimiento a Acceso:** La construcción de un vínculo de confianza en el Centro Barrial facilitó el proceso de seguimiento, permitiendo a los residentes de Enfermería Comunitaria promover y facilitar el acceso a chequeos médicos de forma regular y la derivación a tratamientos específicos.

✓ **Construcción Colectiva y Cultura del Encuentro:** El espacio no solo fue educativo, sino que sirvió para construir de manera colectiva herramientas para el autocuidado y fortalecer el sentido de pertenencia.

La actividad contribuyó a fomentar la cultura del encuentro en un momento en que la sociedad precisa del diálogo, lo cual es fundamental para la salud mental y social.

Conclusiones y Lecciones Aprendidas

La sistematización de la experiencia de talleres en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes confirma la eficacia insustituible de la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en la promoción de la salud dentro de contextos de vulnerabilidad social.

1. Síntesis del Aporte Central

✓ **Vínculo y Empoderamiento:** El proyecto demostró que la construcción de un vínculo de confianza con la comunidad, sostenido a lo largo del tiempo (2021- 2024), es el motor que transforma el conocimiento teórico en autocuidado efectivo y la defensa de derechos. El modelo participativo logró que los integrantes no solo memorizaran contenidos, sino que los aplicaran para planificar un cuidado integral y holístico.

✓ **Visión Holística y de Derechos:** La inclusión de unidades temáticas sobre Primeros Auxilios (Empoderamiento Comunitario) y Violencia de Género (Conciencia Crítica) validó el enfoque de la intervención. La salud se abordó de manera holística, entendiendo que la calidad de vida depende tanto de la higiene personal como del conocimiento de los derechos y de la capacidad de respuesta ante emergencias.

2. Lecciones Aprendidas y Proyección

La experiencia generó lecciones cruciales para la planificación futura de intervenciones en el Primer Nivel de Atención (PNA):

✓ **Necesidad de Articulación Sostenida:** La articulación interinstitucional y el seguimiento por parte de la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham fueron la clave para que la educación se tradujera en acceso efectivo (facilitar turnos y chequeos médicos). Se concluye que la acción educativa en el territorio debe ser inseparable de la gestión de recursos sanitarios.

✓ **Valor del Espacio Comunitario:** El Centro Barrial demostró ser un espacio fundamental de acogida que reduce las barreras simbólicas del sistema de salud. Se recomienda institucionalizar y afianzar el rol de la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en estos espacios no sanitarios para garantizar la continuidad del vínculo y la equidad en el acceso.

✓ **Metodología Participativa:** El éxito en la adopción de hábitos (Higiene, Nutrición) estuvo directamente relacionado con la metodología basada en los saberes previos y la reflexión crítica, demostrando que la mejor manera de capacitar es a través de la participación activa y el diálogo.

Limitaciones del Relato de Experiencia

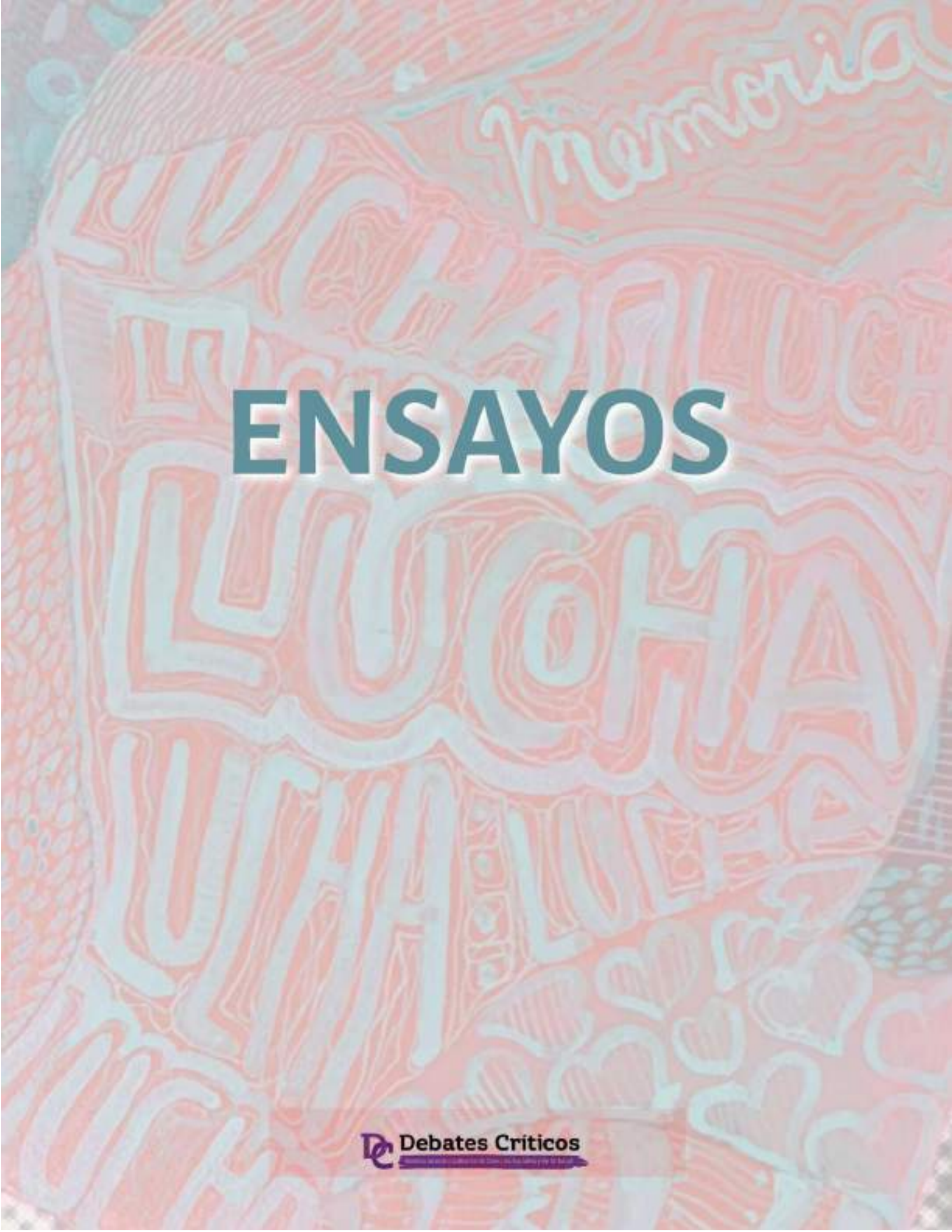
Toda sistematización, al ser una reconstrucción interpretativa de la práctica, presenta límites que deben ser reconocidos para la correcta valoración de los resultados. Como bien señala Óscar Jara (2018), "los resultados de la sistematización son interpretaciones construidas a partir de una práctica concreta y no verdades absolutas". Por lo tanto, las limitaciones se centran en el alcance de dicha interpretación:

El estudio se basa en la sistematización de una única experiencia específica desarrollada en el Centro Barrial Nuestra Señora de Lourdes. Por lo tanto, los logros y resultados obtenidos, aunque significativos, no son directamente extrapolables a otras comunidades o centros con diferentes estructuras de vulnerabilidad o recursos. Limitación Metodológica (Alcance de la Conclusión)

El proceso de talleres, si bien fue sostenido, tuvo una frecuencia mensual (dos horas al mes). Esta periodicidad, si bien fue adecuada para el vínculo, puede limitar la profundidad y velocidad de la sedimentación de conocimientos y la adopción de hábitos complejos a largo plazo. Además, la participación de los vecinos es voluntaria y fluctuante, lo que impide asegurar la continuidad formativa de todos los individuos a lo largo de los tres años de la intervención. Limitación de Participación (Vínculo y Continuidad)

Referencia Bibliográfica

- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias: Práctica y teoría para otros mundos posibles*. Centro de Estudios y Publicaciones Alforja (CEPAL).
- Organización Mundial de la Salud. (1978). *Declaración de Alma-Ata*. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed.). Appleton & Lange.



ENSAYOS



Debates Críticos

Revista de la Universidad de Chile

El cuidado cultural de la salud en clave Institucional

Cultural health care from an institutional key

Mg. Yago Hernán Bolzan

Tesista doctoral del Laboratorio de Investigaciones en Etnografía Aplicada (LINEA-UNLP), Máster Universitario en Investigación en Cuidados de la Salud (Universidad de Cantabria), Profesor de la Escuela Superior de Enfermería "Cecilia Grierson", Lic. en Enfermería (UBA).

yagobolzan@gmail.com

Eje temático: Modelos de atención centrados en las personas, familias, comunidad.

Resumen

El Barrio Mugica o Villa 31, refleja las tensiones que proponen las corrientes migratorias en torno a los cuidados en salud. Surgido como espacio de residencia transitoria en la Ciudad de Buenos Aires, se consolidó con estructuras estables y un modo de vida propio, albergando a migrantes en busca de mejores oportunidades. En este contexto, el cuidado de la salud se entiende como una práctica cultural vinculada tanto al origen individual como a la socialización en la comunidad. Se organiza en tres dimensiones: profesional, tradicional y popular. El sistema profesional responde al modelo biomédico, con normas institucionales y prestigio social, mientras que el tradicional incorpora prácticas religiosas, espirituales y holísticas, desarrolladas por curanderos, parteras o chamanes. Por su parte, el sistema popular se sustenta en la automedicación, los consejos familiares y el sincretismo entre medicinas científicas y tradicionales. Estas formas conviven y se articulan en la vida cotidiana, mostrando que la medicina profesional es solo una opción entre muchas. Las instituciones de salud, como fragmentos de la sociedad, reproducen normas culturales, pero también son atravesadas por la diversidad migratoria que introduce otras formas de cuidado. Las dificultades de acceso, los costos y las barreras culturales llevan a que los habitantes del barrio recurran a distintas alternativas terapéuticas. Ante esta realidad, la mediación y la competencia intercultural se presentan como herramientas clave. Favorecen el acceso equitativo, reducen barreras lingüísticas, promueven el

reconocimiento de saberes diversos y fortalecen la relación entre instituciones y usuarios, permitiendo un intercambio enriquecedor y más inclusivo en el cuidado de la salud.

Palabras clave: Migración, Cuidados culturales, Instituciones, Competencias culturales.

ABSTRACT

The Mugica neighborhood, or Villa 31, reflects the tensions caused by migratory flows with regard to healthcare. Emerging as a temporary residence in the city of Buenos Aires, it consolidated itself with stable structures and its own way of life, sheltering migrants in search of better opportunities. In this context, health is understood as a cultural practice linked to both individual origins and socialization in the community. Health care is organized in three dimensions: professional, traditional, and popular. The professional system follows the biomedical model, with institutional norms and social prestige, while the traditional system incorporates religious, spiritual, and holistic practices developed by healers, midwives, or shamans. For its part, the popular system is based on self-medication, family advice, and syncretism between scientific and traditional medicines. These forms coexist and are articulated in everyday life, showing that professional medicine is only one option among many. Health institutions, as fragments of society, reproduce cultural norms, but they are also affected by migratory diversity, which introduces other forms of care. Difficulties in access, costs, and cultural barriers lead neighborhood residents to resort to different therapeutic alternatives. Given this reality, mediation and intercultural competence are key tools. They promote equitable access, reduce language barriers, encourage recognition of diverse knowledge, and strengthen the relationship between institutions and users, enabling a more enriching and inclusive exchange in healthcare.

Keywords: Migration, Cultural care, Institutions, Cultural competencies.

En el barrio Mugica

Las personas que viven o trabajan fuera de ella, no siempre la conocen más que por los medios de prensa. Pasan con cautela ante esas construcciones de ladrillos, con frentes planos y algunos coloridos, que acumulan en sus techos, chapas, maderas y caños. Sin embargo, a pocos metros del centro, la villa es parte de la vida cotidiana de la Ciudad de Buenos Aires. El eufemismo oficial la denomina “barrio de emergencia”, como augurándole transitoriedad. De hecho, antes las villas se consideraban de paso. Hoy en día las estructuras de materiales y la urbanización demuestran lo contrario, dando lugar a un modo de vida particular dentro de la ciudad. Hugo Ratier (1973) dice de forma visceral pero acertada, que “la villa mantiene a la misma ciudad que la generó y margina”, y que cada equis cantidad de tiempo se planea erradicar (p.9). Como en otras latitudes: *favelas* en Brasil, *chabolas* en España, los *baraccopoli* en Italia o las *bidonville* en Francia, las villas son parte de la solución al problema habitacional dentro de una gran capital. Son construcciones atípicas que no responden a las pautas clásicas del urbanismo. Hay pasillos internos, esquinas sin ochavas que limitan el campo visual.

Puertas con rejas que se abren hacia afuera y escaleras helicoidales que conectan la superficie con los pisos superiores.

Vecino del impoluto y gigantesco hotel de la cadena Sheraton, el barrio Padre Mugica, conocido también como Villa 31 se sitúa junto al puerto, el ferrocarril y la terminal de buses. Se consolidó, a pocos metros del hotel de los inmigrantes, en ese “crisol de razas” que marcaría el perfil de la Ciudad de Buenos Aires. Ubicada en el barrio de la Recoleta y sucesora de los conventillos, el barrio Mugica alberga históricamente a foráneos en busca de una mejor vida, proveyéndoles albergue y socialización. Como otros atributos culturales, el cuidado de la salud forma parte identitaria de una ontología migratoria, que se articula con el origen del propio individuo y con su vínculo entre pares. Sin embargo, el modo imbricado en que los migrantes cuidan de su salud, genera un vínculo particular con las instituciones sanitarias.

CUIDADOS CULTURALES

Cuando hablamos sobre el cuidado de la salud en una ciudad, hay que tener en cuenta que existen múltiples perspectivas en los modos de llevarlo a cabo. Son en las instituciones, donde esta diversidad emerge como una realidad microsocial. Si partimos del individuo, podemos afirmar que el primero en diagnosticarse es uno mismo. Realizamos una valoración del malestar y la región del cuerpo afectada con mayor o menor acierto, en base a los conocimientos sobre el tema. Por ejemplo, ante un dolor de cabeza se puede especular de mil formas distintas: “debe ser la presión”, “los nervios”, “la cervical”, “lo que comí anoche” o “la ojeadura”. Es a partir de esto que el sujeto deviene en paciente.

Luego se presentan una serie de opciones. Dependiendo de la gravedad del asunto, se recurre a una amplia gama de intervenciones. Desde la automedicación directa hasta la guiada por internet, por una pareja, familiar, amigo, vecino. Otra fuente suele ser quien tuvo el mismo padecimiento o algún trabajador de la salud cercano. Pero si de todos ellos, nadie acierta, existe una posibilidad más antes de “caer a una guardia o consultorio”. Nunca falta una farmacia bien predispuesta las 24 horas, o quien desde su humilde botica ofrezca plantas y preparados. Ahora bien, si ninguno de los intervinientes logra una mejoría o el paciente empeora, se dirigirá al centro de salud u hospital. De esta forma, los cuidados de la salud se pueden sistematizar en tres dimensiones: profesional o científica, tradicional y popular.

El sistema de cuidados profesional es el propio de la medicina científica. Su alto prestigio social se debe a la inversión que se le destina y a que sus derechos y obligaciones se encuentran legislados de manera detallada (Helman, 1998). Posee normas y reglas propias que han asignado roles dentro de la estructura social, donde la hegemonía del saber reside en el profesional recibido y matriculado (Preciado, 2008). Del mismo modo, este sistema constituye una cultura propia, forjada desde la formación académica bajo un modelo biomédico y edificada en los centros de salud y hospitales. Como consecuencia, una vez que el profesional se encuentre dentro del ámbito laboral, habrá forjado un sistema cultural propio que se manifestará en la forma en

que se percibirá y será percibido por el paciente. Además, en el cotidiano, su atención estará sujeta a reglas institucionales ajustadas a días, horarios, modos de acceso y procedimientos.

El sistema de cuidados tradicional parte de una concepción sagrada o secular (o de una mezcla de ambas), encontrándose figuras tales como curanderos, parteras (o matronas), herboristas, clarividentes o chamanes. En ella se mezclan elementos que se suelen analizar por fuera de las metrópolis, donde se supone que sucede con mayor pureza (Ratier, 1972). En este sentido es un sistema heterogéneo, tanto en lo que respecta a los individuos que lo practican como a la perspectiva que se tiene del mismo. Sin embargo, en ocasiones, se articula con la procedencia de los sujetos, bajo un mismo lenguaje, reglas, códigos, conductas y formas de relacionarse. En este sistema el paciente comparte una perspectiva sobre la visión del mundo, el significado de los padecimientos y su tratamiento. El abordaje de la problemática será holístico, por lo que se relacionarán todos los aspectos de la vida del individuo, incluida la proximidad con otras personas, el entorno en el que se encuentra, las “fuerzas” sobrenaturales, los aspectos físicos y emocionales (Helman, 1998). Podemos hablar de una salud, medicina o cuidado tradicional, cuando sucede de larga data y, aun así, escapa a los cánones de la medicina científica. Sin embargo, en la cultura popular los cuidados profesionales y tradicionales se encuentran.

En este sentido, el sistema de cuidados popular abarca el auto-tratamiento o auto-medicación, el consejo recibido por un familiar, amigo, vecino o conocido, o bien otra persona que haya tenido una experiencia similar por haber transitado la misma problemática (Helman, 1998). En este sistema, el entorno es el primero en reconocer y realizar el cuidado inmediato en el hogar, para luego actuar en consecuencia según consideren la gravedad de la dolencia (Pasarín, 2011). Las prácticas dentro del sistema popular se estructuran en torno a la oferta terapéutica y a su red social (Helman, 1998). Este sistema incluirá todas las opciones terapéuticas que la persona utiliza dentro y fuera de las instituciones sanitarias. Es por ello, que, en este tipo de prácticas de cuidado, se puede mezclar los cuidados tradicionales y científicos. Puede ser tan poderosa la figura del Gauchito Gil o de San Expedito, como las hierbas frescas para el tereré o un comprimido de un laboratorio. Todos funcionan en una suerte de sincretismo que posibilita la prevención, la cura, la recuperación, o la muerte digna. En este tipo de medicina se puede mezclar los componentes: mágico, religioso, natural y científico. Muchas veces practicándose en simultáneo.

Como se ve, existe una amplia forma de cuidar la salud, cada una con su particularidad. De hecho, mal que nos pese, a quienes nos formamos en ciencias de la salud, somos una opción más. Aunque existe una gran confianza en sistema profesional, hay prácticas que se suelen evitar. Dando lugar a una diversidad de otros consumos, sistematizados en una cultura tradicional y popular. Las prácticas son amplias y el paciente moja sus pies en fuentes muy diversas. Tal es así que muchas expresiones que se reproducen en las consultas poseen tintes mágicos, como son: “sacar” un dolor o “quitar” tal molestia. La enfermedad es percibida como algo extraño y ajeno, que pone al sujeto dentro de ciertos límites.

No obstante, con el cuidado existe un sincretismo de las formas, basado en universo conceptual más amplio. Posee un carácter objetivo y subjetivo. Las medicinas de laboratorio y las naturales, demostradas a través de la evidencia empírica y/o científica, conforman el carácter objetivo. Mientras que el aspecto psíquico e interpretativo de la salud y la enfermedad, constituye el carácter subjetivo. Podemos hablar tanto sobre el individuo sano como enfermo: a través del cuidado se previene la enfermedad, pero además se recupera la salud, como así también se tiene una muerte digna.

Las instituciones

Cada institución puede ser considerada como un fragmento especializado y dinámico de la sociedad global. Es decir, el centro no está en el individuo, sino en el acto realizado por el individuo cuando se vincula con un otro frente a su propio proceso terapéutico. Es mediante este acto, que la lógica del componente cultural del cuidado de la salud emerge y se transmite entre las personas. Cada uno, con su historia personal se inserta en diversas instituciones que lo definen y son definidas por los sujetos. De modo, que el cuidado de la salud se recrea a través de las instituciones que remiten a un sistema cultural, histórico y político en que está inserto.

Una institución se expresa a través de sus grupos y justifica su existencia en ciertos fines y metas comunes entre sus miembros. En este sentido, las instituciones sanitarias aluden a normas y leyes que representan valores culturales y buscan pautar el comportamiento de los pacientes. Si bien, los centros de salud en su integralidad no son idénticos ni dentro ni fuera del Barrio Mugica. El universo real y simbólico que se hace de ellos y de sus trabajadores, está ligado a un tipo de medicina, la biológica-científica. En donde el sujeto es puesto dentro del dispositivo del modelo biomédico y ajustado a sus modos institucionales. En paralelo, las distintas colectividades migratorias comprenden su propia institución, reflejada en la diversidad en las prácticas de cuidado. Dichas prácticas y creencias en torno al cuidado se ajustan al trasfondo de una cultura, con códigos lingüísticos y simbólicos distintos al científico.

Cada institución bajo su propia identificación moldea sus condiciones de realidad en un mismo espacio. Y aunque dentro del Barrio Mugica, haya centros de salud y hospitales cerca, la dificultad en el acceso genera que las opciones sean más amplias a la hora de atenderse. Si, además, se le suma la merma en los ingresos, el encarecimiento de los costos en salud y la prohibición de atenderse, no es raro que recurran a la medicina tradicional o popular. Por eso, las alternativas terapéuticas son un elemento de ruptura entre las ciencias médicas. El aspecto tradicional y popular en el cuidado de la salud, se mueve dentro de una estructura jerárquica de distribución desigual del poder, en el que las migraciones plantean una diversidad de prácticas. Como afirma Cora Escolar (2000): “las instituciones no son un simple amplificador de la ideología dominante, al que los sujetos se “someten” en cuanto son interpelados por ella” (p.30). De hecho, ningún individuo está condicionado (a priori) a ir a un hospital o centro de salud. Cuando se trata del cuidado de la salud, cada sujeto

se encuentra inserto simultáneamente en diversas instituciones que le crean la historia personal, singular y que sostiene en su actuar cotidiano. Es esa historia personal la que determinará la manera en que se inserta en las instituciones y la manera en que él incidirá en la construcción de otra institución.

Existe entonces, una estrecha vinculación entre individuo-institución-sociedad que no es la subordinación de ninguno sobre el otro. En la medida en que los individuos se identifican con los fines de la institución aceptándolos como válidos, en esa medida la institución existe y se reproduce. Sin embargo, en cuanto cada individuo imprime su historia personal y su vinculación con otras instituciones, sucede algo diferente y, por lo tanto, siempre será creación-producción de algo nuevo. El movimiento dentro de las instituciones es necesario, y surge del conflicto que dan la producción y creación de nuevas formas. A la vez, es también lo que permitirá un cambio en la dinámica establecida (Cora, 2000).

Aportes para un cambio institucional

Tal como se ve, el Barrio Mugica es un sitio que refleja una perspectiva cultural de los cuidados. Estas perspectivas se practican, pero quedan ocultas en el modelo de salud imperante bajo una cultura médica científica. Debido que, tanto allí como en el sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires, se recrean constantemente ciertos conflictos vinculados a la atención de poblaciones migrantes. La adquisición de competencias culturales funciona como un facilitador en el acceso a la salud y en la comprensión de diversas pautas de cuidado. Para ello, el primer paso puede ser adecuar las prácticas a un modelo intercultural para la atención de usuarios migrantes.

