

salud comunidad y ciencia

UADER

FCVyS

Nº7

Revista científica semestral >>
Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud
Año 4. Número 7. Primer semestre de 2026

Salud, Comunidad y Ciencia. Revista científica.

Salud, Comunidad y Ciencia. Revista científica.

Secretaría de Investigación

Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud (FCVS). Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER)

Correo electrónico: revista@fcvs.uader.edu.ar

Página web: <http://revistacienciasfcvs.uader.edu.ar/>

ISSN (en línea) 2953-5859

“Salud, Comunidad y Ciencia” es una revista semestral digital destinada a contribuir a la divulgación de las temáticas referidas a la Salud y áreas disciplinares afines a las carreras que se dictan en la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos.

Los trabajos que son seleccionados para su difusión en esta publicación deben significar un aporte original para la comunidad científica. Cuando se da esta condición son sometidos a arbitraje “doble ciego”, realizado con la participación de reconocidos árbitros externos resguardando criterios de calidad editorial. La Dirección no se responsabiliza por las opiniones vertidas en los artículos firmados. Quedan excluidos cualquier tipo de manifestación discriminatoria (de género, racial, ideológica), o neonazi, o fascista, entre otras expresiones autoritarias.

La revista es de libre acceso