En esta línea, la mediación intercultural se sitúa como un facilitador en diferentes sentidos. En primer lugar, al acceso normalizado y en igualdad de condiciones a personas de otros orígenes culturales, para evitar situaciones de discriminación en el uso de los recursos. En segundo lugar, favorece la reducción de barreras lingüísticas y culturales, el asesoramiento y formación de los profesionales sobre las características de los diversos colectivos culturales, además de mejorar la comunicación entre los actores implicados para que puedan entender las respectivas visiones culturales de la salud, enfermedad y el cuidado. En tercer lugar, la mediación intercultural, fomenta el empoderamiento de los usuarios, la identificación y el trabajo sobre los prejuicios y estereotipos de ambas partes y actúa sobre la prevención y resolución de los conflictos causados por la diferencia cultural (Navarro, 2010). Y si bien esta debe ser una habilidad profesional fundamental, no resulta menos importante la incorporación de una tercera persona para llegar a un mejor acuerdo entre las partes.

No obstante, el desarrollo de competencias en la diversidad cultural por parte de los profesionales, puede ser un principio integrador de un otro en la construcción de opciones futuras. Dentro del ámbito de la salud, la competencia cultural facilita el trabajo con personas y grupos culturalmente diversos. Siendo las migraciones una exposición clara de interculturalidad, tanto por el rigor y la conflictividad de las fronteras

físicas y simbólicas como por la reconstrucción de una dinámica identitaria en su relación con la sociedad “receptora” (Caggiano, 2007). De modo que con la competencia cultural se han adquirido conocimientos y habilidades de las diversas prácticas y creencias emergentes de un saber popular y/o tradicional que ciertos grupos migratorios aún conservan (Siles, 2001).

Por lo tanto, con el objetivo de generar un mayor y mejor intercambio con las diversas culturas, las instituciones deben trabajar para promover un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los diversos pueblos, reconociendo, entre otras cosas, su visión sobre el cuidado (OPS, 2017). En definitiva, la diversidad cultural no debe ser concebida de una manera estática. No hay duda de que a través de las culturas se han elaborado las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de manera diferente debido a las propiedades particulares del medio. Pero ha sido en la interacción con las demás culturas, lo que ha permitido un intercambio y enriquecimiento de los cuidados en salud (Blanco, 2000). Por eso, recuperar el valor múltiple de los cuidados es un modo de reconstruir una realidad multifacética en el campo de la salud.

Conclusión

En síntesis, el Barrio Mugica constituye un ejemplo paradigmático de cómo la salud no puede comprenderse de manera aislada del contexto social, cultural y migratorio. Allí, los cuidados se despliegan en un entramado que combina lo profesional, lo tradicional y lo popular, reflejando un sincretismo que responde tanto a la historia personal de los sujetos como a las instituciones que los rodean. Este escenario pone en evidencia que la medicina científica, aunque central, convive con múltiples prácticas de cuidado igualmente significativas para la población. Por eso, promover un enfoque intercultural en salud no solo implica reconocer esta diversidad, sino también integrarla activamente en los servicios para garantizar un acceso más equitativo, respetuoso y efectivo. De este modo, la incorporación de competencias culturales y la mediación intercultural se convierten en herramientas indispensables para reducir desigualdades, mejorar la comunicación entre profesionales y usuarios, y construir instituciones más inclusivas y sensibles a la pluralidad de experiencias en torno a la salud y el cuidado.

BIBLIOGRAFIA

- Caggiano S (2007). Racismos y nación ante la inmigración. *Oficios Terrestres* 19, 10-23.
- Escolar, C. (2000). La recuperación del análisis institucional como perspectiva teórico-metodológica. En *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Eudeba. Buenos Aires. (Selección: páginas 29 a 34).
- Helman CG. (1998) *Culture, Health and Illness*. 3ª. Butterworth Heinemann, editor. Culture, Health and Illness. London; 1-429 p.
- Hooey J. (2019) *Urbanización y representación: Un vistazo a cómo Villa 31 en Buenos Aires ha sido representado a través de mapas en la historia reciente* [Internet]. Disponible en:
<https://storymaps.arcgis.com/stories/4e37adcc3cc84679b235cb75fb5ab030>
- Menéndez, E (2002). *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencias y racismo*. Bellaterra, Barcelona.

- Navarro, S. G., Armeijach, M. J., & Costa, X. C. (2010). Interculturalidad y salud: Una mirada para entender la diversidad (1ª). Viguera.
- OPS (2017). Política sobre etnicidad y salud. En: 29ª Conferencia Panamericana Sanitaria. p. 1-33.
- Pasarin L. (2011) Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos salud/ enfermedad/ atención. Los aportes del análisis redes Soc a la Psicol;1-17.
- Preciado MM (2008). El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. 1ª. Barcelona; 1-289 p.
- Ratier, H. (1972) La medicina popular. Centro editor de América Latina.
- Ratier, H. (1973) Villeros y villas miseria. Centro editor de América Latina.
- Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Gabaldón E, Dominguez JM, Solano C, et al. (2001) Una mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. Cult los Cuid;5(10):72-87.
- UNESCO (2017). Competencias interculturales. Marco conceptual y operativo;1-46.

Envejecimiento poblacional: desafíos de la enfermería comunitaria

Population Aging: Challenges in Community Nursing

Patricia García

Universidad Nacional de Tres de Febrero

Resumen

El presente ensayo analiza el papel de la enfermería comunitaria en la promoción de la salud del adulto mayor, integrando evidencia teórica sobre los determinantes sociales de la salud, el modelo de Atención Centrada en la Persona (ACP) y la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson, con experiencias profesionales en campañas de vacunación y acompañamiento comunitario. Se examina cómo los determinantes sociales influyen en la calidad de vida de la población envejecida, profundizando las inequidades acumuladas a lo largo del ciclo vital. A partir de esta reflexión, se plantea la necesidad de enfoques integrales e intersectoriales que trasciendan el ámbito clínico para abordar dimensiones sociales, emocionales y comunitarias. Asimismo, se resalta la importancia de prácticas de enfermería que promuevan la autonomía, el bienestar emocional y la participación activa de los adultos mayores. Finalmente, este ensayo deja abierta la intención de que, en el futuro, pueda transformarse en un artículo académico con un enfoque descriptivo y reflexivo, combinando la experiencia profesional con una revisión bibliográfica de fuentes académicas.

Palabras claves: Envejecimiento poblacional, Enfermería comunitaria, Determinantes sociales, Atención Centrada en la Persona, Envejecimiento activo.

Abstract

This essay analyzes the role of community nursing in promoting the health of older adults, integrating theoretical evidence on the social determinants of health, the Person-Centered Care (PCC) model, and Jean Watson's Theory of Human Caring, along with professional experiences in vaccination campaigns and community support. It explores how social determinants influence the quality of life of the aging population, deepening inequities accumulated over the life course. Based on this reflection, the need for comprehensive and

intersectoral approaches that go beyond the clinical sphere to address social, emotional, and community dimensions is highlighted. Likewise, the importance of nursing practices that promote autonomy, emotional well-being, and active participation of older adults is emphasized. Finally, this essay leaves open the intention that, in the future, it may evolve into an academic article with a descriptive and reflective focus, combining professional experience with a bibliographic review of academic sources.

Keywords: Population aging, Community nursing, Social determinants, Person-Centered Care, Active aging.

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno demográfico que responde a la evolución de la fecundidad, la mortalidad y el incremento de la esperanza de vida. Según la CEPAL, se define como “el aumento progresivo de la proporción de las personas de 60 años y más con respecto a la población total” (CEPAL, s.f.). Este proceso implica una transformación en la estructura poblacional, donde los adultos mayores representan una fracción cada vez mayor, con profundas implicancias sociales, económicas y sanitarias que exigen respuestas integrales desde las políticas públicas y los sistemas de salud.

Se trata de un fenómeno global que afecta a todos los continentes, con un crecimiento particularmente acelerado en América Latina y el Caribe. La Organización Mundial de la Salud estima que, para 2050, habrá más de 2.000 millones de personas mayores de 60 años en el mundo. En América Latina, en ese mismo año, uno de cada cuatro habitantes será mayor de 60 años (CEPAL, 2022). Estos datos reflejan no solo el impacto demográfico, sino también el desafío que representa garantizar una vejez activa, saludable y con acceso equitativo a derechos y servicios.

La OMS sostiene que el envejecimiento saludable debe entenderse como un proceso dinámico, orientado a preservar la capacidad funcional y la participación social de las personas mayores, garantizando su autonomía (OMS, 2021). Desde esta perspectiva, la vejez no se limita a una etapa de declive, sino que puede y debe concebirse como un período de oportunidades para mantener vínculos, fortalecer capacidades y participar plenamente en la comunidad.

Sin embargo, los determinantes sociales de la salud —entendidos como las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la vida de las personas (Solar & Irwin, 2010)— generan inequidades que afectan de manera particular a los adultos mayores. Factores como el nivel educativo, los ingresos, la calidad de la vivienda, el acceso a servicios sanitarios y los apoyos sociales determinan en gran medida las posibilidades de envejecer con bienestar. Estas inequidades, acumuladas a lo largo del ciclo vital, tienden a

profundizarse en la vejez y condicionan la aparición de enfermedades crónicas, el grado de dependencia funcional y la calidad de vida (OPS, 2008).

La insuficiencia de ingresos puede limitar la adquisición de medicamentos o una alimentación adecuada; la falta de acceso a servicios de salud retrasa diagnósticos y tratamientos oportunos; y el aislamiento social incrementa el riesgo de depresión, deterioro cognitivo y fragilidad. Según la OMS, los adultos mayores que enfrentan malas condiciones de vida, enfermedad física o falta de apoyo adecuado corren un mayor riesgo de sufrir depresión y ansiedad (OMS, 2023). Todo ello muestra cómo los determinantes sociales afectan no solo la salud física, sino también el bienestar emocional y social.

Ante esta realidad, la enfermería comunitaria emerge como un actor clave. Con un enfoque integral, centrado en la persona y su contexto, se convierte en puente entre el sistema sanitario y la comunidad, ofreciendo no solo cuidados clínicos, sino también acompañamiento, educación, prevención y contención emocional. Este ensayo busca reflexionar sobre ese papel transformador, articulando teoría y práctica, para repensar la contribución de la enfermería en la construcción de una vejez más equitativa, activa y saludable.

Desarrollo

Determinantes sociales de la salud y envejecimiento

Los determinantes sociales de la salud constituyen un eje fundamental para comprender las inequidades que atraviesan la vida de los adultos mayores. La pobreza, la exclusión social, la desigualdad de género y el acceso desigual a la educación y al empleo dejan huellas que se acumulan y manifiestan en la vejez. En este sentido, no todos los adultos mayores parten de las mismas condiciones: algunos acceden a recursos y redes de apoyo, mientras que otros enfrentan soledad, dependencia y carencias materiales.

La OPS, advierte que la vulnerabilidad en la vejez está directamente relacionada con los determinantes sociales, lo que demanda políticas públicas intersectoriales y estrategias comunitarias que promuevan el acceso equitativo a la salud y la inclusión social (OPS, 2008). Desde la práctica profesional, se observa cómo estas inequidades se expresan en la vida cotidiana: adultos mayores que interrumpen sus tratamientos por falta de dinero, que retrasan consultas por dificultades de movilidad o que enfrentan un fuerte aislamiento tras perder vínculos familiares y comunitarios (OPS, 2008).

La pobreza incrementa la vulnerabilidad a enfermedades crónicas y limita el acceso a servicios de salud y medicamentos. Estudios en América Latina muestran que los adultos mayores con bajos ingresos presentan mayor riesgo de hospitalización y menor adherencia a tratamientos (Vega R. et al., 2022). Estas situaciones evidencian cómo los determinantes sociales no son únicamente factores teóricos, sino realidades concretas que afectan directamente la salud y el bienestar de las personas mayores.

En este escenario, la enfermería comunitaria cumple un papel crucial al identificar riesgos, acompañar procesos y generar intervenciones que mitiguen el impacto de los determinantes sociales. El contacto directo con la comunidad permite detectar necesidades invisibles en las estadísticas, como la soledad, la falta de información o la inseguridad alimentaria, y transformarlas en acciones concretas de cuidado.

Modelos de atención y la Atención Centrada en la Persona

El modo en que se organiza el cuidado influye directamente en la calidad de vida de los adultos mayores.

Los modelos tradicionales de atención se caracterizan por un enfoque centrado en la enfermedad o en la institución, priorizando la realización de procedimientos clínicos y la gestión operativa sobre las necesidades individuales de los residentes. En estos modelos, las decisiones suelen tomarse de manera unilateral por los profesionales o la administración, con escasa participación del adulto mayor, y la atención se organiza según la rutina institucional más que según las preferencias o valores del individuo (Tirigay R. et al., 2021).

En contraste surgen otros modelos de atención centrados en la persona que han demostrado ser eficaces en distintos contextos internacionales, especialmente en la atención a adultos mayores. Estos modelos promueven la autonomía funcional, facilitan la adherencia a cuidados preventivos y contribuyen al bienestar emocional, al involucrar activamente al individuo en las decisiones sobre su cuidado y al adaptar las intervenciones a sus necesidades, preferencias y valores personales.

Uno de los modelos a citar es el de Atención Centrada en la Persona (ACP) en el cuidado de adultos mayores, definido como un enfoque que sitúa al individuo en el centro de las decisiones sobre su cuidado, considerando sus necesidades, preferencias, valores y capacidades personales (Rodríguez et al., 2020; Martínez et al., 2014). Este modelo se caracteriza por fomentar la autonomía del adulto mayor, adaptar las intervenciones a sus circunstancias particulares, promover la participación activa en las decisiones y fortalecer las relaciones de respeto y empatía con los profesionales de la salud.

Diversos estudios muestran que la ACP genera mejoras significativas en la calidad de vida, el bienestar emocional y la percepción de autonomía de los adultos mayores, especialmente en residencias gerontológicas (Rodríguez et al., 2020; Martínez et al., 2014). Además, investigaciones recientes destacan mayores niveles de satisfacción y adaptación a la vida en la vejez en instituciones que aplican este modelo, en comparación con aquellas que mantienen esquemas tradicionales (Tirigay R. et al., 2021).

La Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

La ACP guarda estrecha relación con la Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson. Ambas coinciden en priorizar la dignidad y la integralidad de la persona, en promover una relación terapéutica basada en la empatía y en valorar no solo la dimensión física, sino también la emocional, espiritual y social del cuidado.

Ambos enfoques destacan la importancia de la relación enfermero-paciente, la participación activa del individuo en las decisiones sobre su cuidado y la promoción de su autonomía y bienestar integral (Watson, J., 2012; Martínez et al., 2014).

Watson, plantea que el cuidado humanizado implica una conexión auténtica entre enfermero y paciente, donde la presencia, la escucha activa y la compasión son tan importantes como la técnica (Watson, J., 2012).

En este sentido, la enfermería comunitaria encuentra en la teoría de Watson un marco para reforzar la humanización del cuidado. Las intervenciones domiciliarias, las actividades educativas y la contención emocional en situaciones de soledad o dependencia son expresiones prácticas de un cuidado que reconoce al adulto mayor como sujeto activo, digno y merecedor de respeto.

En consecuencia, el papel de la enfermería comunitaria no se limita a la atención asistencial, sino que se orienta hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el fortalecimiento de las capacidades individuales y colectivas para enfrentar las inequidades. A través de actividades educativas, visitas domiciliarias, acompañamiento en controles médicos y coordinación con redes sociales y comunitarias, el personal de enfermería contribuye a mejorar la calidad de vida y a reducir el impacto de los factores sociales que condicionan la salud (OMS, 2020).

Enfermería comunitaria: de la teoría a la práctica

La enfermería comunitaria, al trabajar directamente en el territorio, se convierte en mediadora entre el sistema de salud y la población. Su labor abarca desde la promoción de hábitos saludables y la prevención de enfermedades, hasta la educación sanitaria, la vacunación y el acompañamiento emocional (Herrera, 2024).

En la práctica, se observa cómo las visitas domiciliarias permiten detectar riesgos invisibles, que muchas veces no se manifiestan en los controles clínicos habituales. Por ejemplo, condiciones inadecuadas de vivienda, como falta de accesibilidad, iluminación deficiente o pisos resbaladizos, incrementan el riesgo de accidentes domésticos y limitan la movilidad y autonomía del adulto mayor (Pérez L. et al., 2021; Gómez A. & Martínez C., 2017). La presencia de barreras arquitectónicas dificulta la movilidad dentro del hogar que aumenta el riesgo de caídas.

Por otro lado, se puede identificar deficiencias en la alimentación o almacenamiento inadecuado de medicamentos, así como signos de aislamiento social o deterioro cognitivo incipiente.

La ausencia de apoyo familiar o comunitario aumenta la soledad, la depresión y el aislamiento social. Estudios en Argentina y Chile muestran que la integración social y la participación comunitaria mejoran la calidad de vida y la salud mental de los adultos mayores (Ministerio de Salud de la Nación, 2020; Vega R. et al., 2022).

La evidencia muestra que la falta de acompañamiento y de redes de apoyo incrementa la vulnerabilidad de este grupo, y que la pobreza limita el acceso a medicamentos y tratamientos, afectando la adherencia terapéutica y aumentando el riesgo de hospitalización (Huerta et al., 2024; Vega R. et al., 2022; Orozco-Rocha K., 2021). Incluso, en este contexto, el simple acto de escuchar al adulto mayor durante la visita puede aliviar la sensación de soledad, generar confianza y fortalecer la relación enfermero-paciente.

Esto último siendo argumento central tanto en la ACP como en la Teoría del Cuidado de Jean Watson, que destacan la importancia de la relación empática y la atención humanizada.

Estas intervenciones permiten al personal de enfermería anticiparse a complicaciones, brindar educación personalizada, proponer modificaciones en el entorno y coordinar recursos comunitarios, favoreciendo la seguridad, la autonomía y el bienestar integral del adulto mayor. Por ende, la enfermería comunitaria no se limita a lo asistencial, sino que contribuye al fortalecimiento de capacidades individuales y colectivas para enfrentar las inequidades en salud.

La combinación de enfoques —determinantes sociales, ACP y Teoría del Cuidado Humano— nos recuerda que el cuidado de la vejez no puede fragmentarse ni reducirse a lo clínico.

Educación en autocuidado y uso de tecnologías

La educación en autocuidado se entiende como un proceso mediante el cual se brindan conocimientos, habilidades y estrategias a las personas para que puedan asumir un rol activo en el mantenimiento y promoción de su salud, prevenir complicaciones derivadas de enfermedades crónicas y mejorar su bienestar general. En el caso de los adultos mayores, esta educación no solo abarca aspectos físicos, como alimentación, higiene y ejercicio, sino también la gestión de medicamentos, la prevención de caídas y el reconocimiento temprano de síntomas que requieran atención profesional (OMS, 2023). Al empoderar a los individuos para que tomen decisiones informadas sobre su salud, la educación en autocuidado contribuye a reducir la dependencia, mejorar la adherencia a tratamientos y fomentar la autonomía, especialmente en contextos donde los determinantes sociales pueden limitar el acceso a servicios de salud o generar inequidades (OMS, 2021; Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

En este marco, las tecnologías de información y comunicación (TICs) ofrecen nuevas oportunidades para fortalecer la educación en autocuidado. Plataformas digitales, aplicaciones móviles y dispositivos de monitoreo remoto permiten a los adultos mayores registrar parámetros de salud, recibir recordatorios de medicación y acceder a información confiable sobre hábitos saludables (UNNE-Salud, 2024). Estas herramientas también facilitan la comunicación con profesionales de la salud, favoreciendo la detección temprana de riesgos y la orientación personalizada.

Estudios en América Latina muestran resultados prometedores: un proyecto en Argentina realizó talleres de capacitación para mayores sobre el uso consciente de apps de salud y dispositivos móviles, midiendo parámetros vitales y adaptando las herramientas al entorno cotidiano (UNNE-Salud, 2024).

En Cuba, un sistema de monitoreo de salud para adultos mayores integra Internet de las Cosas (IoT) e inteligencia artificial, permitiendo el registro de signos vitales, la alerta temprana ante cambios en el estado de salud y el análisis automatizado de datos para el seguimiento clínico. Esta combinación mejora la continuidad del cuidado, facilita la toma de decisiones por parte de los profesionales de la salud y permite brindar orientación personalizada a los adultos mayores (Romero Amondaray L. et al., 2024). Además, el acompañamiento a distancia mediante llamadas, videoconferencias o aplicaciones de mensajería brinda soporte emocional, reduce la sensación de aislamiento y refuerza la adherencia a los cuidados indicados, especialmente en adultos mayores con movilidad limitada o que viven solos.

La integración de la educación en autocuidado con el uso de tecnologías no sustituye la atención presencial, pero potencia el alcance de la enfermería comunitaria y promueve un envejecimiento más autónomo, seguro y saludable (Huerta et al., 2024; Vega R. et al., 2022).

Por lo tanto, la educación en autocuidado se presenta como una estrategia central de la enfermería comunitaria para empoderar al adulto mayor, mitigar los efectos negativos de los determinantes sociales y fortalecer la capacidad individual y colectiva para mantener la salud y el bienestar integral.

Promoción de la autonomía y participación social

La promoción de la autonomía y la participación social constituye un eje central para alcanzar un envejecimiento activo y saludable (OMS, 2023). La autonomía se entiende como la capacidad de las personas mayores para decidir sobre su vida, mantener independencia funcional y participar en su comunidad de acuerdo con sus intereses y valores. En este sentido, la enfermería comunitaria juega un rol estratégico al diseñar y acompañar intervenciones que refuercen competencias individuales, faciliten la toma de decisiones y promuevan la inclusión social (OPS, s. f.)

Estrategias para fomentar el envejecimiento activo

Diversas estrategias se han demostrado eficaces para promover un envejecimiento activo, integrando dimensiones físicas, cognitivas y emocionales. Entre ellas, se destacan programas de actividad física adaptada, talleres de educación en salud, promoción de la nutrición adecuada y estimulación cognitiva (OMS, 2023; Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

La enfermería comunitaria desempeña un papel clave al coordinar estas acciones, adaptándolas a las necesidades y capacidades individuales de los adultos mayores. Por ejemplo, la implementación de grupos de

caminatas supervisadas, talleres de cocina saludable o espacios de recreación cognitiva permite no solo mejorar la condición física y mental, sino también favorecer la socialización y el sentido de pertenencia.

Redes de apoyo, integración comunitaria y reducción del aislamiento social

El aislamiento social y la soledad son determinantes importantes de la salud mental y física en la vejez. La participación en redes de apoyo comunitarias y familiares contribuye significativamente a mitigar estos efectos negativos. La enfermería comunitaria puede facilitar la conexión de los adultos mayores con centros de día, clubes de jubilados, programas de voluntariado y actividades intergeneracionales, promoviendo relaciones sociales significativas (Vega R. et al., 2022; Ministerio de Salud de la Nación, 2020).

La OPS, destaca que entornos accesibles, comunidades solidarias y la promoción de vínculos intergeneracionales permiten sostener la participación social y mejorar la salud mental de los adultos mayores (OPS, 2023).

Un ejemplo de este enfoque es la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, que busca adaptar los espacios urbanos para garantizar accesibilidad, seguridad y oportunidades de integración activa (OPS, 2023). Estas iniciativas refuerzan la idea de que el envejecimiento saludable no depende solo del sistema de salud, sino también de entornos inclusivos y de la construcción colectiva de apoyo social.

Estas intervenciones no solo reducen la sensación de soledad, sino que también generan oportunidades para que los adultos mayores ejerzan roles activos en la comunidad, fortaleciendo su autoestima y sentido de utilidad. Además, la integración comunitaria favorece la adherencia a tratamientos médicos, la participación en programas preventivos y la transmisión de conocimientos sobre autocuidado.

En conjunto, estas estrategias evidencian que la autonomía y la participación social son inseparables de un enfoque integral de salud. Fomentar la actividad, la interacción social y la toma de decisiones consciente permite a los adultos mayores mantener su independencia, mejorar su bienestar emocional y reducir el riesgo de deterioro funcional, en línea con los principios de la Atención Centrada en la Persona y la Teoría del Cuidado de Jean Watson (Rodríguez et al., 2020; Watson, J. , 2012).

Conclusiones

El envejecimiento poblacional plantea desafíos complejos que trascienden lo biológico y se insertan en el terreno de lo social, económico y cultural. En este marco, la enfermería comunitaria se consolida como un actor estratégico, capaz de responder a los determinantes sociales de la salud que afectan de manera particular a las personas mayores.

La integración de modelos de atención como la Atención Centrada en la Persona (ACP) y enfoques humanistas como la Teoría del Cuidado de Jean Watson ofrece un marco sólido para orientar prácticas más humanas, respetuosas y efectivas.

La revisión de la literatura y la experiencia profesional coinciden en que la promoción de la autonomía, la participación social y la atención integral contribuyen a mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de la población envejecida.

Más allá de las intervenciones clínicas, la enfermería comunitaria cumple un rol transformador: detecta inequidades invisibles, acompaña a quienes carecen de redes de apoyo y genera espacios de escucha que dignifican al adulto mayor. En este sentido, el cuidado se convierte en una práctica ética y humanista, orientada no solo a prolongar la vida, sino a garantizar que esta sea vivida con dignidad, participación y sentido.

Finalmente, este ensayo deja abierta la intención de transformarse en un artículo académico de carácter descriptivo y reflexivo, que vincule la experiencia de la práctica comunitaria con la evidencia teórica disponible. El desafío hacia el futuro consiste en fortalecer investigaciones e intervenciones que articulen teoría y práctica, de manera que la enfermería comunitaria continúe siendo un motor de equidad, innovación y humanización en el cuidado de los adultos mayores.

Referencias bibliográficas

- CEPAL. (2022). Obtenido de Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derec>
- CEPAL, s.f. (s.f.). Obtenido de Acerca del envejecimiento. Comisión económico para America Latina y el Caribe: https://d7.cepal.org/es/temas/envejecimiento/acerca-envejecimiento?utm_source=chatgpt.com
- Gómez A. & Martínez C. (2017). Obtenido de Enfermería comunitaria y atención al adulto mayor: experiencias internacionales. Revista Latinoamericana de Enfermería Comunitaria, 12(1), 15-28.
- Herrera. (2024). Obtenido de El papel de enfermería comunitaria en la atención del adulto mayor.: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/download/11019/16181/>
- Huerta et al. (2024). Obtenido de Nivel de adherencia terapéutica en un grupo de adultos mayores con diagnóstico de hipertensión arterial. Revista CuidArte, 13(25).: <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2024.13.25.85416>
- Martínez et al. (2014). Obtenido de Modelos de atención centrados en la persona en residencias geriátricas: impacto sobre la calidad de vida y autonomía. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 49(2), 85-92.: https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-impacto-residencias-atencion-centrada-personas-S0211139X20300986?utm_source=chatgpt.com
- Martínez et al. (2014). Obtenido de Efectos del Modelo de Atención Centrada en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros gerontológicos. Revista Española de Geriatria y Gerontología, 49(5), 239-245.: <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.03.006>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). Obtenido de Envejecimiento y salud en Argentina: Informe nacional. Buenos Aires.
- OMS. (2020). Obtenido de Enfermería y salud comunitaria: Promoción de la salud y prevención de enfermedades. Ginebra: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240012315>

- OMS. (2021). Obtenido de Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030): <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- OMS. (2023). Obtenido de Autocuidado para la salud y el bienestar.: https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being?utm_source=chatgpt.com
- OPS, s. f. (s.f.). Obtenido de Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Enfermería y salud comunitaria. OPS.: <https://www.paho.org/es/temas/enfermeria>
- OPS. (2008). Obtenido de La salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra.: <https://www.paho.org/es/documentos/informe-sobre-salud-mundo-2008-atencion-primaria-salud>
- OPS. (17 de 04 de 2023). Obtenido de La OPS y sus socios lanzan una serie de informes para apoyar las estrategias de envejecimiento saludable en las Américas. OPS.: https://www.paho.org/es/noticias/17-4-2023-ops-sus-socios-lanzan-serie-informes-para-apoyar-estrategias-envejecimiento?utm_source=chatgpt.com
- OPS. (04 de 2023). Obtenido de La influencia de los entornos en el envejecimiento saludable: Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. OPS/Iberoamérica Mayores.: https://iberoamericamayores.org/2023/04/27/ops-la-influencia-de-los-entornos-en-el-envejecimiento-saludable/?utm_source=chatgpt.com
- Orozco-Rocha K. (2021). Obtenido de Vulnerabilidad de salud y económica de los adultos mayores. Revista Cubana de Salud Pública, 47(1).: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1817-40782021000100061&script=sci_arttext
- Pérez L.et al. (2021). Obtenido de Adulto mayor: envejecimiento, discapacidad, cuidado y calidad de vida. Revista Colombiana de Geriátría y Gerontología, 30(2), 88-101.: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2021.v45.e22/>
- Rodríguez et al. (2020). Obtenido de Atención centrada en la persona: estrategias para el envejecimiento activo en residencias de adultos mayores. Revista Panamericana de Salud Pública, 44, e12.: https://www.acpgerontologia.com/documentacion/acpbuentratomartinez.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Romero Amondaray L. et al. (2024). Obtenido de Sistema de monitoreo de salud para adultos mayores en Cuba: IoT, inteligencia artificial y nube. Revista Científica Cubana.: https://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1028-99332024000100043&script=sci_arttext
- Solar& Irwin. (2010). Obtenido de Marco conceptual para la acción sobre los determinantes sociales de la salud (traducción al español). Ginebra: OMS.
- Tirigay R. et al. (2021). Obtenido de Atención centrada en la persona en residencias para demencia: influencia de variables organizacionales y del staff. Una revisión narrativa. Acción Psicológica, 18(1), 31-47.: <https://doi.org/10.5944/ap.18.1.28775>
- UNNE-Salud. (2024). Obtenido de Promueven la salud en personas de la tercera edad mediante el uso consciente de dispositivos móviles: https://medios.unne.edu.ar/2024/09/12/promueven-la-salud-en-personas-de-la-tercera-edad-mediante-el-uso-consciente-de-dispositivos-moviles/?utm_source=chatgpt.com
- Vega R.et al. (2022). *Envejecimiento, calidad de vida y salud: desafíos para los adultos mayores en Chile. Revista Chilena de Salud Pública*, 26(2), 45-59.
- Watson, J. (2012). Obtenido de Teoría del cuidado humano: manual de referencia para la práctica de enfermería. Madrid: McGraw-Hill.

La incorporación de promotores de salud en los equipos de los centros de salud de CABA

Una reflexión teórica desde diversos modelos sanitarios

The Incorporation of Health Promoters into the Teams of Primary Health Centers in Buenos Aires City: A Theoretical Reflection from Diverse Health Models

Walter Cuevas
Quiroga Florencia

Pereiro Natalia
Wagner Gabriela

Resumen

La incorporación de promotores y promotoras de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) constituye un proceso innovador que interpela los modelos tradicionales de organización sanitaria. Desde su implementación en 2016, en el marco del Plan de Salud de la Ciudad, el rol se consolidó progresivamente mediante becas de formación, programas de capacitación continua e instancias de institucionalización que culminaron con su incorporación a la planta del sistema público en 2020. Este ensayo analiza la trayectoria de los y las promotoras de salud en CABA, considerando tanto los avances en su integración a equipos interdisciplinarios como las tensiones persistentes frente al modelo biomédico hegemónico. Asimismo, se examina la sistematización de las acciones comunitarias a través del Formulario de Actividades Comunitarias del SIGEHOS, herramienta que posibilita visibilizar, estandarizar y evaluar las intervenciones territoriales, generando evidencia clave para la planificación de políticas públicas. El análisis se enmarca en la reflexión teórica de los modelos sanitarios, contrastando las limitaciones del paradigma biomédico con los aportes de la Atención Primaria de la Salud (APS) y de la Salud Colectiva latinoamericana. En este contexto, el rol del promotor aparece como un puente estratégico entre el sistema sanitario y la comunidad, capaz de integrar los determinantes sociales de la salud en la práctica cotidiana. La experiencia de CABA permite discutir los desafíos de profesionalización, reconocimiento institucional e interdisciplina, y aporta elementos para repensar un modelo de APS renovado, participativo y centrado en la comunidad.

Palabras claves: promotores de salud; primer nivel de atención; modelos sanitarios; salud comunitaria; APS.

Abstract

The incorporation of community health promoters into Buenos Aires' *Centros de Salud y Acción Comunitaria* (CeSAC) represents an innovative process that challenges traditional health system models. Since its introduction in 2016, within the City Health Plan, this role has been progressively consolidated through training grants, continuous education programs, and formal institutionalization, culminating in their inclusion as permanent staff in 2020. This essay examines the historical trajectory of health promoters in Buenos Aires, highlighting achievements in their integration into interdisciplinary teams as well as ongoing tensions with the prevailing biomedical model. Furthermore, it analyzes the systematization of community actions through the SIGEHOS Community Activities Form, a tool that standardizes, documents, and evaluates territorial interventions while generating strategic data for public policy planning. The analysis draws on theoretical frameworks of health models, contrasting the limitations of the biomedical paradigm with contributions from Primary Health Care (PHC) and Latin American Collective Health. In this context, the promoter's role emerges as a strategic bridge between the health system and the community, addressing social determinants of health in everyday practice. The Buenos Aires experience sheds light on key challenges of professionalization, institutional recognition, and interdisciplinarity, while providing insights for rethinking a renewed, participatory, and community-centered PHC model.

Keywords: health promoters; primary care; health models; community health; PHC.

Introducción

La Salud Pública enfrenta el desafío de adaptar sus estrategias a la complejidad de las realidades urbanas. En este contexto, el rol del promotor de salud emerge como una figura clave para fortalecer el vínculo entre los sistemas de salud y las comunidades. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), la incorporación progresiva de promotores de salud en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) ha marcado un hito en la reconfiguración del primer nivel de atención. Este proceso, que se ha desarrollado a lo largo de una década, ha transitado desde becas de formación hasta la formalización del rol y su integración en la estructura del sistema de salud.

La incorporación de promotores y promotoras de salud trasciende la mera incorporación de un nuevo perfil laboral y se configura como una estrategia clave para avanzar hacia un modelo de atención primaria más integral, equitativo y profundamente enraizado en el contexto social y comunitario. La problemática radica en cómo esta integración puede ir más allá de una simple asistencia, transformándose en una verdadera articulación comunitaria, capaz de abordar los determinantes sociales de la salud. Este ensayo profundiza en la trayectoria histórica y el recorrido que ha configurado el rol del promotor de salud en la Ciudad de Buenos Aires, analizando su génesis, institucionalización y el impacto de su trabajo. Para ello, se revisa la evolución de su formación, la consolidación de sus funciones y los desafíos que aún persisten en su integración efectiva. Un elemento central de este análisis es la sistematización de las actividades comunitarias a través del Formulario de Actividades Comunitarias del SIGEHOS, una herramienta innovadora que no sólo visibiliza el alcance de su trabajo, sino que también genera datos cruciales para la planificación y mejora de las políticas públicas.

Finalmente, se examinan las tensiones y oportunidades que la figura del promotor de salud genera al confrontar el modelo biomédico tradicional con los principios de la Salud Colectiva y la Atención Primaria de la Salud (APS), reconociendo el potencial de estos actores para impulsar un cambio de paradigma hacia un sistema de salud más equitativo y centrado en la comunidad.

Desarrollo

1. Trayectoria y recorrido histórico del rol de promotores y promotoras de salud en CABA.

A partir de la implementación en el 2016 del Plan de Salud en la Ciudad de Buenos Aires, se incorporó un componente orientado al fortalecimiento del primer nivel de atención, priorizando el abordaje a través de equipos interdisciplinarios con anclaje territorial y población asignada. En ese marco, se definió la inclusión de una figura de Promotor/a de Salud por cada equipo, reconociendo su rol en el trabajo comunitario y en la articulación entre el sistema de salud y la población.

Hacia fines de 2018, se formalizó la incorporación de 48 promotores y promotoras de Salud que ya venían desempeñando funciones en los Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC), bajo un régimen de becas otorgadas por el Ministerio de Salud de la Nación. Posteriormente, el Gobierno de la Ciudad asumió su financiamiento mediante un esquema de becas de capacitación y, en paralelo, se implementó un Programa Anual de Formación Permanente. Este proceso significó un salto cualitativo en la institucionalización del rol, al incorporar una estrategia sostenida de educación e integración progresiva al sistema público de salud. La Dirección General de Salud Comunitaria, asumió la responsabilidad de acompañar los procesos de formación, capacitación e integración de esta cohorte, así como de las que se sumaron en años posteriores. En este sentido,

se efectuó un análisis comparativo de los marcos normativos y de las competencias asignadas al rol de promotor/a de salud en distintas jurisdicciones del país, como Chaco, Jujuy, Mendoza, Misiones y la provincia de Buenos Aires, a fin de adaptar criterios y definiciones al contexto local.

En 2020, en el marco de la pandemia por COVID-19, los y las promotoras de salud fueron incorporados/as a la planta del sistema público de salud de la Ciudad de Buenos Aires bajo la categoría administrativa de “auxiliares de servicios de salud”. Para la selección de las y los promotores de CABA en las convocatorias correspondientes a las cohortes 2020, 2022 y 2023, se establecieron ciertos criterios¹. Se priorizó que contarán con una trayectoria comprobable de participación comunitaria en los barrios donde se postulaban, formación en contenidos vinculados a la salud integral y, en los casos en que fuera posible, recomendaciones por parte de los efectores de salud a los cuales aspiraban a incorporarse.

El proceso de integración de los y las promotoras a los efectores implicó un desafío para la Dirección General de Salud Comunitaria. Entre los principales obstáculos se identificaron el escaso conocimiento, por parte de algunos equipos, sobre las incumbencias del rol, así como la persistencia de un modelo de atención predominantemente asistencial, que en muchos casos dificultó el reconocimiento e incorporación efectiva de una perspectiva comunitaria en el trabajo cotidiano. Frente a este panorama, se desplegaron diversas estrategias de acompañamiento institucional, entre las que se destacó la designación de referentes institucionales² por parte de la Dirección, con el objetivo de facilitar los procesos de articulación e integración en el ámbito local.

1.1 La Formación Permanente de las y los promotores de salud como eje estratégico de la construcción del rol

En el territorio de la Ciudad de Buenos Aires coexistían diversas instancias formativas y fuentes de financiamiento para las y los promotores de salud. Entre ellas, la más relevante era la que correspondía a las y los promotores que integraban el Programa de Equipos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación. Asimismo, se destacaban otras propuestas formativas impulsadas por organismos como Autoridad de Cuenca Matanza Riachuelo (ACUMAR), el Ministerio de Desarrollo Humano y Hábitat (MDH), el Ministerio de Ambiente y Espacio Público, la Secretaría de Integración Social y Urbana (SECHI), distintos Centros de Salud y diversas organizaciones sociales con presencia territorial.

¹ <https://buenosaires.gob.ar/salud/seleccion-para-la-incorporacion-al-programa-de-capacitacion-para-promotores-de-salud>

² Se asignaron trabajadores de diferentes disciplinas de la Dirección por cantidad de promotores/as para tener un vínculo y un acompañamiento más cercano.

En este contexto, se reconoce la necesidad de homogeneizar la formación de las y los promotores de salud, con el fin de unificar los contenidos formativos, los enfoques de intervención y los criterios para el desarrollo de sus tareas, tanto para quienes ya se encuentran vinculados al sistema como para aquellos y aquellas que se incorporen en el futuro.

En 2018 se puso en marcha la primera edición del Curso de promotores y promotoras de Salud, dando inicio a un proceso sostenido de formación permanente. A partir de 2020, se comenzaron a implementar instrumentos para certificar la finalización de las becas de formación, a los que se sumaron evaluaciones de contenidos y actualizaciones individuales de manera anual. Desde entonces, los programas de capacitación se han ido actualizando y adecuando progresivamente, tanto en sus contenidos como en su frecuencia. Lo que comenzó con encuentros mensuales fue intensificándose, hasta alcanzar una modalidad de formación semanal con la incorporación de la cohorte 2023. A lo largo de este recorrido, se han integrado diversas estrategias de evaluación, orientadas a acompañar y fortalecer el desarrollo de competencias de los y las promotoras.

2. Registro y Sistematización de las acciones comunitarias de promotores y promotoras de salud.

Formulario de Actividades Comunitarias

La incorporación de promotores y promotoras de salud al primer nivel de atención de la CABA ha venido acompañada de la puesta en marcha de distintas intervenciones territoriales que, si bien potenciaron el abordaje comunitario, también plantearon desafíos en términos de registro, seguimiento y evaluación. En este escenario, emergió la necesidad de contar con herramientas capaces de sistematizar las acciones comunitarias desarrolladas, no solo para visibilizar su alcance, sino también para generar información estratégica que contribuya a la transparencia, planificación, gestión y mejora continua de las políticas públicas de salud.

Previo al año 2015, el registro de actividades comunitarias en los CeSAC de la CABA se caracterizaba por su heterogeneidad. Los equipos de salud utilizaban una diversidad de soportes, desde planillas oficiales en papel hasta instrumentos de elaboración propia. Esta práctica conllevaba la generación de registros duplicados o triplicados, lo que, en última instancia, dificultaba la integración de los datos. La falta de un sistema unificado comprometía la visibilidad de la amplia oferta de actividades comunitarias desarrolladas en la CABA. Además, esta fragmentación obstaculizaba la obtención de una perspectiva precisa por parte de la gestión central del Ministerio de Salud sobre la oferta de servicios comunitarios disponibles para la población.

En respuesta a esta problemática, la actual gestión del Ministerio de Salud, en su primer período, se propuso el diseño e implementación de un Formulario de Actividades Comunitarias. El objetivo principal de esta iniciativa fue estandarizar el registro, así como facilitar la visibilización y sistematización de las experiencias comunitarias llevadas a cabo por los equipos de salud en colaboración con diversos actores

comunitarios. Esta medida buscaba optimizar la gestión de la información y potenciar el impacto de las intervenciones comunitarias en el ámbito de la salud.

En este marco, la utilización sistemática del Formulario de Actividades Comunitarias no solo contribuye a una gestión más eficiente y basada en evidencia, sino que también habilita nuevas oportunidades para fortalecer la transparencia institucional y promover la innovación en el ámbito de la salud comunitaria. Tal como señalan Shostak et al. (2023), el uso sistemático de la información referida a los resultados puede ayudar a identificar obstáculos recurrentes en la administración pública, evaluar posibles soluciones y medir su impacto en el tiempo.

Es así que, en materia de gestión, el formulario integrado en el SIGEHOS de la Ciudad de Buenos Aires constituye una pieza innovadora en el campo de los sistemas de información aplicados a la salud comunitaria. Su implementación permite registrar, recopilar, sistematizar y analizar las acciones territoriales llevadas a cabo por los efectores, equipos de salud y promotores y promotoras de salud, generando un insumo estratégico para explorar aquellos factores que favorecen o dificultan la realización de actividades comunitarias, mejorar de manera continua la calidad de las intervenciones y fortalecer la planificación de políticas públicas con enfoque territorial. Asimismo, el formulario permite transparentar, la oferta de acciones comunitarias desplegadas por cada efector de salud, lo que constituye un avance significativo en términos de trazabilidad, coordinación intersectorial y rendición de cuentas.

Cabe mencionar, a modo de ejemplo, experiencias similares de incorporación de sistemas de información en la gestión de políticas de salud comunitaria, como es el caso

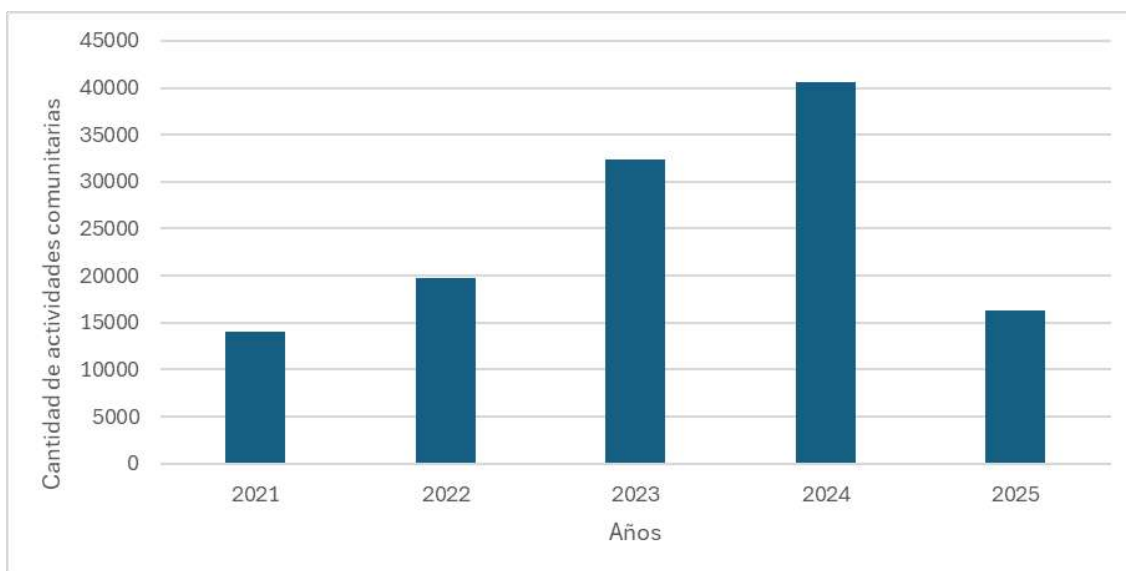
de la Estrategia de Salud Comunitaria en Atención Primaria 2023–2027 de La Rioja, España (Moreno Rey et al., 2022). Dicha estrategia incorpora una línea de acción específica sobre “sistemas de registro e información” dentro del eje “herramientas digitales”, con el objetivo de “desarrollar herramientas que permitan registrar, organizar y preservar las acciones comunitarias realizadas en las zonas básicas de salud, así como los activos para la salud y recursos comunitarios disponibles, facilitando su accesibilidad tanto a la ciudadanía como a los profesionales”. Asimismo, en Badajoz, España, se emplea una metodología similar mediante el uso del denominado “Formulario de Actividades Comunitarias del EAP (Equipo de Atención Primaria)”, el cual permite sistematizar las actividades comunitarias desarrolladas por los equipos de salud con el “propósito de conocer y valorar cuáles de estas acciones pueden reorientarse y consolidarse como iniciativas de salud comunitaria” (Moreno Rey et al., 2022).

En lo que respecta a nuestra jurisdicción, el seguimiento y análisis de las acciones de salud comunitaria continúa representando un desafío clave para la gestión, en un contexto donde la cultura del monitoreo y la evaluación aún no se encuentra plenamente integrada en el ámbito de la administración pública.

2.1 Las Actividades Comunitarias de los/las promotores/as en números: Análisis del Formulario

A continuación, se presenta la exposición y el análisis de los resultados obtenidos a partir del Formulario de Actividades Comunitarias correspondiente a los últimos cinco años, con un total de 122.978 registros. Estas actividades son diseñadas, organizadas y coordinadas exclusivamente por los promotores de salud, quienes también participan en otras acciones como parte de equipos de trabajo. Con el fin de facilitar la visualización y comprensión de la relación entre las actividades comunitarias, los tipos de dispositivos involucrados y las temáticas abordadas, se elaboraron tres gráficos representativos. El objetivo de este análisis es ofrecer una comprensión integral de la información recopilada y evaluar sus implicancias estratégicas para la toma de decisiones en la formación permanente de la figura del/de la promotor/a de salud en los equipos del primer nivel de atención.

Gráfico 1: cantidad de actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 4 años.



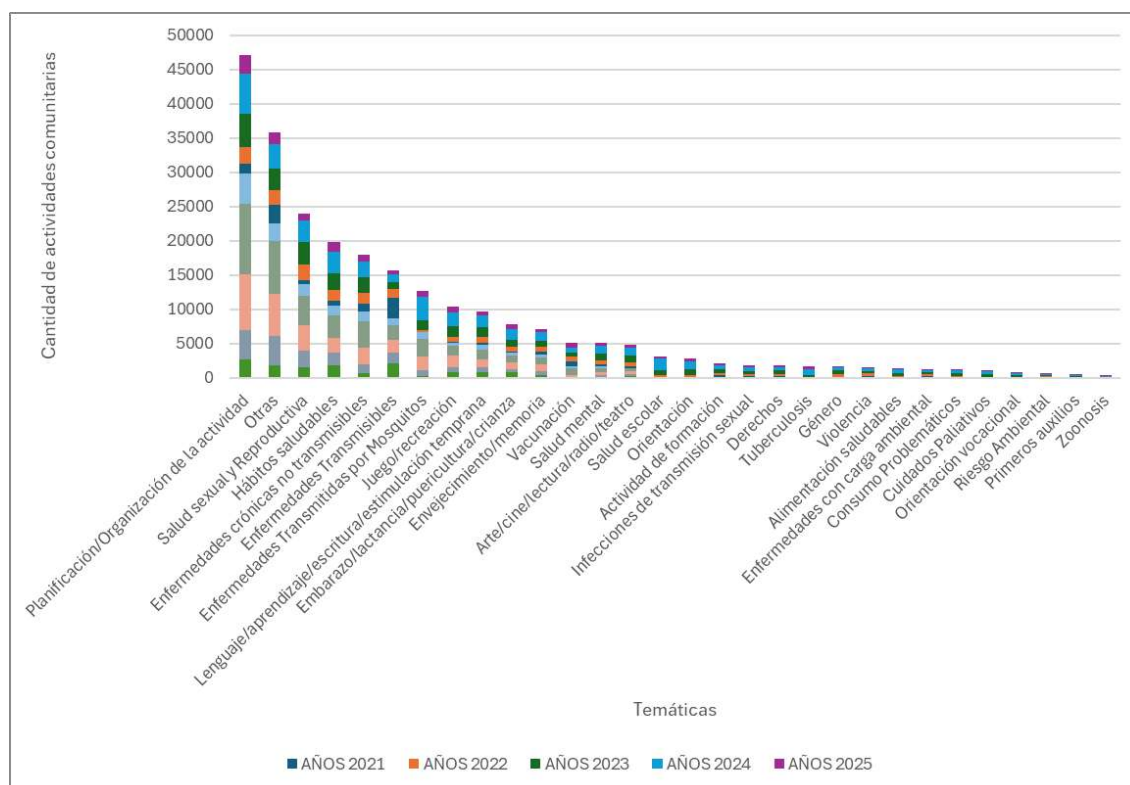
Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025.

Elaboración propia

El presente gráfico de barras ilustra la evolución de la participación de promotores de salud en actividades comunitarias de CABA durante el período 2021-2024. Se inició el período en 2021 con aproximadamente 14.000 actividades. Para el año 2022, se registró un aumento significativo, llegando a las

20.000 actividades. La tendencia al alza continuó en 2023, acercándose a las 32.000 actividades, y alcanzó su punto máximo en 2024, con más de 40.000 actividades.

Gráfico 2: temáticas de las actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 5 años.



Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025.

Elaboración propia

Este gráfico de barras apiladas, presenta una visión detallada de la distribución de las actividades comunitarias en las diversas temáticas y proporciona una segmentación granular, ilustrando la amplitud y, en cierta medida, la intensidad de las actividades comunitarias de los promotores de salud.

Hay una dominancia de "Planificación/Organización de la actividad" en todos los años, refleja un fuerte enfoque en la estructuración y preparación previa, lo cual es fundamental para el éxito de las intervenciones comunitarias.

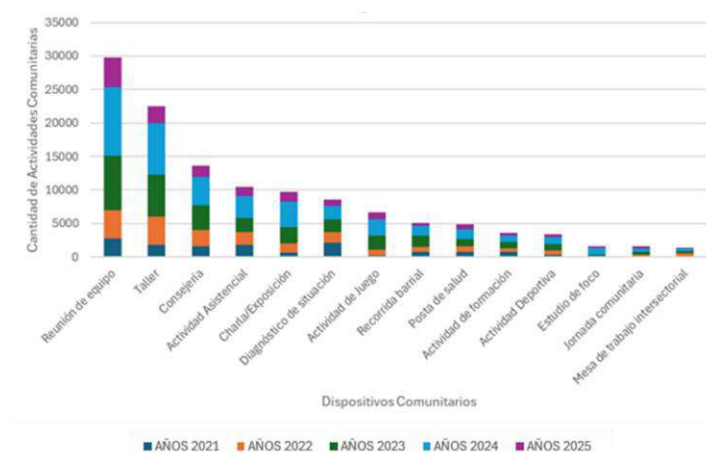
La categoría "Otras" dentro de las temáticas se posiciona como la segunda temática con mayor volumen de actividades, esto resulta un punto crítico que merece un análisis posterior detallado por sus implicaciones en la comprensión.

Le siguen las temáticas de "Salud sexual y Reproductiva", "Hábitos saludables" y "Enfermedades crónicas no transmisibles" mostrando volúmenes de registros altos, lo que sugiere una priorización tradicional de la promoción de la salud.

Por otro lado, resulta significativo el lugar asignado a las actividades relacionadas a la promoción de la salud (mental) como lo son Juego y promoción de la lectura, Arte/ Cine/teatro /radio que vienen ganando cada vez más frecuencia entre el repertorio de Actividades ofrecidas a la comunidad y que dan cuenta de un modelo más signado por la promoción del bienestar y la salud comunitaria (Bang, 2012)

Resulta también evidente que temáticas como "Zoonosis", "Primeros auxilios", "Riesgo Ambiental", "Orientación vocacional" y "Cuidados Paliativos" son significativamente menos abordadas, reflejando un volumen de actividades comunitarias considerablemente bajo. Este resultado indica que, tradicionalmente, estas áreas han recibido menor prioridad o visibilidad dentro del marco de la promoción de la salud, lo que podría implicar la necesidad de reconsiderar su integración en futuras planificaciones o líneas a fortalecer desde la Formación Permanente o la Dirección de Salud Comunitaria.

Gráfico 3: tipo de dispositivo comunitario de las actividades comunitarias lideradas o acompañadas por promotores de salud durante los últimos 5 años.



Fuente: Formulario actividades comunitarias de SIGEHOS, Ministerio de Salud de CABA, 2025. Elaboración propia

Este gráfico de barras apiladas, ilustra la cantidad de actividades realizadas a través de diferentes "dispositivos comunitarios" (modalidades de intervención o formatos de encuentro) a lo largo del quinquenio. Se observa una dominancia de las categorías "Reunión de equipo" sobresale significativamente como el dispositivo más frecuente, superando a cualquier otra modalidad de interacción directa con la comunidad. La categoría "Taller" también se destaca lo que sugiere un enfoque en el aprendizaje participativo y el desarrollo de habilidades dentro de la comunidad, así como un formato más conocido y replicable.

Se observa una disminución en la cantidad de actividades para dispositivos que implican una interacción más directa y específica con la comunidad, como "Diagnóstico de situación", "Actividad de juego", "Recorrido barrial", "Estudio de foco" o "Jornada comunitaria". Esto podría indicar que hay preferencia para la realización o el registro de formatos conocidos. Las "Jornadas comunitarias" y las "Mesas de trabajo intersectorial" poseen baja frecuencia en su registro, lo que conlleva a indagar si se está aprovechando al máximo la oportunidad de articulaciones con otras organizaciones y áreas.

Estos datos permiten evidenciar, al menos en parte, el fortalecimiento y la promoción de las prácticas comunitarias, en estrecha relación con la inclusión y la formación permanente de la figura del promotor/a de salud en los equipos del primer nivel de atención. No obstante, la integración efectiva de este nuevo rol y su correspondiente proceso de profesionalización enfrentaron múltiples obstáculos y resistencias institucionales.

Entre las principales dificultades se destacaron los desafíos para que las y los promotores de salud asumieran roles protagónicos en la planificación de actividades comunitarias tanto en los Centros de Salud como en los territorios, así como las limitaciones para establecer articulaciones intersectoriales con otras áreas de gobierno, un componente clave para el abordaje integral en salud comunitaria. A ello se sumaron barreras vinculadas a competencias básicas, especialmente en lectoescritura, comprensión de consignas, elaboración de materiales gráficos y habilidades de oratoria, fundamentales para la promoción y prevención en salud. Estas debilidades impactaron directamente en el reconocimiento simbólico del rol por parte de otros integrantes del equipo de salud.

Asimismo, se identificó una brecha entre los contenidos trabajados en las instancias de formación y su aplicación efectiva en las prácticas territoriales. Sumado a la necesidad de refuerzo de registro de las intervenciones comunitarias como herramienta institucional de rendición de cuentas.

3. La incorporación de promotores de salud en CABA como punto de inflexión frente a las limitaciones del modelo biomédico

La experiencia de incorporación, formación y registro sistemático de promotores y promotoras de salud en la Ciudad de Buenos Aires evidencia tanto avances como tensiones. Por un lado, se consolidaron mecanismos de

profesionalización, de integración progresiva a los equipos interdisciplinarios y de fortalecimiento de una cultura de evaluación y sistematización de prácticas comunitarias. Por otro lado, persisten obstáculos vinculados a la plena aceptación del rol dentro de estructuras sanitarias todavía fuertemente atravesadas por la lógica asistencial y biomédica.

Este recorrido histórico permite situar un debate más amplio: el de los modelos sanitarios en pugna. La inclusión de promotores en el primer nivel de atención no puede comprenderse de manera aislada, sino en diálogo con las limitaciones del modelo biomédico hegemónico y con la necesidad de avanzar hacia un paradigma de atención primaria renovado, donde la promoción y la prevención ocupen un lugar central y no marginal

4. Crítica al modelo biomédico

El modelo biomédico, históricamente dominante, ha logrado avances significativos en el tratamiento de enfermedades. Sin embargo, su carácter fragmentado y su desvinculación de los determinantes sociales de la salud —como la pobreza, la educación o la vivienda— lo vuelven insuficiente para dar respuesta a los desafíos sanitarios contemporáneos. En este marco, la figura del promotor de salud adquiere relevancia al intervenir directamente sobre estos determinantes, desafiando la lógica puramente clínica del modelo asistencial. Su tarea introduce en el centro de salud la realidad concreta de la comunidad, con sus carencias y potencialidades, aspectos que el modelo biomédico tiende a relegar o invisibilizar.

Desde la perspectiva de la Salud Colectiva Latinoamericana, diversos autores (Paim y Almeida Filho, 2003) advierten sobre la crisis del modelo tradicional de salud pública para abordar los problemas de salud-enfermedad-atención y cuidados en nuestras sociedades. Parte de esta crisis responde a las limitaciones del denominado Modelo Médico Hegemónico, cuya mirada restringida reduce la enfermedad a lo biológico, dejando fuera factores sociales, culturales, económicos y políticos que la condicionan.

El antropólogo argentino Eduardo Menéndez (2003), en su extenso trabajo de conceptualización, señala exclusiones fundamentales en este modelo, que van desde la omisión de los determinantes sociales y culturales hasta la falta de reconocimiento de la voz, los saberes y las prácticas de los propios pacientes. Bajo esta lógica, la persona enferma es reducida a un “cuerpo biológico”, despojado de historia y contexto. Asimismo, categorías como “salud”, “enfermedad” o “normalidad” son asumidas como universales y atemporales, sin advertir su carácter de construcciones históricas.

Este enfoque también desvaloriza o invisibiliza formas de cuidado populares, tradicionales o alternativas, calificándolas de “irracionales” o “no científicas”. Finalmente, prioriza lo curativo y hospitalario por sobre la promoción y la prevención, relegando la dimensión comunitaria a un lugar marginal dentro de las políticas y prácticas de salud.

Con relación a la inclusión de los aspectos de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, es innegable que, si bien el modelo biomédico reconoce la prevención de la enfermedad, aunque le da un lugar secundario la incluye y la orienta dentro de sus criterios biologicistas e individualistas, es decir opacando las relaciones con las condiciones materiales de su producción en los grupos sociales. En lo que refiere la promoción de la salud en las prácticas de salud, su lugar aún es menor. En este sentido desde la redacción de la Carta de Ottawa las políticas que contienen el componente de promoción de salud han definido como un punto esencial e indispensable fortalecer la acción comunitaria (OMS, 1986). La participación social se realizaría a través de la acción efectiva de la comunidad en el establecimiento de prioridades, la toma de decisiones, y la planificación e implementación de estrategias para el logro de una mejor salud. La inclusión de promotores/as en los equipos de salud apuesta a esta línea de fortalecimiento de la participación comunitaria.

5. Hacia un modelo de APS renovado

La Declaración de Alma-Ata (1978) marcó un hito al postular la APS como un enfoque integral. En este contexto, el promotor de salud es una pieza clave. Su rol se alinea con los principios de la APS, como la participación comunitaria, la equidad y la intersectorialidad. El promotor de salud actúa como un facilitador y educador, empoderando a las comunidades para que se apropien de su salud. Sin embargo, la implementación de la APS ha sido desigual, y en muchos casos se ha instrumentalizado, reduciéndose a un primer nivel de atención con escasa o nula articulación con la comunidad. La incorporación de promotores en CABA tiene el potencial de revitalizar esta dimensión participativa y social de la APS.

En la década de 1970, en un contexto marcado por la revolución científico-tecnológica y la creciente globalización, se hicieron evidentes las profundas desigualdades sociales y sanitarias. En respuesta, las Asambleas Mundiales de la Salud de 1975 y 1976 adoptaron el compromiso de alcanzar la “Salud para todos en el año 2000”. En este marco, adquirieron relevancia diversas experiencias de atención sanitaria en países con recursos limitados (China, India, África y América Latina), que demostraron alternativas viables para enfrentar problemas de salud. Estas prácticas fueron sistematizadas y difundidas por la OMS bajo la dirección de Halfdan Mahler, quien impulsó su proyección global como una responsabilidad compartida entre naciones desarrolladas y en desarrollo. (Tejada Rivero, 2003)

Entre estas prácticas se encontraban las experiencias de los médicos descalzos chinos, campesinos con una formación paramédica básica de unos 6 meses, seleccionados y financiados por las propias comunidades rurales arroceras. Estos médicos realizaban acciones de prevención y tratamiento de algunas enfermedades comunes reduciendo el porcentaje de morbilidad de las mismas comunidades. Otra experiencia importante explorada por la OMS fue el Plan de Salud Rural del médico argentino Alvarado en la lucha contra el paludismo en el noroeste argentino. su modelo implicó la formación de personas de la propia

comunidad denominados “agentes sanitarios” que realizaban tareas de promoción, prevención de enfermedad y se anticipaban a la demanda de las personas a los efectores de salud, también este programa tuvo mucho éxito en la prevención del paludismo y le dio mucha notoriedad a Alvarado en el mundo (Jaureche, 2013).

Estas dos experiencias donde el componente participativo de las comunidades fueron la clave del éxito para reducir factores de riesgo y disminuir las barreras de acceso a la salud fueron las que inspiraron la estrategia de la Atención Primaria de la Salud firmada en la Conferencia Internacional en Alma Ata en 1978.

El debate actual se centra en cómo evitar que el modelo biomédico absorba o distorsione el rol del promotor de salud. Existe el riesgo de que su función quede reducida a una mera extensión del equipo médico, limitada a tareas de derivación o seguimiento, sin reconocer el valor de su conocimiento situado ni su capacidad de mediación social. Para contrarrestar esta tendencia, resulta fundamental reconocer al promotor como un actor estratégico con autonomía propia y no como un auxiliar subordinado. Esto exige reconfigurar las dinámicas de poder y las estructuras de los equipos de salud.

En este sentido, los promotores, a partir de su conocimiento situado y empírico de las comunidades, se constituyen en puentes entre el sistema de salud formal y las redes sociales y culturales de la población. Esta capacidad concretiza un componente esencial de la participación comunitaria en salud (Agudelo, 1983) y contrasta con el saber biomédico tradicional, frecuentemente percibido como técnico, normativo y distante de la vida cotidiana.

De la experiencia de casi una década de la estrategia de promotores/as de salud comunitaria podemos sistematizar los siguientes puntos críticos:

- Asimetrías de poder y jerarquías: Es común que los promotores enfrenten un desafío en el reconocimiento de su rol, siendo subvalorados frente a los profesionales de la salud. La división del trabajo debe ser replanteada para pasar de una estructura jerárquica a una colaborativa, donde el conocimiento del promotor sea valorado como un insumo estratégico, y no como una mera herramienta de logística.
- La tensión entre lo individual y lo colectivo: Mientras que el modelo biomédico suele enfocarse en la enfermedad del individuo, el promotor de salud opera en una lógica de salud colectiva. Su labor se centra en la prevención, la educación para la salud y la identificación de riesgos comunitarios. Esta dualidad requiere que los equipos de salud desarrollen una mirada sociosanitaria, donde la patología individual se entienda en su contexto social, económico y cultural.
- La complejidad de la formación y el rol: La capacitación de los promotores no debe limitarse a la transmisión de conocimientos biomédicos básicos. La pedagogía juega un rol clave, ya que la formación debe fortalecer sus habilidades comunicacionales, su capacidad de mediación y su comprensión de la salud como un derecho. El promotor de salud no es un auxiliar médico, sino un agente de cambio social que co-construye la salud con la comunidad.

6. Conclusiones y reflexiones finales:

La incorporación de promotores de salud en los CeSAC de CABA representa una oportunidad para trascender las limitaciones del modelo biomédico y avanzar hacia un sistema de salud más justo y equitativo. Su rol es vital para fortalecer la Atención Primaria de la Salud, reconectando los centros de salud con el tejido social de sus comunidades. Esto requiere una apuesta política y teórica que vaya más allá de la mera contratación de personal. Implica una reorganización de los servicios que ponga a la comunidad en el centro de la atención, donde el saber biomédico y el saber popular se encuentren en un diálogo constante y productivo.

La incorporación de promotores de salud en los equipos de los CeSAC de CABA es un paso necesario para fortalecer el primer nivel de atención. El éxito de esta iniciativa dependerá de una reflexión profunda y constante sobre la interdisciplina como principio rector. Implica trascender la suma de disciplinas para llegar a una verdadera integración de saberes y prácticas. Los equipos de salud tienen el desafío constante de escuchar a la comunidad, valorar el conocimiento popular y co-diseñar intervenciones que sean culturalmente pertinentes y socialmente justas. La figura del promotor de salud, así, deja de ser un mero apéndice para convertirse en el eje vertebrador de un modelo de salud comunitario, capaz de dar respuestas más adecuadas a los complejos desafíos sanitarios de la urbe contemporánea.

En última instancia, la figura del promotor de salud no solo mejora la accesibilidad a los servicios, sino que también promueve un cambio de paradigma, señalando un camino hacia una salud que se construye de manera colectiva y que considera la vida en toda su complejidad.

Bibliografía

- Agudelo, C (1983): *Participación comunitaria en salud. conceptos y criterios de valoración*. Publicado en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Septiembre 1983. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/15934/v95n3p205.pdf>
- Almeida Filho, Paim. (1999): *La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la Salud Colectiva en Latinoamérica*. Cuadernos Médico Sociales. 1999(75): 5-30
- Bang, Claudia (2012): *Prácticas participativas que utilizan arte, creatividad y juego en el espacio público: Un estudio exploratorio desde la perspectiva de Atención Primaria de Salud integral con enfoque en salud mental*. Publicado en XVIII Anuario de Investigaciones de La Facultad de Psicología UBA – Marzo 2012 N° ISSN 1581-11686. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/193865>.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. (1986). Organización Mundial de la Salud.

- Cotonieto-Martínez, Ernesto, & Rodríguez-Terán, Rodrigo. (2021). *Salud comunitaria: una revisión de los pilares, enfoques, instrumentos de intervención y su integración con la atención primaria*. Journal of Negative and No Positive Results, 6(2), 393-410. Epub 16 de octubre de 2023.
- Jaureche Arturo (2012): *¿Quién es el Dr. Alvarado?* Salud Colectiva. 2012;8(1):81-83.
- Menéndez, Eduardo L. (2003) *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas* Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil
- Moreno Rey R, Maynar Mariño I, Manchón López L, Cáceres Martín de la Vega AM. *Estrategia para promover la salud en los equipos de atención primaria*. Badajoz: Gerencia del Área de Salud de Badajoz (Servicio Extremeño de Salud); (2022)",
https://www.areasaludbadajoz.com/Atencion Primaria/Salud_Comunitaria/ESTRATEGIA_SALUD_COMUNITARIA_AS_BADAJOZ_web.pdf
- Shostak, Ray; Alessandro, Martín; Diamond, Patrick; Mosqueira, Edgardo; Lafuente, Mariano. BID. (2023). *The Center of Government, Revisited: A Decade of Global Reforms*. Recuperado de <https://publications.iadb.org/en/center-government-revisited-decade-global-reforms>
- Tejada Rivero (2003) *Alma Ata: 25 años después Perspectivas de Salud*, Volumen 8 No. 1 - 2003 de la revista de la Organización Panamericana de Salud (publicada de 1996 a 2007).



RELATOS DE EXPERIENCIAS

Empoderamiento Parental y Comunitario en RCP del Lactante

Capacitación Continua en APS (2021–2025)

Parental and Community Empowerment in Infant CPR

Continuous Training in PHC (2021–2025)

Esp. Gallardo Collazo

gallardolourdes72@gmail.com

Lourdes Anamelba

Lic. en Enfermería UBA, Esp. Enf. Perinatal Hosp. Fernández,
Jefa de residentes en Enf. Perinatal Hospital
Fernández 2016/2017, residente de Enf.
Comunitaria PRIn Hurlingham, Jefa de residentes
de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2024/2025

Mg. Thumaz Martins

martinsneucy@gmail.com

Neucyene

Lic. en Enfermería UAI, Magíster en Salud Materno Infantil
UNC, Esp. Enfermería Perinatal Hosp. Dr. Cosme
Argerich, Instructora de residentes en Enf.
Perinatal Hosp. Dr. Cosme Argerich 2016/2017 y
Hosp. Santojanni 2017/2018, Tesista en la Esp. en
Enf. familiar y comunitaria UNC, Jefa de residentes
de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2021/2023,
Maestrando en la Maestría de Salud Familiar y
Comunitaria UNER..

Esp. Ibarra

eveibarra93@gmail.com

Evelyn Gisela

Lic. en Enfermería UAI, Esp. Enf. General y Comunitaria, CeSAC
8, Hosp. Dr. Penna GCBA, Jefa de residentes en Enf. General y

Comunitaria CeSAC 7, Hosp. Santojanni 2019/2020. Exdocente
auxiliar de Enf. Comunitaria, UAI. Coordinadora docente de la
residencia de Enf. Comunitaria PRIn Hurlingham 2021/2026,
Estudiante Lic. en Psicología UBA

Lic. Segovia

mirsegoviasauco@gmail.com

Mirta Isabel

Lic. en Enfermería UNM, residentes de Enf. Comunitaria PRIM
Hurlingham 2023/2026, Lic. en Enfermería UNO, Enf general
Hospital Héroes de Malvinas, Residente de enfermería
Comunitaria PRIn Hurlingham, Estudiante del Profesorado
universitario para la educación secundaria y superior UAI

Lic. Ruiz Diaz

cecirudi2015@gmail.com

María Cecilia

Lic en enfermería USAL, Enfermera vacunadora en
Vacunatorio central de Morón, Enfermera en APS Municipio
de Morón, Residente de Enfermería comunitaria PRIn
Hurlingham, Profesora universitaria Isalud.

*Eje Temático: Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos
en la Atención Primaria: RCP del Lactante.*

*Datos del presentador del Trabajo: Esp. Gallardo Collazo,
Lourdes Anamelba*

Introducción: La respuesta inmediata de los cuidadores es crucial ante un Paro Cardiorrespiratorio (PCR) en lactantes, especialmente en contextos vulnerables, donde el temor por la falta de conocimiento es elevado. Este relato sistematiza la implementación continua del taller de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) del lactante en el Primer Nivel de Atención (PNA), articulado por la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en colaboración con el Municipio.

Objetivo: Sistematizar la experiencia de implementación continua del Curso-Taller de RCP del Lactante por la Residencia de Enfermería Comunitaria en la APS (2021-2025) y analizar su impacto en el empoderamiento parental y la reducción de la ansiedad familiar.

Metodología: El proyecto se basó en un taller teórico-práctico y continuo ofrecido a un total de 98 cuidadores (padres, madres y abuelos), captados proactivamente desde la consulta prenatal. Se utilizó la simulación con muñecos para la práctica y se aplicó la secuencia de la cadena de supervivencia y el manejo de la Obstrucción de la Vía Aérea (OVACE).

Resultados: La estrategia de capacitación en APS y la práctica supervisada resultaron en una alta participación y un empoderamiento significativo. Se demostró que la adquisición de estas habilidades críticas reduce la ansiedad de los cuidadores, extendiendo la capacidad de respuesta y prevención más allá del ámbito hospitalario.

Conclusión: La implementación sistemática de este modelo por la Enfermería Comunitaria es una estrategia efectiva y sostenible que fortalece el PNA. Al dotar a 98 familias de herramientas esenciales, se valida el rol de la enfermería como agente facilitador de la salud y se contribuye directamente a mejorar la seguridad y el bienestar del lactante en la comunidad.

Palabras Clave: RCP Neonatal, Empoderamiento Parental, Atención Primaria de la Salud (APS), Enfermería Comunitaria, Simulación.

Introduction: Immediate caregiver response is crucial in the face of Infant Cardiopulmonary Arrest (CPA), particularly in vulnerable contexts where anxiety due to lack of knowledge is high. This report systematizes the continuous implementation of the Infant Cardiopulmonary Resuscitation (CPR) workshop in Primary Health Care (PHC), articulated by the PRIn Hurlingham Community Nursing Residency in collaboration with the Municipality.

Objective: To systematize the experience of continuous implementation of the Infant CPR Workshop by the Community Nursing Residency in PHC (2021-2025) and to analyze its impact on parental empowerment and the reduction of family anxiety.

Methodology: The project was based on a continuous, theoretical-practical workshop offered to a total of 98 caregivers (parents, mothers, and grandparents), proactively recruited from prenatal consultations. Simulation with manikins was used for practice, and the sequence of the chain of survival and Foreign Body Airway Obstruction (FBAO) management were covered.

Results: The PHC training strategy and supervised practice resulted in high participation and significant empowerment. It was demonstrated that acquiring these critical skills reduces caregiver anxiety, extending the capacity for response and prevention beyond the hospital setting.

Conclusion: The systematic and continuous implementation of this model by Community Nursing is an effective and sustainable strategy that strengthens PHC. By equipping 98 families with essential tools, the residency validates the role of nursing as a health facilitator and directly contributes to improving infant safety and well-being in the community.

Keywords: Neonatal CPR, Parental Empowerment, Primary Health Care (PHC), Community Nursing, Simulation.

1. Introducción y Fundamentación

La mortalidad neonatal evitable es un desafío central en salud pública. Ante un Paro Cardiorrespiratorio (PCR) en lactantes, la respuesta inmediata y adecuada de los cuidadores primarios es el factor más determinante para la supervivencia y el pronóstico. En el ámbito de la Atención Primaria de la Salud (APS), es común observar en los padres y cuidadores un alto nivel de temor y ansiedad frente al alta, debido a la falta de herramientas para manejar una emergencia en casa.

El presente trabajo sistematiza la experiencia de un Curso Taller continuo de Reanimación Cardiopulmonar (RCP) del Lactante desarrollado por la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en las Unidades Sanitarias San José Obrero y Dr. Ángel Bo. La población atendida en William Morris a menudo presenta características de vulnerabilidad, incluyendo embarazos con control prenatal inadecuado y falta de adherencia a los estudios, lo que aumenta el riesgo de complicaciones perinatales. Este proyecto, en colaboración con el Municipio, ha logrado capacitar a 55 cuidadores (padres, madres y abuelos) de manera continua en el periodo 2021-2025.

La capacitación en RCP del lactante no debe limitarse a los profesionales, sino extenderse a los padres y cuidadores como una estrategia de prevención comunitaria basada en el empoderamiento familiar. La formación busca aumentar la capacidad de las familias para tomar decisiones informadas y actuar eficazmente ante una emergencia.

La intervención se justifica como una estrategia de prevención comunitaria proactiva, cuyo objetivo es dotar a las familias de las herramientas y la confianza necesarias para actuar, contribuyendo directamente a la seguridad del lactante y al fortalecimiento de las capacidades de respuesta del Primer Nivel de Atención (PNA). Además, se enmarca en la Ley Nacional N° 26.835 de promoción y capacitación en las técnicas de RCP.

- RCP del Lactante: Conjunto de técnicas básicas destinadas a restaurar la función cardíaca y respiratoria, enfocado en las medidas elementales que no requieren instrumental médico

ni conocimientos profundos.

- APS y Promoción de la Salud: La APS, como primer nivel de contacto, es el lugar ideal para el empoderamiento familiar, aumentando la capacidad de los cuidadores para actuar y reduciendo la ansiedad que genera la falta de conocimiento.

- Importancia Clínica: La RCP del lactante es crucial para reducir la morbilidad infantil, ya que la respuesta inmediata ("Minutos de Oro") impacta directamente en el pronóstico.

2. Objetivos

Objetivo

Sistematizar la experiencia de implementación continua del Curso-Taller de RCP del Lactante por la Residencia de Enfermería Comunitaria en la APS (2021-2025) y analizar su impacto en el empoderamiento parental y la reducción de la ansiedad familiar.

Objetivos Específicos

Describir la estrategia de captación proactiva y la metodología teórico-práctica implementada en el PNA.

- Evaluar el nivel de participación, la autopercepción de empoderamiento y la satisfacción de las familias formadas.

- Capacitar a padres y cuidadores en técnicas básicas de RCP y reconocimiento de riesgos, alineadas con la cadena de supervivencia.

- Promover la salud y seguridad del lactante en la comunidad a través de la educación y prevención.

- Validar el rol de la Enfermería Comunitaria como agente facilitador y promotor de seguridad en el ámbito domiciliario.

3. Marco Teórico

3.1. RCP y la Estrategia de Salud Pública

El Paro Cardiorrespiratorio (PCR) en lactantes es el cese de la actividad mecánica cardíaca y respiratoria. A diferencia de los adultos, las causas más frecuentes son de origen respiratorio (hipoxia) más que cardíaco primario (AHA, 2020). Clínicamente, el manejo de la emergencia se rige por la Cadena de Supervivencia, que enfatiza la necesidad de un reconocimiento temprano y la activación inmediata del sistema de emergencia.

La trascendencia de la intervención radica en el concepto de los "Minutos de Oro": la rápida administración de la RCP básica por un testigo (en este caso, el cuidador primario) es crucial para prevenir el daño cerebral irreversible y la muerte (Ley Nacional N° 26.835, 2012).

Esta premisa traslada la responsabilidad de la atención inmediata del profesional al seno familiar, justificando la capacitación parental como una estrategia de sobrevida poblacional. La eficacia de la RCP básica por un testigo es crucial para la Cadena de Supervivencia, haciendo de la capacitación parental una estrategia poblacional para reducir la morbilidad evitable.

3.2. Atención Primaria de la Salud (APS) como Entorno de Empoderamiento y Primeros Auxilios

La Atención Primaria de la Salud (APS), tal como fue redefinida en la Carta de Alma-Ata (1978) y reafirmada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el primer contacto entre la comunidad y el sistema sanitario, centrado en la promoción, prevención y empoderamiento.

- Promoción de la Salud y Prevención de Riesgos: La APS no se limita a la curación, sino a intervenir sobre los determinantes sociales de la salud (OMS, 2010). Ubicar la capacitación en RCP en las Unidades Sanitarias (US) capitaliza la confianza establecida durante el control prenatal y la cercanía al territorio, factores esenciales para la efectividad de los programas preventivos.

- Empoderamiento y Participación Comunitaria: El concepto de Empoderamiento implica aumentar la capacidad de los individuos y las comunidades para controlar su propia salud (Rappaport, 1987). En el contexto de la RCP, el empoderamiento se traduce en la capacidad de las familias para tomar decisiones informadas y actuar eficazmente en una emergencia, contrarrestando el temor y la pasividad. Esto justifica la necesidad de involucrar no solo a las madres, sino a todos los cuidadores clave (padres, parejas, abuelas), transformándolos en actores sociales activos.

La Enfermería Comunitaria actúa como el agente idóneo para descentralizar el conocimiento técnico: "La APS debe ser el punto de encuentro donde se instalen capacidades y se promueva la apropiación popular de la salud. Intervenciones como la capacitación en RCP no son solo técnicas de primeros auxilios, sino mecanismos de empoderamiento sanitario, donde el profesional de la salud facilita que la comunidad adquiera la soberanía sanitaria de respuesta" (Adaptado de Rovere, 2009).

La enseñanza de primeros auxilios en el PNA asegura que el empoderamiento se traduzca en la capacidad de las familias para tomar decisiones informadas y actuar eficazmente, contrarrestando el temor con conocimiento práctico.

3.3. El Rol Ampliado de Enfermería Comunitaria

La disciplina de Enfermería, especialmente en el ámbito comunitario, ejerce un rol ampliado que trasciende el modelo hospitalocéntrico. La Residencia de Enfermería Comunitaria en APS se posiciona como el agente idóneo para implementar este tipo de capacitación por varias razones:

- **Visión Holística:** La enfermería considera el contexto familiar y social del lactante, integrando la técnica de RCP con la prevención de accidentes y el cuidado integral.
- **Eje Educativo y Consejería:** La enfermera es la profesional clave en la educación para la salud. A través de la consejería y la demostración práctica, facilita la adquisición de destrezas y genera el vínculo de confianza necesario para que el conocimiento técnico se traduzca en acción efectiva (Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2023).
- **Agente de Territorialización:** Al estar anclada en la comunidad, la residencia garantiza que la formación sea pertinente a las realidades locales y se sostenga en el tiempo (capacitación continua), asegurando que las familias vulnerables tengan acceso a este conocimiento vital (Ley Nacional N° 26.835).

La justificación teórica, por lo tanto, es que la capacitación en RCP en APS no es un simple curso, sino una estrategia de salud pública mediada por el rol educativo y de proximidad de la Enfermería Comunitaria, cuyo resultado esperado es el empoderamiento familiar para salvar una vida.

4. Metodología: Diseño, Muestra y Captación

El proyecto se basa en un taller teórico-práctico de capacitación continua implementado por los residentes de enfermería comunitaria PRIn Hurlingham. La intervención comienza durante el control prenatal bi disciplinar y se ofrece en el puerperio, una vez que las madres han dado a luz.

4.1. Tipo de Estudio y Muestra

El estudio utiliza un enfoque de Sistematización de la Práctica y Relato de Experiencia. Se cuenta con una muestra intencional de 98 participantes (padres, madres y abuelos) capacitados entre 2021 y 2025 en las Unidades Sanitarias Dr. Ángel Bo y San José Obrero.

4.2. Estrategia de Captación

La captación de las familias fue proactiva y continua:

- **Ruta Principal:** Los participantes eran convocados desde las consultas prenatales a un trabajo bi disciplinar con la Licenciada en Obstetricia, donde se les informaba del beneficio del curso y se les convocaba a participar en el período post- nacimiento/puerperio.
- **Acompañamiento Específico:** Adicionalmente, se brindó acompañamiento y capacitación individual a solicitud del Municipio a los padres con niños internados en servicios de neonatología del sistema de salud local.

4.3. Contenido y Técnicas

El curso taller se enfoca en: la Activación del sistema de emergencia y organización familiar para el traslado, la secuencia de la cadena de supervivencia y el manejo de la Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE). La intervención se centró en la simulación práctica con muñecos, supervisada de forma individual por los residentes: Técnicas básicas de RCP (30 compresiones con dos dedos: 2 ventilaciones boca/boca- nariz) y la Maniobra de Heimlich (OVACE). El propósito central fue que los padres tuvieran herramientas y tranquilidad para el cuidado en el hogar. La evaluación incluyó la medición de conocimientos y habilidades prácticas: Reconocimiento de signos de alarma (palidez, cianosis, flacidez).

4.4. Modalidad y Recursos

La capacitación se realiza en las instalaciones de las Unidades Sanitarias. Se utilizan muñecos de simulación de bebé para la práctica y se entrega material didáctico (trípticos y videos) por medio de WhatsApp para reforzar el aprendizaje y la continuidad del cuidado post-taller.

4.5. Evaluación

Se implementa una evaluación de conocimientos (previos y posteriores) para medir la efectividad, una evaluación de habilidades prácticas para asegurar la destreza y una encuesta de satisfacción para medir la percepción de empoderamiento.

5. Resultados y Conclusiones

5.1. Resultados Clave

La aceptación y participación activa de las familias en los talleres fue alta, lo que demuestra la importancia de la información y la educación en salud en la comunidad y la confianza generada por el equipo residente. La parte práctica con simulación fue clave para disminuir la ansiedad y el temor que experimentaban los padres antes de regresar a casa. La estrategia de captación prenatal y continuidad post-parto fue fundamental para asegurar la adherencia y el compromiso de los 98 cuidadores formados.

- Reducción de la Ansiedad: El uso de la simulación con muñecos bajo la supervisión individual de los residentes resultó ser el factor más eficaz para reducir el temor y la ansiedad parental, transformando el conocimiento técnico en una habilidad adquirida.

- Empoderamiento Comunitario: El proyecto, al contar con el apoyo del Municipio y trabajar de forma continua desde la APS, se consolidó como una política de empoderamiento que garantiza que las familias vulnerables cuenten con las herramientas necesarias para actuar de forma inmediata y tener mayor tranquilidad en el cuidado domiciliario de su bebé.

- Rol de la Enfermería: La Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham se reafirma como agente participativo en la prevención que extiende el cuidado fuera del hospital.

5.2. Conclusiones

La implementación sistemática y continua de los Talleres de RCP Neonatal por la Residencia de Enfermería Comunitaria PRIn Hurlingham en el Primer Nivel de Atención (PNA) se consolida como una estrategia de prevención efectiva y sostenible.

La experiencia demuestra que la capacitación no solo dota de habilidades críticas (RCP) a las familias, sino que logra empoderar a un total de 98 cuidadores (padres, madres y abuelos). Este modelo contribuye directamente a mejorar la autopercepción de seguridad y el bienestar de los lactantes en contextos de vulnerabilidad social y sanitaria.

En línea con los principios de la Atención Primaria de la Salud (APS) promovidos por autores como Rovere, el proyecto valida el rol ampliado de la enfermería como agente facilitador y descentralizador de la salud. La coordinación con el Municipio y la instalación de estas capacidades de respuesta en el PNA transforman el conocimiento en un acto de soberanía sanitaria familiar. De esta forma, la intervención de la Residencia fortalece el PNA, garantizando que el derecho a la salud se traduzca en herramientas reales y en una respuesta inmediata ante la emergencia (Rovere, 2009).

Referencias Bibliográficas

- American Heart Association (AHA). (2020). Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16 Suppl 2).
- Congreso de la Nación Argentina. (2012). Ley Nacional N° 26.835: Promoción y Capacitación en las Técnicas de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Boletín Oficial de la República Argentina.
- Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (2023). Programa Enfermería en Perinatología: Residencia Básica Equipo de Salud. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. <https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-03/Programa%20Enfermer%C3%ADa%20en%20Perinatolog%C3%ADa%20%20Residencia%20B%C3%A1sica%20Equipo%20de%20Salud.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Marco conceptual sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS.

- Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15(2), 121-148.
- Rovere, M. (2009). *Promoción de la Salud: Un Abordaje Crítico de sus Fundamentos y Prácticas*. Lugar Editorial.

Abordando Territorio

Estrategias de Acercamiento Comunitario

Lic. Sanchez Arteaga, Vanina

Coordinadora Docente
licsanchezvanina@gmail.com

Lic. Leiva, Nara

US. Paso del Rey
nara.leiva@outlook.com

Lic. Gonzalez, Mónica

CIC Sanguinetti
mopatriciagonzalez@gmail.com

Lic. Lutzky Marshall, Carolina

CIC Sanguinetti
caro85lutzky@gmail.com

Lic. Padilla Zeballos, C. Noelia

CIC Sanguinetti
noeliapadilla312013@gmail.com

Lic. Santillan, Mariangeles

US. Paso del Rey
geles3000@gmail.com

Resumen

El presente trabajo propone una reflexión sobre las estrategias de acercamiento comunitario como base del trabajo territorial en salud, desde la experiencia del equipo de residentes de Enfermería Comunitaria. Se busca fortalecer el vínculo entre los servicios de salud y la comunidad, reconociendo la importancia del diálogo, la escucha activa y la participación como pilares del proceso de Atención Primaria de la Salud (APS). A partir de la implementación de un modelo de trabajo territorial en el área programática del CIC Sanguinetti y Unidad Sanitaria Paso del Rey (Moreno), se analizan los resultados obtenidos y las principales estrategias empleadas para promover el encuentro y la accesibilidad a los servicios.

Palabras clave: salud comunitaria, abordaje territorial, estrategias de acercamiento, participación, promoción de la salud.

Introducción

El trabajo territorial es mucho más que un recorrido geográfico: es una oportunidad de acercamiento, escucha y construcción colectiva. Desde la residencia de Enfermería Comunitaria del PRIn Moreno, el equipo se propuso “pisar el territorio” para reconocer las realidades, los vínculos y las necesidades de la comunidad.

En este proceso, entendemos que las estrategias de acercamiento comunitario son esenciales para generar confianza, fortalecer el lazo con las familias y promover el acceso equitativo a los servicios de salud. Implican una forma de estar en el territorio que combina la observación, la sensibilidad, la participación y la acción conjunta con la comunidad.

Siguiendo el pensamiento de Freire, el aprendizaje y la transformación surgen del diálogo genuino y del encuentro con el otro. Así, cada visita domiciliaria, cada conversación y cada actividad de promoción se convierten en instancias de co-construcción del cuidado y de intercambio de saberes

Objetivo General

Fortalecer el modelo de trabajo territorial desde la perspectiva del acercamiento comunitario, promoviendo estrategias que faciliten la participación, la confianza y la accesibilidad entre la comunidad y los servicios de salud.

Objetivos Específicos

- Implementar estrategias de acercamiento comunitario que favorezcan la vinculación entre el equipo de salud y las familias del territorio.
- Promover la participación activa de la comunidad en la identificación de sus necesidades de salud.
- Reforzar la comunicación y la accesibilidad mediante herramientas presenciales y digitales.
- Socializar los recursos, servicios y dispositivos disponibles en las sedes.
- Aportar información y acompañamiento sobre el calendario nacional de vacunación, promoviendo el cuidado integral de la salud.

Métodos

El proceso se llevó a cabo en el área programática de cada sede, a partir de marzo del 2024. El trabajo consistió en visitas domiciliarias planificadas por manzanas, utilizando planillas familiares para registrar datos sociodemográficos, cobertura de salud y situación vacunal.

Cada lunes, el equipo de residentes recorría las manzanas, con autorización institucional, garantizando el respeto, la confidencialidad y la voluntariedad en la participación. La metodología se basó en el encuentro directo, la escucha activa y la observación participativa, priorizando el diálogo con los vecinos como herramienta de diagnóstico y de vínculo.

Asimismo, se incorporaron estrategias comunicacionales para fortalecer el acercamiento, utilizando redes sociales institucionales (WhatsApp e Instagram) para difundir los días de trabajo en territorio, promover las actividades y facilitar el contacto con la comunidad.

Los datos fueron sistematizados en una planilla digital (Excel) y analizados cualitativa y cuantitativamente, considerando tanto los aspectos epidemiológicos como las percepciones, barreras y actitudes hacia los servicios de salud.

Resultados

Se obtuvieron datos de las planillas familiares, correspondientes a 20 manzanas del área programática. El rango etario predominante es entre 41 y 60 años. La patología más frecuente fue la hipertensión arterial. El nivel educativo más habitual fue secundario completo y la cobertura de salud más frecuente fue PAMI, aunque un alto porcentaje manifestó no contar con obra social.

Respecto a la vacunación, la mayoría de las personas refirieron tener esquema completo, sin embargo se niegan a mostrar su carnet de vacunación.

Los aspectos cualitativos revelaron que el acercamiento presencial y el trato personalizado generaron apertura y receptividad en la comunidad, especialmente cuando las visitas se acompañaron con mensajes claros, respeto y continuidad en la presencia territorial.

Discusión

Las estrategias de acercamiento comunitario requieren implicarse en la realidad del territorio y construir vínculos de confianza sostenidos en el tiempo. La accesibilidad, como plantea Stolkiner (2007), no se limita a la distancia física, sino que se configura como una relación de encuentro o desencuentro entre sujetos y servicios de salud.

El acercamiento comunitario se consolida a través de tres dimensiones clave:

1. **Escucha activa y presencia constante**, que permiten comprender los determinantes sociales y culturales de la salud.

2. **Participación y co-construcción**, reconociendo los saberes de la comunidad como parte del proceso de cuidado.
3. **Comunicación accesible y empática**, que utiliza lenguajes y canales adecuados para favorecer la comprensión y el diálogo.

Autores como Rovere (2001) sostienen que el trabajo territorial es inseparable del Análisis de Situación de Salud (ASIS), herramienta que posibilita comprender los problemas de salud desde una mirada integral. Por su parte, la OPS (2021) enfatiza el papel de la comunicación digital como puente entre los servicios y la comunidad, siempre que se base en información veraz, ética y participativa.

La incorporación de las redes sociales como herramienta de acercamiento permitió una mayor visibilidad, confianza e interacción con los vecinos. Este tipo de estrategias, cuando son planificadas con objetivos claros y lenguaje accesible, pueden potenciar la participación y mejorar la percepción de los servicios públicos.

Conclusiones y Reflexiones

La experiencia de trabajo territorial con enfoque de acercamiento comunitario nos enseñó que el encuentro es la base del cuidado. Cada puerta tocada, cada conversación y cada escucha activa se convierten en actos de construcción de salud colectiva.

Las estrategias de acercamiento no se reducen a la visita domiciliaria, sino que implican estar disponibles, sostener la palabra y generar confianza. El trabajo comunitario requiere continuidad, presencia y sensibilidad, entendiendo que los cambios en salud se producen cuando la comunidad se siente parte del proceso.

Como residentes de Enfermería Comunitaria, comprendemos que el desafío no es solo observar, sino vincularse y actuar junto a la comunidad, integrando los saberes técnicos con los saberes populares.

Coincidimos con Menéndez (2018) en que no se trata de simplificar la complejidad social, sino de construir medios metodológicos para comprenderla. En este sentido, el acercamiento comunitario es una herramienta metodológica y ética que nos permite transformar la práctica cotidiana en un proceso participativo y transformador.

Destacamos la importancia del trabajo interdisciplinario, considerando que trabajar en conjunto con otros profesionales, combina otras miradas que nos enriquece la comprensión de las necesidades y nos abre la posibilidad de abordar mayores aspectos de la vida diaria.

Bibliografía

- Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI Editores.
- Menéndez, E. (2018). *Modelos de atención de la salud y estrategias metodológicas*. Ediciones Lugar.
- Ministerio de Salud de la Nación (2023). *Lineamientos para la participación social en la estrategia de Atención Primaria de la Salud*. Buenos Aires.

- OPS (2021). *Comunicación digital en salud*. Organización Panamericana de la Salud.
- Paredes, M. del P. & García, V. (2018). *Sistemas de Información en Salud: un enfoque latinoamericano*. Editorial Médica Panamericana.
- Rovere, M. (2001). *Análisis de Situación de Salud: herramienta para la gestión local*. Organización Panamericana de la Salud.
- Stolkiner, A., Solitario, R. & Garbus, P. (2007). *Derechos, ciudadanía y participación en salud: articulaciones con la accesibilidad simbólica a los servicios*. UNLP.

Del territorio a la teoría: Interdisciplinariedad e Intersectorialidad en la Salud Comunitaria

Lic. Katia Souza Dos Santos

Lic. María de los Ángeles Viera

Coordinador: Carlos Corso

Resumen

El presente informe analiza el programa EduSalud Educación, prevención y salud en el territorio, una iniciativa de Misión Rescate ONG, a la luz de los principios de la salud pública contemporánea. Este programa, desarrollado en el contexto de Mar del Plata, Argentina, se ha concebido como una respuesta innovadora a las profundas desigualdades en salud que persisten en la región. Su marco operativo se alinea de manera fundamental con los conceptos de la Atención Primaria de la Salud (APS), el abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS) y la Promoción de la Salud. El análisis demuestra que la efectividad del programa se basa en la aplicación de la interdisciplinariedad e intersectorialidad, pilares que le permiten trascender el modelo de atención biomédico centrado en la enfermedad.

El programa EduSalud se basa en una metodología proactiva que combina actividades de promoción, prevención y educación para la salud. Este enfoque holístico y centrado en la persona abarca a la comunidad, la familia y los referentes afectivos.

El programa implementa diversas acciones para lograr sus objetivos:

- Toma de presión arterial
- Talleres de RCP (Reanimación Cardiopulmonar)
- Testeo de VIH
- Entrega de folletería informativa acerca de enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles
- Charlas educativas para el cuidado de la salud

EduSalud va más allá de la simple prestación de servicios, buscando influir en las causas subyacentes de la salud, conocidas como "determinantes de las causas". De esta forma, el programa empodera a la población para que asuma un rol activo en su propio bienestar.

2. Introducción

La salud de una población no es únicamente el resultado de la atención médica individual, sino una manifestación compleja de las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven y trabajan. A pesar de los avances médicos y tecnológicos, las desigualdades en salud continúan siendo un desafío persistente, con grupos vulnerables que experimentan una carga desproporcionada de enfermedades y una menor esperanza de vida. Este escenario subraya la necesidad de superar el modelo biomédico tradicional, que prioriza la atención de la enfermedad, y adoptar enfoques más holísticos y comunitarios que se centren en la prevención y la promoción del bienestar integral.

En este contexto, el programa EduSalud: Educación, prevención y salud en el territorio, impulsado por Misión Rescate ONG en la ciudad de Mar del Plata, emerge como una iniciativa significativa que busca abordar estas desigualdades desde la raíz. La pertinencia de este programa para ser presentado en un congreso de Enfermería Familiar y Salud Social radica en su enfoque que fusiona el conocimiento clínico con una profunda comprensión de las realidades sociales y territoriales.

El propósito de este informe es analizar en profundidad el programa EduSalud en el territorio para demostrar cómo su diseño y operación ejemplifican los principios de la salud comunitaria. Se buscará desentrañar de qué manera la interdisciplinariedad de su equipo y la intersectorialidad de sus acciones son fundamentales para la implementación de la Atención Primaria de la Salud (APS), la Promoción de la Salud y la intervención sobre los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). El análisis busca no solo describir el programa, sino posicionarlo como un caso de estudio exitoso que puede guiar futuras políticas y prácticas en el ámbito de la salud comunitaria.

3. Marco Conceptual:

Un Enfoque Integral y Holístico para la Salud Comunitaria

Para comprender la trascendencia del programa EduSalud Educación, prevención y salud en el territorio, es imperativo enmarcarlo en un andamiaje teórico sólido. La salud comunitaria se basa en un trío de conceptos interconectados: la Atención Primaria de la Salud como estrategia, las determinaciones sociales de la Salud como el objeto de intervención, y la Promoción de la Salud como el mecanismo de acción.

3.1. La Atención Primaria de la Salud (APS) como Estrategia de Sistema, no solo como un Nivel de Atención

La Atención Primaria de la Salud es un concepto a menudo malinterpretado. El término "primaria" no implica una limitación al primer contacto o al nivel de atención inicial, sino que se refiere a un enfoque global que abarca la totalidad del sistema de salud. Como estrategia integral, la APS busca reorganizar los recursos (físicos, humanos y materiales) de manera que se garantice el derecho universal a la salud, centrándose en la persona, la familia y la comunidad. Su meta es llevar la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde las personas residen y trabajan, constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de cuidado.

La relevancia de este enfoque radica en su capacidad para mejorar la salud de las poblaciones y, en particular, para eliminar las desigualdades en salud, lo cual es considerado una responsabilidad del Estado. La APS es proactiva, orientada hacia el mantenimiento y mejoramiento del bienestar con una visión salutogénica, que se enfoca en la prevención y promoción de la salud antes de que las enfermedades se vuelvan costosas y difíciles de tratar. Un sistema de salud basado en la APS puede abordar más del 80% de las necesidades de salud comunes a lo largo de la vida de las personas, lo que lo convierte en un modelo altamente eficiente y equitativo.

El programa EduSalud ofrece una valiosa perspectiva sobre la aplicación de esta estrategia. Aunque la APS es formalmente una responsabilidad estatal, el programa demuestra que su implementación puede ser un esfuerzo compartido, involucrando activamente a la sociedad civil y a las comunidades. Esta colaboración entre el tercer sector y la población es una manifestación de que el enfoque de APS puede y debe ser replicado a nivel local y territorial, incluso sin ser una institución gubernamental. El programa de Misión Rescate valida la noción de que el desarrollo de sistemas de salud equitativos puede ser un esfuerzo colaborativo, elevando el impacto y la sostenibilidad de las intervenciones.

3.2. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS): Interviniendo en las 'Causas de las Causas'

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Determinantes Sociales de la Salud como las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan, se reproducen, envejecen y mueren, incluyendo de manera especial el sistema de salud.

Estas circunstancias están intrínsecamente ligadas a la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel global, nacional y local, y dependen directamente de las políticas adoptadas. La identificación y abordaje de los DSS exige una perspectiva que trascienda la biología y la medicina, enfocándose en "las causas de las causas" para intervenir de manera anticipatoria e integral.

El material de investigación proporciona ejemplos concretos de las manifestaciones de los DSS, tales como la pobreza, el desempleo, los bajos salarios, la falta de acceso a servicios básicos, el analfabetismo, las viviendas precarias, el hacinamiento y las adicciones. Un programa de salud comunitaria, al operar en el

territorio, se enfrenta inevitablemente a estas realidades. La efectividad de 'Cuidando en Comunidad' no se mide únicamente en resultados clínicos, sino en su capacidad para influir en estos factores subyacentes.

Abordar estos determinantes requiere una intervención que va más allá de la atención clínica. Por ejemplo, enfrentar la desnutrición infantil no es solo una cuestión de nutrición médica, sino también de pobreza y seguridad alimentaria, que son DSS. De igual manera, tratar un problema de salud mental no solo implica terapia, sino también considerar los factores de hacinamiento o desempleo que contribuyen a la angustia. Este enfoque de raíz valida la "intersectorialidad" como un pilar fundamental del programa, ya que para lograr un impacto real, se requiere la colaboración con sectores más allá del de la salud, como el de vivienda, empleo o educación.

3.3. La Promoción de la Salud: Empoderamiento y Cambio de Entornos

La Promoción de la Salud es un proceso que busca dotar a la población de un mayor control sobre su propia salud y la capacidad para mejorarla. A diferencia de la prevención de la enfermedad, que se centra en evitar padecimientos específicos, la promoción busca generar bienestar y fortalecer los entornos donde las personas viven y trabajan. Los principios de la promoción de la salud incluyen: el fortalecimiento de entornos saludables, la facilitación de la participación y el empoderamiento de la comunidad, y el fomento de la acción intersectorial.

La promoción de la salud es el eslabón práctico que conecta la estrategia de la APS con el abordaje de los DSS. Se utiliza como mecanismo de acción para influir en los determinantes sociales. Las actividades del programa de Misión Rescate, como las propuestas educativas sobre nutrición, prevención de enfermedades y hábitos de vida saludable, son ejemplos directos de esta promoción de la salud en acción.

El empoderamiento de la comunidad es un componente central de este proceso. Al fomentar la participación y el conocimiento, la promoción de la salud transforma a los individuos de receptores pasivos de servicios a agentes activos de su propio bienestar.

Este cambio en la dinámica de poder es la esencia de un modelo de salud comunitaria exitoso y es lo que hace que los resultados sean sostenibles a largo plazo. Al dotar a las personas de los conocimientos, capacidades y aptitudes para controlar y modificar los determinantes de su salud, el programa no solo ofrece ayuda, sino que construye resiliencia y autonomía colectiva.

4. Misión Rescate ONG: Contexto Institucional

El análisis del programa EduSalud requiere una contextualización de la organización que lo impulsa. Misión Rescate Argentina es una O.N.G fundada en la ciudad de Mar del Plata en el año 2011 por Emanuel Coronel y Carlos Corso. Esta entidad está conformada por un grupo de personas que compartimos una misma misión: la de asegurar que se cumplan los derechos de los ciudadanos de nuestra comunidad a través de

diferentes acciones estratégicas y solidarias sin fines de lucro. Para eso, nos organizamos en diferentes áreas de trabajo como son Salud, Educación, Contextos de encierro y Recursos Humanos.

5. Descripción del Programa EduSalud

El programa EduSalud se concibe como una respuesta integral a las necesidades de salud de la población de Mar del Plata, con un enfoque particular en las familias de la zona territorial.

El programa EduSalud de Misión Rescate ONG es una iniciativa orientada a fortalecer la salud integral de las personas a través de un modelo de abordaje comunitario. Su implementación busca incidir de manera significativa en las condiciones de vida de la población, actuando directamente sobre los determinantes sociales de la salud. Para ello, el programa trasciende el modelo biomédico tradicional, centrándose en la persona y la comunidad en su conjunto, y promoviendo la autonomía y el empoderamiento a través de la educación sanitaria y la participación activa."

La metodología del programa se basa en un abordaje territorial, donde un equipo de profesionales se desplaza a la comunidad para identificar y atender las necesidades de salud in situ. Los objetivos principales son:

- 1) Proporcionar atención de primer contacto que sea accesible y continua.
- 2) Desarrollar capacidades de autocuidado y gestión de la salud en las familias.
- 3) Fortalecer la cohesión comunitaria y las redes de apoyo.
- 4) Articularse con otros actores sociales y gubernamentales para abordar las causas subyacentes de la enfermedad.

Para comprender la justificación de estas acciones, es fundamental caracterizar a la población objetivo y los DSS que la afectan.

6. La Interdisciplinariedad y la Intersectorialidad en la Práctica

El éxito del programa EduSalud se cimenta en su capacidad para operacionalizar dos principios esenciales de la salud comunitaria: la interdisciplinariedad y la intersectorialidad.

6.1. La Interdisciplinariedad en el Equipo

La interdisciplinariedad se refiere a la colaboración entre profesionales de diferentes disciplinas para abordar un problema complejo de manera integral. El programa de Misión Rescate supera la atención fragmentada del modelo biomédico, donde cada profesional se limita a su especialidad. En cambio, opera con un equipo que podría incluir enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos y nutricionistas, entre otros.

El trabajo en equipo permite una visión holística de la salud de una persona o familia. Este modelo ataca simultáneamente los determinantes de la salud en sus diferentes niveles: los proximales (personales), los intermedios (ambientales) y los estructurales (sociales).

Este enfoque de múltiples frentes es lo que distingue a una intervención integral de una simple prestación de servicios, ya que se centra en el bienestar de la persona en su totalidad.

6.2. La Intersectorialidad en el Territorio

La intersectorialidad se manifiesta en la capacidad de Misión Rescate para articularse con otras instituciones y actores en el territorio, reconociendo que la salud no es una responsabilidad exclusiva del sector sanitario. Para abordar los DSS, es indispensable trabajar en red con otras entidades. Por ejemplo, la ONG colabora con el sector de la educación realizando actividades de promoción y prevención, además colabora no solamente con entidades gubernamentales, sino que incluye a otras organizaciones de la sociedad civil y a líderes comunitarios.

Esta red de colaboración fortalece los entornos y empodera a la comunidad a un nivel sistémico. Al incluir la acción de otros sectores, se genera una solución colectiva que mejora la salud como parte integral del desarrollo económico y social. El programa EduSalud demuestra que el sector de la salud debe colaborar activamente con las comunidades para crear condiciones de vida saludables, basándose en el enfoque de la atención primaria. La evidencia científica muestra que factores como el nivel de estudios, los ingresos, el tipo de vivienda y el acceso a espacios públicos influyen directamente en la salud. Por lo tanto, el programa, al trabajar con otros sectores para influir en estos factores, logra un impacto más profundo y sostenible.

7. Conclusiones y Futuras Direcciones

El Programa EduSalud de la ONG Misión Rescate va más allá de un simple servicio de salud; es una aplicación exitosa de la salud comunitaria. El programa se centra en el bienestar de las personas en su entorno familiar y comunitario, abordando las causas profundas de las enfermedades, conocidas como Determinantes Sociales de la Salud.

La clave radica en dos pilares operativos: la interdisciplinariedad del equipo y la intersectorialidad de sus acciones. La colaboración entre profesionales de diversas áreas y la articulación con otros sectores de la sociedad permiten un enfoque integral. Además, la promoción de la salud empodera a la comunidad, transformándola de receptora pasiva a protagonista activa de su propio bienestar.

Lecciones Aprendidas y Futuras direcciones

La experiencia en el territorio ha dejado valiosas lecciones para futuras intervenciones:

Colaboración interinstitucional: La asociación con entidades como hospitales, clínicas privadas y centros de formación optimiza los recursos y amplifica el impacto de las acciones de salud.

Presencia en la comunidad: Estar presente en el territorio reduce las barreras de acceso y genera confianza en la población.

Participación de estudiantes: La inclusión de estudiantes no solo enriquece su formación, sino que también aporta nuevas perspectivas y energía a las actividades, ayudándoles a construir su identidad profesional.

Sensibilidad cultural: La comunicación debe ser culturalmente sensible y comunitaria para asegurar que la información sea comprendida por todos los participantes.

Mirada holística: Es crucial tener una perspectiva abierta y articulada para atender las necesidades de las personas, incluso cuando superan los objetivos iniciales de la jornada.

Continuidad: La sostenibilidad de los resultados depende de la continuidad de estas actividades, evitando que el trabajo de concientización se pierda con el tiempo.

8. Referencias Bibliográficas

- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev Fac Nac Salud Pública. 2013;31(supl. 1):1- 13.
- Carballeda, A. (2014). La accesibilidad y las políticas de salud. En: Escenarios Sociales, Intervención y Acontecimiento. Buenos Aires: Ediciones digitales Margen.
- Mejía, L. M. (2021). Los determinantes sociales de la salud: base teórica de la salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13423>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Guía para la acción comunitaria en salud: fortaleciendo la participación social y comunitaria (OPS/OMS). <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52080>
- Organización Panamericana de la Salud. (2025). Determinantes sociales de la salud. OPS/OMS. <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Rosas Prieto, Alex Moisés, Narciso Zarate, Víctor, & Cuba Fuentes, María Sofía. (2013). Atributos de la Atención Primaria de Salud (A.P.S): Una visión desde la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana, 30(1), 42-47.
- Testa Mario; "Atención ¿primaria o primitiva? De la salud"; Pensar en Salud, Lugar Editorial. Buenos Aires, 1996.

Cuidado en la discapacidad: experiencias en un centro educativo terapéutico

Care for disabilities: Experiences in a therapeutic educational center

Autora: María Elisabet Bersano ¹

Resumen

El presente escrito narra el trabajo realizado en los años 2023-2025 en el Centro Educativo Terapéutico (C.E.T.) Crisol de la ciudad de Córdoba, Argentina. Las actividades desarrolladas fueron diversas, atendiendo a la finalidad de la institución y a los requerimientos de los/as concurrentes. Siguiendo los lineamientos de Jean Watson se realizó un cuidado transpersonal buscando conectarse con y abrazar el espíritu o el alma del otro a través de procesos de cuidado. El objetivo del relato de experiencias fue compartir lo transitado y aprendido con las personas con discapacidad en el C.E.T. y contribuir al mismo tiempo, al desarrollo más humano de la profesión. Realizar este aporte contribuyó a ponerle palabras a lo vivido y reflexionarlo desde la teoría. Profundizar las implicancias de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, en nuestro país ley 26.378 fue una oportunidad para reivindicar la importancia de generar políticas para el bien común, en especial, las que contemplen los derechos de las personas con discapacidad.

Palabras claves: Discapacidad. Derechos. Cuidado transpersonal.

Abstract

This paper describes the work carried out between 2023 and 2025 at the Crisol Therapeutic Educational Center (CET) in the city of Córdoba, Argentina. The activities developed were diverse,

¹ Licenciada en Enfermería (Universidad Nacional de Rosario). Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria (Universidad Nacional de Córdoba). Docente (Universidad Nacional de Córdoba)

responding to the institution's purpose and the needs of attendees. Following Jean Watson's guidelines, transpersonal care was provided, seeking to connect with and embrace the spirit or soul of the other through caring processes. The objective of this experience report was to share what was experienced and learned with people with disabilities at the CET and, at the same time, contribute to the more humane development of the profession. Making this contribution helped to put into words what was experienced and reflect on it from a theoretical perspective. Deepening the implications of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Law 26.378 in our country, was an opportunity to emphasize the importance of generating policies for the common good, especially those that consider the rights of people with disabilities.

Keywords: Disability. Rights. Transpersonal care.

Introducción

La experiencia que relato a continuación, surge de mis búsquedas y deseos como persona y en especial como profesional de enfermería, en relación con los cuidados brindados a personas con discapacidad y sus familias.

Hablar de discapacidad y en especial, trabajar con personas con discapacidad, puede tener varios significados, según las experiencias y miradas sobre la vida. Para mí en particular, es un desafío y un aprendizaje. Conlleva tiempo, paciencia, avances y retrocesos, pero por sobre todo es una instancia que hermana y plenifica.

En ese aporte, narro el trabajo realizado en el C.E.T. Crisol, uno de los proyectos de la Fundación Senda Azul de la ciudad de Córdoba, Argentina. El mismo, atiende a niños/as y jóvenes que presentan discapacidad intelectual con trastornos asociados (sensoriales, motrices, conductuales, comunicacionales), que por sus características no pueden acceder a la escolaridad común o especial.

Los/as concurrentes son organizados en grupos de acuerdo a su edad cronológica, capacidades e intereses. Las actividades que se realizan son de rutina y pedagógicas por la mañana y talleres recreativos, actividades físicas y artísticas por la tarde.

Mi objetivo es compartir lo transitado y aprendido con las personas con discapacidad en el C.E.T. y contribuir de esta manera al desarrollo más humano de la profesión. Al mismo tiempo, es un modo de visibilizar las actividades desarrolladas en la institución para poder reivindicar al mismo tiempo, su importancia en la vida de las personas con discapacidad y de la sociedad.

Desarrollo

En el año 2022, me solicitaron cuidar a Analía, una joven de 20 años con parálisis cerebral en su domicilio. Lo sentí y lo vi como un desafío. Era la primera vez, que como profesional, me acercaba a esta situación.

Analía, quien había vivido momentos difíciles de niña, contó con la contención de una familia, terapias y trabajo interdisciplinario, que le posibilitó sanar heridas y crecer. Cuando la conocí, se comunicaba con su mirada, con su cuerpo, no utilizaba el lenguaje oral.

Es así que, el primer día, la miré a los ojos, con cariño, diciéndole lo bella que era, reconociendo con esa mirada posibilidades y también desafíos. Y desde aquel día, el encuentro con Analía fue así, mirarnos y sonreír. Yo la reconocía como persona, con un sinnúmero de capacidades y potencialidades. Ella, a su vez, me devolvía la sonrisa, festejaba mi presencia y cercanía, me decía, soy feliz.

Esto me invitó a preguntarme, ¿qué es la discapacidad? ¿Qué significa? Comencé a leer, intenté informarme. Pero, no fue suficiente, quería aprender de primera mano. En aquel momento decidí realizar una experiencia y solicité permiso para realizarla en el C.E.T. donde concurría Analía.

Comencé a trabajar en agosto de 2023, primero como voluntaria y más tarde fui auxiliar de sala, coordinadora de talleres y referente en cuestiones de salud haciendo el nexo entre la institución y las familias. El primer día, me preguntaba, ¿por dónde empezar, ¿qué hacer? Descubrí con el paso de las horas, que esto, era algo sencillo y a la vez muy profundo: conocer a cada concurrente, sus nombres, sus historias, sus características, sus capacidades. Mirarlos/as a los ojos, sonreír con cariño y brindarme con toda mi persona.

El encuentro fue fabuloso, los/as concurrentes me regalaron una sonrisa, una mano tendida, me hicieron un lugar, un espacio en sus vidas. Y así, juntos/as comenzamos a caminar.

El trabajo con las familias, también fue ameno. Se realizó personalmente o por WhatsApp, compartiendo dudas y sosteniéndose en las dificultades.

Además, según lo solicitado por la coordinación, confeccionó una ficha de salud, con datos claves, para facilitar el acercamiento a profesionales de nuevo ingreso y para tener una información actualizada en caso de emergencias.

En relación a los talleres, recuerdo que coordinarlos no fue nada fácil para mí. Tuve que reaprender a comunicarme, a dar preponderancia a lo sensorial, a andar y desandar varios caminos. En ese momento, la

ayuda de las orientadoras de sala y de las demás profesionales fue decisiva. Junto a ellas aprendí a soltarme y animarme a más.

En el taller “La cocina nos hermana”, intenté que los/as participantes, desarrollen su creatividad, su capacidad de observación, trabajo en equipo y colaboración. Las actividades se desarrollaron una y otra vez. Esto permitió familiaridad y facilidad en el uso de los utensilios y en todo lo necesario para la cocina. Favoreció, además, la comprensión de instrucciones sencillas como clasificar, mezclar y separar. Trabajamos juntos/as, respetando turnos, observando lo que cada uno/a iba realizando, fortaleciendo así, el trabajo en equipo. Dialogamos sobre las características de algunos de los ingredientes, como, por ejemplo: las frutas, los lácteos y las harinas. Los degustamos junto con la preparación final, disfrutando de esta manera, cada encuentro compartido.

En el taller: “La música. Los instrumentos musicales nos hablan”, los/as participantes, a través de los sonidos musicales, pudieron expresar sus emociones, sus sentimientos y “sus palabras”.

Para ello, en el transcurso de los encuentros, los invité a distinguir y apreciar los diferentes sonidos musicales, ritmos, cantos y bailes junto con los distintos instrumentos musicales.

Además, exploramos los sonidos de la vida cotidiana, de donde provienen y como se generan. Utilizando la música, realizamos un recorrido por las regiones de la Argentina: escuchamos ritmos típicos de cada zona y dialogamos sobre costumbres, bailes, comidas típicas, etc.

Utilizando elementos reciclados, confeccionamos maracas, que fueron usadas para acompañar los ritmos musicales explorados.

De esta manera, disfrutamos de la música, bailamos y descubrimos la presencia de un otro/a que se expresa con su cuerpo, en la sonrisa, con el canto.

Además de estas actividades, trabajé como auxiliar de sala, colaborando con las distintas actividades propuestas por la orientadora. Algunas veces fue ayudar a los niños/as a que coloquen sus dedos para pintar una hoja, otras veces fue sostenerlos para permitir que huelan aromas, etc. actividades estas, enmarcadas en la estimulación sensorio motriz.

Aquí se suman dos proyectos de la Fundación. Latidos: terapia asistida con animales (caninoterapia), donde los objetivos evaluados por el equipo para cada asistente se trabajan con la presencia e intervención del perro como co-terapeuta canino. Y Aura: sala de estimulación multisensorial que responde al concepto de

estimulación Snoezelen. Es un espacio interactivo diseñado para estimular, de manera controlada los sentidos y la relajación.

En estas instancias compartí con Antonio, un joven de 13 años con parálisis cerebral, que permanecía gran parte de la jornada con sus ojos cerrados, sentado en su silla, sin moverse. Por distintas circunstancias, la familia tenía dificultades para su cuidado en el domicilio y además no podía llevarlo a terapias fuera del horario de la institución.

Por tal motivo, la coordinación de la institución me solicitó que realice un cuidado personalizado a Antonio. De esta manera, para atender a algunas de sus necesidades, junto a las profesionales de kinesiología y fonoaudiología, organizamos una rutina de ejercicios y actividades específicas para él, además de las actividades del C.E.T.

Con estos elementos, organicé el plan de cuidados, tratando de descubrir cuáles eran las necesidades sentidas de Antonio. Para tal fin, recurrí a lo aprendido con Analía. Mis intervenciones comenzaban con el saludo inicial, el mirarlo a la cara, el reconocerlo persona con capacidades, en regalarle una sonrisa. De esta manera, con el tiempo, pude distinguir que actividades le resultaban más placenteras y cuales le incomodaban más, pude descubrir sus gustos.

Ante cada intervención y/o actividad, le pedía permiso y le explicaba que iba a hacer, al mismo tiempo que le solicitaba su participación. Es así, que, a lo largo de la jornada, además de las propuestas pedagógicas, realizábamos la rutina de higiene, la valoración del estado de la piel, la curación de lesiones, los ejercicios acordados con los profesionales, la alimentación por el botón gástrico y la aspiración de las secreciones de la traqueotomía.

Antonio, permitió y acompañó estas iniciativas. De a poco, comenzó a permanecer más tiempo con los ojos abiertos, a ser más receptivo a las iniciativas propuestas en la sala. Pudimos reconocer las expresiones de alegría y de descontento en su rostro. En momentos de dolor profundo, lo acompañamos, lo acunamos, le brindamos sostén y presencia.

Fue creciendo en tamaño, pero por, sobre todo, en comunicación con su entorno. Una mañana, estando a un costado, cerca de él, lo llamé por su nombre. Antonio, giró 180° su cabeza y me miró. Realmente, nos sorprendió. En ese momento, con su actitud, con su mirada, pudimos reconocer todo lo compartido y trabajado.

Un día, la cantidad de secreciones era importante y la saturación había disminuido. Se decidió llamar al servicio de emergencia, quien posterior a la evaluación, decidió su traslado. Antonio, fue derivado a la Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.) de un sanatorio de la ciudad

En esa semana, no pude acompañar a Antonio físicamente, pero, su mirada se hizo presente y desde allí, pude enviarle paz, amor, misericordia, paciencia y perdón. En esos días, necesitó apoyo con ventilación mecánica y su corazón comenzó a fallar. Y en ese momento, reconociendo la presencia de Antonio desde su mirada lo guíe a la luz.

Según la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2007), en nuestro país ley 26.378 (2008): “las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones” (p.5).

Aclara, más adelante, algunos principios generales: el respeto por la dignidad y la autonomía individual, la participación e inclusión plena, la igualdad de oportunidades, la accesibilidad, entre otros.

Afirma que: “Los Estados Partes se comprometen a asegurar y promover el pleno ejercicio de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales de las personas con discapacidad sin discriminación alguna” (p.7).

Al mismo tiempo, “reconocen el derecho de las personas con discapacidad a la educación. De esta manera, asegurarán desarrollar plenamente el potencial humano y el sentido de la dignidad y la autoestima (...) y desarrollar al máximo la personalidad, los talentos y la creatividad” (p.18).

El C.E.T. es un modo, entre otros, de concretar lo expresado en la Convención. Quienes trabajamos en estas instituciones vemos cada día los cambios y beneficios que aportan. Son lentos, requieren mucha paciencia, constancia, marchas y contramarchas, pero el fruto es maravilloso y sorprendente a la vez.

Reconocemos y valoramos el servicio que se brinda y al mismo tiempo reafirmamos la necesidad de sostener los trabajos realizados por la Fundación, que muchas veces no llega a cubrir los gastos generados, dadas las demoras en los aportes de las obras sociales y a la desactualización de los aranceles.

En relación al cuidado brindado y que distingue a enfermería como profesión, Watson (2024), refiere:

El cuidado transpersonal busca conectarse con y abrazar el espíritu o el alma del otro a través de procesos de cuidado y curación y estar en relación auténtica, en el momento.

Esta relación está influida por la conciencia y la intencionalidad del cuidador y es capaz de detectar la condición de ser de la otra persona. Implica la singularidad del momento, en el que el encuentro es mutuo y recíproco.

Exige una autenticidad de ser y de llegar a ser. (s.p.)

La teorista aclara que:

Un momento de cuidado ocurre cuando la enfermera y la otra persona se reúnen, con sus historias de vida, en una conexión de persona a persona. Si es transpersonal, cada uno siente una conexión con el otro a nivel espiritual, abriendo posibilidades de sanación. (s.p.)

Desde su teoría, invita a reflexionar y a trabajar con 10 procesos Caritas que ayudan a concretizar el cuidado transpersonal. Algunos de ellos son: practicar la bondad amorosa y la ecuanimidad, estar auténticamente en el presente, cultivo de las propias prácticas espirituales, desarrollar y mantener una relación de ayuda, confianza y cuidado auténtico, apoyar la expresión de los sentimientos positivos y negativos. (Watson, 2007)

Siguiendo este pensamiento, Master Choa Kok Sui², invita a reconocer a cada persona (alma) como un ser espiritual de inteligencia divina, amor divino y poder divino. Su propuesta consiste en que cada día valoremos nuestros pensamientos, palabras, emociones y acciones en relación a la práctica de cinco virtudes: bondad amorosa y no herir, generosidad y no robar, honestidad y no mentir, constancia en el objetivo, esfuerzo y no pereza, moderación y no excesos. De esta manera, podemos realizar un cambio significativo en lo personal, la familia y en la comunidad.

Al mismo tiempo, sugiere reconocer y respetar la divinidad que existe dentro de cada persona y afirma: “Los ojos son las ventanas del alma y las ventanas hacia el alma” (2017, p. 25). Al mismo tiempo, agrega:

Lo que diga debe ser amable. La bondad amorosa en palabras es como ponerles agua a las flores. Si usted dice las palabras correctas, tienen un efecto nutriente. Primero domine la no violencia verbal, luego domine la no violencia de pensamiento. (2019, p.17)

² Fundador de la Sanación Pránica moderna y Arhatic Yoga.

Estos pensamientos, estas reflexiones son los que me guían y sostienen en el trabajo diario, hacen de él algo con sentido, potenciando cada momento único e irrepetible. Son una invitación y a la vez un desafío, reconocerse persona en proceso. Implica tener paciencia, valorar lo realizado y continuar haciendo camino.

Conclusión

Lo narrado hasta aquí, es parte de distintas experiencias transitadas en el C.E.T. es dos años de trabajo. Son las más significativas, hubo otras, también importantes y movilizadoras, menciono a Azul, María y a Amapola, que, con su cercanía, paciencia y comprensión, fortalecieron y continúan guiando mi práctica profesional.

Realizar este relato de experiencia contribuyó a ponerle palabras a lo vivido. Mirarlo y reflexionarlo desde la teoría, colaboró a darle sentido y a la vez, a encontrar una invitación. Continuar el camino, porque vale la pena.

Me dirijo a mis colegas de profesión, les digo: aquí hay una riqueza, hay que buscarla. La decisión es de cada uno/a. Les aseguro que les cambiará la vida, y en espacial, el modo en que cuidamos y nos dejamos cuidar.

Reafirmo que es indispensable contribuir con empeño, al sostenimiento de las organizaciones que trabajan con personas con discapacidad (C.E.T, centros de días, escuelas, entre otros) para que puedan continuar brindando sus servicios de calidad y favorecer así el crecimiento de las personas.

Es necesario, además, generar políticas para el bien común, en especial, las que contemplen los derechos de las personas con discapacidad. Las barreras las levantamos nosotros/as como sociedad, es hora que nos reconozcamos y respetemos como personas partes de un todo.

Referencias bibliográficas

- Honorable Congreso de la Nación Argentina (2008). Ley 26.378 <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26378-141317/texto>
- Kok Sui, Ch. (2017). *Alcanzar la Unicidad con el Alma Superior*. IIS Hispanoamérica Casa Editorial Ltda.
- Kok Sui, Ch. (2019). *Objetividad compasiva. Los Sutras del Loto Dorado sobre la Construcción del Carácter*. IIS Hispanoamérica Casa Editorial Ltda.
- Naciones Unidas (2007). Convención sobre los derechos de las Personas con discapacidad <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>
- Watson, J. (2007). La teoría de Watson sobre el cuidado humano y las experiencias de vida subjetiva: factores caritativos/procesos caritas como guía disciplinaria para la práctica profesional de enfermería. *Enferm*, 16(1), 129-135.
- Watson Caring Science Institute. (2024, 15 de agosto). <https://www.watsoncaringscience.org/>
- In memoriam
- A.B.F. (2010-2025)

The background of the page is a light pinkish-red color. It features a large, faint silhouette of a human brain. Inside the brain's outline, there are intricate, swirling patterns in a slightly darker shade of pink. In the upper right corner, the word "memoria" is written in a light blue, cursive script. Centered on the page is the main title, "SECCIÓN ESTUDIANTEL", in a bold, dark blue, sans-serif font.

SECCIÓN ESTUDIANTEL

Análisis de experiencias de acceso a la Salud de personas con endometriosis en Argentina desde Terapia Ocupacional.

TITLE: Analysis of Healthcare Access Experiences among People with Endometriosis in Argentina from an Occupational Therapy Perspective.

Resumen:

La endometriosis es una enfermedad crónica, inflamatoria y hormono-dependiente que afecta aproximadamente al 10-20 % de las personas menstruantes en edad reproductiva, con un alto grado de subdiagnóstico. En Argentina, la ausencia de protocolos estandarizados, la normalización del dolor menstrual y los sesgos de género dificultan el acceso al diagnóstico y a tratamientos adecuados. Este artículo presenta resultados parciales de una investigación en curso basada en una encuesta autoadministrada que releva experiencias en torno al diagnóstico, tratamiento, relación con el sistema de salud y al impacto de la endometriosis en la vida diaria. Los hallazgos evidencian tres dimensiones críticas: demora diagnóstica, deslegitimación del dolor y un impacto multidimensional que compromete salud mental, vínculos afectivos y sexuales, vida laboral, educativa y actividades de la vida diaria. Estos resultados se enmarcan en un contexto de políticas neoliberales que profundizan desigualdades en el acceso a la salud, limitando la disponibilidad de servicios especializados. Se propone abordar la endometriosis como una condición crónica con implicancias sociales, culturales y políticas, requiriendo intervenciones interdisciplinarias y con perspectiva de género que garanticen un abordaje integral, mejoren la formación profesional y fortalezcan las políticas públicas orientadas a la salud menstrual y los derechos de las personas menstruantes.

Palabras clave: ENDOMETRIOSIS, MENSTRUACIÓN, DOLOR CRÓNICO, CIENCIAS SOCIALES, TERAPIA OCUPACIONAL.

Abstract:

Endometriosis is a chronic, inflammatory, and hormone-dependent disease that affects approximately 10–20% of menstruating individuals of reproductive age, with a high degree of underdiagnosis. In Argentina, the absence of standardized protocols, the normalization of menstrual pain, and gender bias hinder access to

diagnosis and adequate treatments. This article presents partial results from an ongoing study based on a self-administered survey that gathers experiences related to diagnosis, treatment, interactions with the health care system, and the impact of endometriosis on daily life. The findings reveal three critical dimensions: diagnostic delay, the delegitimization of pain, and a multidimensional impact affecting mental health, affective and sexual relationships, work life, education, and activities of daily living. These results are framed within a context of neoliberal policies that exacerbate inequalities in access to health care, limiting the availability of specialized services. The study proposes addressing endometriosis as a chronic condition with social, cultural, and political implications, requiring interdisciplinary and gender-sensitive interventions that ensure a comprehensive approach, improve professional training, and strengthen public policies aimed at menstrual health and the rights of menstruating individuals.

Key Words: ENDOMETRIOSIS, MENSTRUATION, CHRONIC PAIN, SOCIAL SCIENCE, OCCUPATIONAL THERAPY.

1. Introducción

La endometriosis (EDT) es una enfermedad ginecológica crónica, hormono-dependiente e inflamatoria que afecta aproximadamente al 10-20% de las personas menstruantes en edad reproductiva. Se presenta cuando tejido similar al endometrio, sale de la cavidad uterina y se adhiere a otros órganos y tejidos del cuerpo, provocando quistes, adherencias o endometriomas. (Zegers-Hochschild, et al., 2017). Se caracteriza por generar dolor pélvico crónico, dismenorrea, dispareunia y, en muchos casos, infertilidad. En muchas ocasiones también dichos síntomas suelen ir acompañados de cefaleas, dolor lumbar y de piernas, náuseas, vómitos, sangrado menstrual abundante, síntomas gastrointestinales (diarrea, constipación, disquecia) y urinarios (infecciones urinarias recurrentes, disuria), fatiga crónica y hasta desmayos durante el período menstrual.

En Argentina, si bien no se encuentran estadísticas oficiales, publicaciones del campo médico estiman que alrededor de 1 millón de personas están diagnosticadas con esta patología, afectando a 1 de cada 10 mujeres (Baraño, 2015). La cifra asciende a 1 de cada 3 personas menstruantes si consideramos el alto grado de subdiagnóstico que se presenta al no tener protocolos diagnósticos establecidos y también debido a la normalización del dolor menstrual. El subdiagnóstico se refiere a la brecha existente entre la prevalencia real de una enfermedad y su reconocimiento clínico, esto suele ser producto de factores como el desconocimiento profesional, la heterogeneidad sintomática, los sesgos de género y las barreras de acceso a la salud.

Diversas investigaciones han señalado que el proceso de diagnóstico de la endometriosis suele ser prolongado, con un tiempo estimado de entre 8 y 10 años desde la aparición de los primeros síntomas hasta la confirmación del diagnóstico (Ballard, Lowton y Wright, 2006). Esta demora puede atribuirse, entre otras razones, a la tendencia a naturalizar los síntomas, tanto en el plano individual como en el social (Ballard et al., 2006).

El tratamiento actualmente es llevado adelante principalmente por médicos y médicas especialistas en ginecología y se basa, generalmente, en antiinflamatorios no esteroides (AINES) y anticonceptivos orales combinados (ACOS) como primera línea de intervención. En ocasiones incluye otros métodos anticonceptivos como DIU (dispositivo intrauterino) o SIU (sistema intrauterino). Si el dolor persiste tras varios meses de tratamiento médico, se indica una evaluación mediante cirugía laparoscópica, la cual no solo permite confirmar el diagnóstico, sino también realizar una intervención quirúrgica para extirpar lesiones. En algunos casos, se llega también a cirugías más complejas como histerectomías o resecciones intestinales.

En lo que respecta a marcos normativos, en Argentina no existen actualmente leyes que garanticen el abordaje integral exigido por parte del colectivo de mujeres con endometriosis a nivel nacional, pero algunas provincias han comenzado a legislar al respecto. En la provincia de Buenos Aires, en julio de 2024 se sancionó la Ley Provincial de Endometriosis (Ley 15491). La misma se encuentra promulgada e indica que: se establece el derecho a la salud y al acceso íntegro y gratuito a la atención para personas menstruantes con endometriosis, definiendo la enfermedad como crónica y no transmisible. Ordena la implementación de un Programa Médico Obligatorio (PMO) para detección, diagnóstico y tratamiento (médico, hormonal, quirúrgico, farmacológico), con cobertura del 100 % por parte de entes públicos y obras sociales. Incluye protocolos de atención primaria, derivación a centros de tercer nivel, apoyo psicológico, capacitación profesional con perspectiva de género, investigación en el Ministerio de Salud, campañas de difusión, incorporación de la EDT a los programas de Educación Sexual Integral (ESI) y el mensaje sanitario “Si duele no es normal. Consultá a tu médica o médico” en productos de gestión menstrual.

Este artículo se enmarca en una investigación más amplia que busca explorar las barreras que enfrentan las personas con endometriosis frente al sistema de salud. En esta instancia, se presentan resultados parciales obtenidos a partir de una encuesta autoadministrada, diseñada para relevar experiencias en torno al diagnóstico, tratamiento, relación con el sistema de salud y autocuidado.

Salud menstrual

En los últimos años, la salud menstrual se posicionó como una problemática emergente en el ámbito académico y activista feminista. La salud menstrual se define como el bienestar físico, mental y social en

relación con el ciclo menstrual, y no únicamente como la ausencia de enfermedad. Implica que todas las personas menstruantes puedan acceder a información adecuada y oportuna, contar con productos e instalaciones que garanticen su higiene, seguridad y dignidad, recibir atención médica y estrategias de autocuidado ante molestias o trastornos, y desenvolverse en entornos libres de estigma, discriminación o violencia. Además, supone la posibilidad de participar plenamente en todas las esferas de la vida durante todo el ciclo menstrual, sin restricciones impuestas por barreras materiales, simbólicas o institucionales (Hennegan et al, 2021; Babar et al, 2021).

Algunas investigaciones han comenzado a interrogar el lugar relegado que históricamente ha tenido la menstruación en las agendas de salud pública, señalando como tanto el ciclo menstrual, el periodo de climaterio y menopausia (Giordano y Vinokur, 2025) como algunas patologías asociadas, por ejemplo, la endometriosis, han sido sistemáticamente invisibilizados o minimizados (Azcue y Patiño Araoz, 2018). Desde estas perspectivas, se cuestiona también la tendencia a medicalizar los cuerpos menstruantes sin brindar un acompañamiento integral, lo que contribuye a reproducir desigualdades en el acceso a la salud, en la legitimidad del dolor y en la valoración de los saberes corporales (García Toyos, 2021).

Estos estudios resultan esenciales para comprender y abordar la endometriosis ya que abren la posibilidad de pensar intervenciones desde una perspectiva integral, que trasciendan la visión reducida de enfermedad ginecológica y la inscriban en un marco más amplio de derechos, bienestar y participación social. Este enfoque posibilita visibilizar cómo la normalización del dolor, los sesgos de género y la falta de políticas específicas constituyen barreras estructurales que retrasan el diagnóstico de la endometriosis y limitan la calidad de vida de quienes la padecen. Integrar el análisis de la salud menstrual en el estudio de la endometriosis favorece, además, el reconocimiento del dolor menstrual como una experiencia legítima y un indicador clínico relevante, impulsando cambios en la formación profesional, las políticas sanitarias y las estrategias de autocuidado.

Aporte de las Ciencias Sociales a la Ciencias de la Salud

La producción científica sobre endometriosis se ha centrado predominantemente en enfoques biomédicos que abordan el diagnóstico clínico, las intervenciones hormonales o quirúrgicas, y los mecanismos histo-fisiológicos de la enfermedad. Aunque estos estudios resultan clave para el desarrollo de estrategias terapéuticas, no logran dar cuenta de la complejidad de las vivencias subjetivas ni los significados socioculturales asociados al padecimiento. En este sentido, el aporte que proponen las Ciencias Sociales al ámbito de la salud en general y de la Terapia Ocupacional en particular, se presentan como contribuciones clave para analizar la complejidad a la que se enfrentan las personas con endometriosis.

Los enfoques provenientes de la antropología de la salud permiten ampliar la comprensión del fenómeno al incorporar las voces de quienes transitan la enfermedad, sus modos de afrontamiento cotidiano, las implicancias que esta tiene en sus trayectorias ocupacionales, educativas, laborales y vinculares, y el impacto emocional de habitar un cuerpo atravesado por el dolor crónico.

En esta línea, el trabajo de Blázquez Rodríguez y Bolaños Gallardo (2017) sobre una antropología de la salud menstrual evidencia cómo la esencialización reproductiva, el reduccionismo biológico, la medicalización y la uniformización de los cuerpos menstruantes invisibilizan la diversidad de vivencias. Este enfoque permite comprender que la endometriosis, como parte de la experiencia menstrual, requiere ser analizada integrando dimensiones sociales, culturales y políticas que inciden en la naturalización del dolor y en las demoras diagnósticas.

Los aportes recientes de Mantilla Salazar (2025) analizan los itinerarios terapéuticos de mujeres con endometriosis en Cataluña a partir del estudio de la gobernanza reproductiva, identificando dos mecanismos clave que regulan el acceso al diagnóstico tales como la normalización del dolor menstrual y la invisibilización de las experiencias corporales frente al predominio de evidencias biomédicas objetivables. Estos hallazgos permiten comprender cómo los sistemas de salud, al minimizar el sufrimiento, reproducen barreras estructurales que prolongan los tiempos diagnósticos y condicionan las posibilidades de tratamiento.

La conjunción de las Ciencias Sociales con las Ciencias de la Salud permite pensar la endometriosis en un entramado donde lo biológico, lo social y lo político se interrelacionan, y, al mismo tiempo, destacar la necesidad de promover prácticas sanitarias centradas en la experiencia de las personas que la padecen. Esta mirada integral constituye el punto de partida de la presente investigación.

2. Metodología

Para esta investigación se optó por plantear un enfoque mixto que permita combinar datos cuantitativos y cualitativos.

El objetivo principal fue relevar las experiencias de mujeres con endometriosis en relación con el acceso al sistema de salud, el proceso diagnóstico, el impacto del dolor en su vida cotidiana y las estrategias de afrontamiento para sobrellevar el dolor crónico en su vida diaria.

Como instrumento de recolección de datos se confeccionó una encuesta autoadministrada online, que se distribuyó por redes sociales a partir de mayo de 2025 (en continuidad) a través de redes sociales¹ y grupos

¹ 1 La encuesta también fue difundida por asociaciones de mujeres con endometriosis de diferentes ciudades de Argentina, gracias a la replicación de la misma en sus redes sociales.

de mujeres con endometriosis, utilizando un muestreo no probabilístico por conveniencia. Esta estrategia facilitó la participación de mujeres de diferentes regiones del país.

Este instrumento permitió incluir preguntas cerradas que habilitan un análisis cuantitativo de variables - como tiempo transcurrido desde la primera consulta por los síntomas hasta el diagnóstico- y también recuperar las voces de las participantes sobre sus trayectorias personales, percepciones sobre el trato recibido y vivencias subjetivas a través de preguntas abiertas.

Los datos presentados en esta instancia constituyen una primera aproximación exploratoria, aún en proceso de análisis, por lo que no deben considerarse como resultados definitivos.

Criterios de inclusión

Entendiendo que es una patología que se encuentra subdiagnosticada, se tomó la decisión de incluir dentro de la muestra a aquellas mujeres y personas menstruantes que cumplan con diagnóstico médico confirmado por imágenes o cirugías; aquellas que estén en proceso diagnóstico y a aquellas que aún no han podido acceder al diagnóstico, pero presentan sospechas por síntomas compatibles. Todas las participantes son mayores de 18 años y cuentan con posibilidad de completar la encuesta de forma autoadministrada.

Como objetivo principal se planteó conocer las experiencias de mujeres con endometriosis frente a la búsqueda de diagnóstico, su vínculo con profesionales de salud, el impacto de los síntomas en su vida diaria y las formas que ensayan de autocuidado.

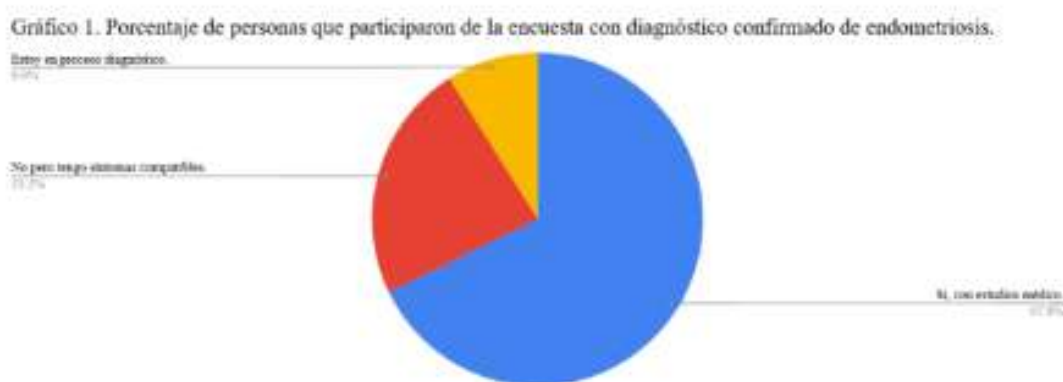
3. Resultados parciales

Al 18 julio de 2025 participaron 423 personas de todo el país. Las ciudades con mayor concentración de participantes fueron Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Rosario, Córdoba, Gran Buenos Aires, La Plata y Mar del Plata. Resulta importante señalar que dichas regiones con mayor concentración de participantes corresponden a grandes aglomeraciones urbanas, donde suele haber una oferta más diversificada de profesionales de la salud y, en algunos casos, espacios específicos vinculados al acompañamiento de mujeres con endometriosis.²

² Las ciudades mencionadas concentran no solo mayores índices poblacionales, sino también una cartera más amplia de especialidades médicas y servicios de salud. En varios de estos centros urbanos existen espacios de acompañamiento para mujeres con endometriosis (como Endohermanas en CABA y La Plata, o grupos autoconvocados en Rosario y Córdoba), así como profesionales que forman parte de

El rango etario va desde los 19 a los 66 años, con una media de 33 años. En primer lugar, buscamos se buscó sobre cuántas de las personas que respondieron la encuesta ya tenían el diagnóstico confirmado y cuántas aún se encontraban realizando consultas para acceder a él. Por esto, se planteó la pregunta “¿Tenés diagnóstico de endometriosis?”

A esta pregunta 287 personas respondieron que Sí, confirmado con estudios médicos, representando el 67.8% de la muestra. 38 refieren estar en proceso diagnóstico, lo que representa el 9% y 98 mencionan no tener diagnóstico confirmado, pero sí presentar síntomas compatibles, lo que representa un 23.2% del total de la muestra.



Esto llevó a indagar sobre los motivos por lo que las personas que respondieron no tener diagnóstico confirmado están en esa situación, por lo que se planteó la pregunta de “¿Cómo describirías tu experiencia en la búsqueda del diagnóstico?, a lo que algunas de ellas respondieron:

“Estoy cansada de hacerme estudios para intentar descubrir el origen de los dolores y malestares. La respuesta sigue siendo "a veces el dolor es normal" "es genético".”

“Desgastante, cuando hablamos de menstruaciones dolorosísimas casi incapacitantes y con sangrado abundante, coágulos y etc siento que a veces no somos escuchadas cómo deberíamos. Y que siempre la solución a todo sean las pastillas anticonceptivas también es desgastante.”

sociedades médicas que abordan específicamente endometriosis, como la Sociedad Argentina de Endometriosis (SAE). La predominancia de respuestas provenientes de zonas urbanas puede estar relacionada con un mayor acceso a información sobre la enfermedad, redes de acompañamiento y posibilidades de diagnóstico, en contraste con entornos rurales o semiurbanos, donde estos recursos suelen ser más limitados.

“Bastante mala. No perseguí activamente un diagnóstico en los últimos 17 años porque en su momento la ginecóloga quería hacerlo por laparoscopia. Yo era menor y mi mamá decidió que no. Más adelante lo consulté con otros ginecólogos/as y nadie sugirió laparoscopia, pero tampoco le dieron mayor importancia a mis síntomas. Los últimos 8-9 años tuve otros problemas de salud que tomaron prioridad, incluidas 5 cirugías, y simplemente me "acostumbré" a que mi menstruación sea así de dolorosa.”

A continuación, se buscó examinar acerca del tiempo transcurrido hasta la obtención del diagnóstico. Las respuestas se agruparon en dos categorías: por un lado, personas que aún no han recibido un diagnóstico, y por otro, quienes sí lograron obtenerlo.

Entre quienes no cuentan con un diagnóstico, se evidencian trayectorias marcadas por la incertidumbre y la falta de respuestas claras por los y las profesionales a los que acudieron.

Algunos testimonios representativos incluyen:

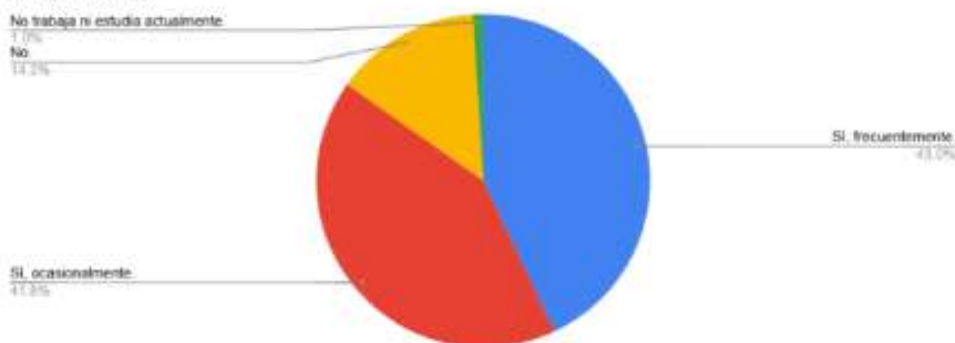
“Me dijeron que era muy difícil e invasivo de diagnosticar, quedé en la sospecha muy probable.”

“Aún no tengo diagnóstico, y hace 23 años que consulto con diferentes especialistas.”

“Empecé con problemas a los 13 y recién ahora [14 años después] están planteando la posibilidad.”

En cuanto a las personas que sí accedieron a un diagnóstico, los tiempos reportados son heterogéneos, variando desde algunos meses hasta 30 años. El promedio estimado entre las respuestas es de 8 años. Se registran además situaciones particulares, como diagnósticos obtenidos durante controles de rutina sin haberlo buscado activamente, y otros realizados de urgencia ante cuadros agudos, como la ruptura de quistes endometriósicos o apendicitis.

Gráfico 2. Frecuencia de ausentismo laboral y/o académico debido a síntomas relacionados a la endometriosis.



En relación con el impacto de la endometriosis en la vida laboral y educativa, se consultó a las participantes si habían tenido que ausentarse del trabajo o de los estudios debido al dolor u otros síntomas vinculados a la enfermedad. Los resultados evidencian una afectación significativa en el desempeño laboral y educativo: 182 personas (43%) manifestaron haber tenido que faltar con frecuencia, mientras que 177 (41,8%) lo hicieron de forma ocasional. Solo 60 personas (14,2%) respondieron no haber tenido que ausentarse, y 4 (1%) indicaron no estar trabajando ni estudiando en la actualidad.

Estos datos reflejan que el 84,8% de las personas encuestadas (359 de 423) se vieron obligadas a interrumpir sus actividades laborales o educativas en algún momento a causa de los síntomas, lo que da cuenta del impacto funcional del dolor crónico y otros malestares asociados a la endometriosis.

También se consultó a quienes participaron si consideraban que los síntomas de la endometriosis afecta en las diferentes áreas de su vida. Los resultados dan cuenta de un impacto multidimensional de la enfermedad, con afectaciones significativas en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales.

Las áreas más señaladas fueron la salud mental (364 personas; representando el 86,1% de la muestra) y la vida afectiva y/o sexual (346; representando el 81,8%), lo que evidencia las implicancias emocionales y vinculares del dolor crónico y de los síntomas persistentes. También se reportaron altos niveles de afectación en las actividades de la vida diaria - tales como movilidad, tareas domésticas, alimentación - (324 personas; 76,6%) y en la vida laboral (307; 72,6%), lo que remarca el impacto que la endometriosis tiene en la funcionalidad diaria y en el sostenimiento de la vida productiva.

En una proporción algo menor, aunque igualmente significativa, el 48,5% de las personas encuestadas (205 casos) reportaron una afectación en su vida educativa, mientras que 200 personas (47,3%) señalaron un impacto en su vida familiar.

Este panorama evidencia que la endometriosis no se limita a un problema ginecológico, sino que se trata de una condición crónica que compromete la integralidad de la vida cotidiana, afectando la autonomía, la salud mental, los vínculos interpersonales y la productividad.

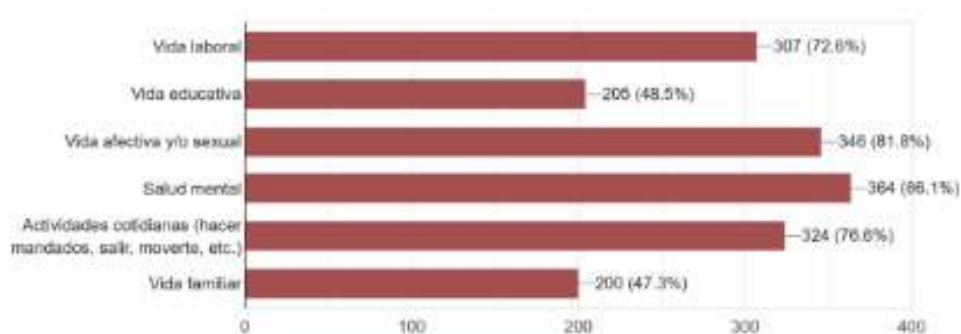


Gráfico 3. Áreas de la vida diaria percibidas como afectadas por síntomas de endometriosis.

4. Discusión

Los hallazgos preliminares de esta investigación permiten confirmar una serie de barreras estructurales que enfrentan y denuncian las personas con endometriosis en su recorrido por el sistema de salud, que afectan no solo el acceso al diagnóstico y al tratamiento, sino principalmente su calidad de vida y bienestar general. En particular, en esta aproximación a los resultados se identificaron tres dimensiones críticas: la demora diagnóstica, la deslegitimación del dolor, y el impacto multidimensional en la vida diaria.

En primer lugar, la demora en el diagnóstico, con un promedio de ocho años y casos que superan las dos décadas, refleja un patrón sistemático de invisibilización y normalización del dolor menstrual y otros síntomas relacionados a la endometriosis. Este fenómeno no es exclusivo de Argentina. Múltiples estudios realizados en Estados Unidos, Reino Unido, Noruega y Brasil muestran lapsos similares entre la aparición de síntomas y la confirmación del diagnóstico (Hadfield et al., 1996; Arruda et al., 2003; Ballard 2006). Tal como señala Ballard (2006), se pueden identificar diferentes factores que explican esta demora. El autor los divide en dos tipos: por un lado, las causas individuales entendidas por la normalización de los síntomas por parte de quienes lo padecen y el sentimiento de vergüenza y miedo por ser visto como alguien que no puede manejar la situación; y por otro las causas a nivel médico representadas por la normalización del dolor menstrual por parte de los médicos no especialistas en endometriosis, la supresión intermitente de los síntomas por medio de métodos hormonales y la ausencia de investigaciones que permitan hacer diagnósticos específicos. Los resultados finales de nuestra investigación pretenden colaborar con la creación de una estadística nacional que permita orientar el diseño de protocolos diagnósticos tempranos, fundamentar políticas públicas con perspectiva de género y promover una mejor capacitación de los equipos de salud en la detección y el abordaje integral de la endometriosis.

Esta particularidad en nuestro contexto se ve agravada por el marco de políticas neoliberales vigentes en Argentina, caracterizadas por el desfinanciamiento de los sistemas públicos de salud, la mercantilización de la atención médica y la creciente desigualdad en el acceso a recursos. Tales políticas no solo limitan la ya escasa disponibilidad de servicios especializados y accesibles, sino que también perpetúan un modelo de salud centrado en la lógica de mercado, que prioriza la rentabilidad sobre el derecho a la salud integral, afectando de manera desproporcionada a las personas con enfermedades crónicas y de alta complejidad como la endometriosis.

La minimización del dolor, reflejada en testimonios como “que siempre la solución a todo sean las pastillas anticonceptivas también es desgastante” o “simplemente me acostumbré a que mi menstruación sea

así de dolorosa.”, pone de manifiesto una desigualdad de género persistente en las prácticas médicas ginecológicas. Este abordaje reduccionista que limita las opciones terapéuticas a intervenciones farmacológicas estandarizadas -pastillas anticonceptivas-, se inscribe en un proceso más amplio de biomedicalización (Blázquez Rodríguez, 2021). En este marco, el lugar privilegiado que se le otorga a las soluciones biomédicas desplaza el foco desde un abordaje integral de la salud hacia la medicalización del síntoma, invisibilizando las dimensiones sociales, de género y de autocuidado que atraviesan la experiencia de vivir con endometriosis.

En esta misma línea, Rohden (2018) analiza cómo el uso de implantes hormonales y otros recursos biomédicos en mujeres brasileñas configura una “lógica hormonal” que gobierna los cuerpos y la vida cotidiana, sustentada en la confianza en la tecnología médica, la búsqueda activa de soluciones biomédicas y la gestión individualizada de riesgos. Esta lógica, que legitima el uso prolongado de hormonas incluso frente a posibles efectos adversos, permite problematizar los itinerarios terapéuticos de las personas con endometriosis, donde las intervenciones farmacológicas se posicionan como primera - y en muchos casos única- línea de abordaje, desplazando otras estrategias y reforzando la idea de que el control del dolor y la función reproductiva debe gestionarse únicamente mediante la gestión biomédica del cuerpo.

Sao Bento y Moreira (2017) también analizan las vivencias de personas brasileñas con endometriosis a través de sus narrativas de vida, buscando identificar violencia institucional y de género en el ámbito sanitario. Las participantes de dicho estudio describen la trivialización del dolor, la deslegitimación de sus relatos y tensiones en la relación médico-paciente, donde el saber biomédico se impone predominantemente sobre la experiencia vivida por quienes transitan la enfermedad. Estas prácticas, sumadas a las dificultades de acceso a diagnóstico y tratamiento, muestran que la endometriosis no solo enfrenta barreras estructurales, sino que también está atravesada por relaciones de poder y desigualdades de género que minimizan las experiencias corporales. Integrar esta perspectiva al contexto argentino permite comprender que las demoras diagnósticas y la falta de abordajes adecuados no responden únicamente a limitaciones técnicas o de recursos, sino principalmente a dinámicas institucionales que reproducen exclusión y maltrato.

En relación a los hallazgos parciales sobre el impacto multidimensional en la vida diaria, los datos obtenidos revelan un impacto transversal de la endometriosis en múltiples áreas de la vida: salud mental, vínculos afectivos y sexuales, vida laboral, tareas domésticas, movilidad, vida educativa y familiar. Estos resultados permiten comprender a la endometriosis no solo como una enfermedad ginecológica, sino como una condición crónica que compromete la integralidad de la vida cotidiana. Esta perspectiva coincide con los aportes de Lozano-Lozano et al. (2021), quienes, desde el campo de la Terapia Ocupacional, analizaron las limitaciones en las actividades de la vida diaria (AVD) e instrumentales de la vida diaria (AIVD) en 230 mujeres españolas con endometriosis, demostrando que el 22.6% presentó limitaciones en al menos una AVD y un 39% de las participantes limitaciones en al menos una AIVD, siendo más frecuentes las dificultades en la continencia intestinal, las tareas domésticas, las compras y la preparación de comidas. La concordancia entre nuestros

hallazgos y los de este estudio refuerza la necesidad de comprender la endometriosis como un fenómeno que impacta de manera multidimensional en la autonomía y la participación social, y que requiere abordajes integrales que superen la perspectiva biomédica.

5. Conclusiones

Los resultados parciales presentados en este artículo pretenden contribuir al debate sobre la endometriosis, que lejos de presentarse como una patología ginecológica, constituye una condición crónica con repercusiones profundas en la vida cotidiana, afectando de manera transversal la salud física, mental, los vínculos sociales y el desempeño ocupacional de quienes viven con ella. Las barreras en el acceso al diagnóstico y tratamiento no responden sólo a limitaciones técnicas, sino que están atravesadas por sesgos de género, dinámicas de violencia institucional y un modelo biomédico centrado en la medicalización hormonal. Visibilizar estas experiencias resulta clave para pensar intervenciones interdisciplinarias y con perspectiva de género que garanticen un abordaje integral centrado en las personas con endometriosis. En este sentido, se hace necesario promover políticas públicas, formación profesional y estrategias de atención que no solo busquen el alivio del dolor, sino que también favorezcan la autonomía, la calidad de vida y la participación plena en la sociedad. Incorporar el estudio y la difusión de la salud menstrual y destacar el aporte de las ciencias sociales en el abordaje de la endometriosis permite ampliar la comprensión de la enfermedad, visibilizar las desigualdades que la atraviesan y promover intervenciones integrales con perspectiva de género.

Referencias

- Arruda MS, Petta CA, Abrão MS, Benetti-Pinto CL. Time elapsed from onset of symptoms to diagnosis of endometriosis in a cohort study of Brazilian women. *Hum Reprod.* 2003 Apr;18(4):756-9. doi: 10.1093/humrep/deg136. PMID: 12660267.
- Azcue, L. y Patiño Aráoz, L. (2018). La menstruación como política pública: Un estudio exploratorio de proyectos legislativos sobre gestión menstrual en Argentina. En *Actas. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación. Departamento de Sociología.* https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.11354/ev.11354.pdf
- Babbar K, Martin J, Ruiz J. (2021) Menstrual health is a public health and human rights issue *The Lancet Public Health*, 7, e10-e11.

- Barañao, Rosa Ines (2015) Pensando en Endometriosis; Gráfica Latina; Revista de la Sociedad argentina de Endocrinología Ginecológica; XXII; 1; 4-2015; 6-9
- Ballard K, Lowton K, Wright J. (2006) What's the delay? A qualitative study of women's experiences of reaching a diagnosis of endometriosis. *Fertil Steril*. 2006 Nov;86(5):1296-301. doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.04.054. PMID: 17070183.
- Blázquez Rodríguez M, Bolaños Gallardo E. Aportes a una antropología feminista de la salud: el estudio del ciclo menstrual. *Salud Colectiva*. 2017;13(2):253-265. doi: 10.18294/sc.2017.1204.
- García-Toyos, N., March-Cerdá, J. C., Chillón-Martínez, R., & Escudero-Carretero, M. J. (2021). Atención sanitaria al malestar premenstrual. La perspectiva de las mujeres [Healthcare for premenstrual discomfort patients. Women's perspective]. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 47(1),12–27.
- Giordano V. y Vinokur M. (2025). Sangrar mucho, poquito, nada. La menopausia desde una perspectiva integral del ciclo vital y los cuidados. Grupo Editor Universitario.
- Hadfield R, Mardon H, Barlow D, Kennedy S. Delay in the diagnosis of endometriosis: a survey of women from the USA and the UK. *Hum Reprod*. 1996 Apr;11(4):878-80. doi: 10.1093/oxfordjournals.humrep.a019270. PMID: 8671344.
- Hennegan J, Winkler IT, Bobel C, Keiser D, Hampton J, Larsson G, Chandra-Mouli V, Plesons M, Mahon T. Menstrual health: a definition for policy, practice, and research. *Sex Reprod Health Matters*. 2021 Dec;29(1):1911618. doi: 10.1080/26410397.2021.1911618. PMID: 33910492; PMCID: PMC8098749.
- Mantilla Salazar, V. (2025). Mecanismos de gobernanza de los itinerarios terapéuticos de la endometriosis. En búsqueda del diagnóstico. *Perifèria. Revista d'investigació i Formació En Antropologia*, 30(1), 4–28. <https://doi.org/10.5565/rev/periferia.926>
- Nezhat C, Nezhat F, Nezhat C. Endometriosis: ancient disease, ancient treatments. *Fertil Steril*. 2012 Dec;98(6 Suppl):S1-62. doi: 10.1016/j.fertnstert.2012.08.001. Epub 2012 Oct 17. PMID: 23084567. Provincia de Buenos Aires. Ley 15.491 (29 de julio de 2024). Boletín Oficial de la Provincia de Buenos Aires N° 29799. Recuperada de <https://normas.gba.gob.ar/documentos/0Xn4qaTa.html>
- Rohden, F.. (2018). “OS HORMÔNIOS TE SALVAM DE TUDO”: PRODUÇÃO DE SUBJETIVIDADES E TRANSFORMAÇÕES CORPORAIS COM O USO DE RECURSOS BIOMÉDICOS. *Mana*, 24(1), 199–229. <https://doi.org/10.1590/1678-49442018v24n1p199>

- São Bento, P. A. de S., & Moreira, M. C. N.. (2017). A experiência de adoecimento de mulheres com endometriose: narrativas sobre violência institucional. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3023–3032. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.03472017>
- Yovich, J. L., Rowlands, P. K., Lingham, S., Sillender, M., & Srinivasan, S. (2020). Pathogenesis of endometriosis: Look no further than John Sampson. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 65, 99–112.

**"Salud, territorio y comunidad: experiencias,
formación y desafíos contemporáneos"**

Link al sitio de la revista:
<https://revista.salud.mdp.edu.ar/index.php/dc>

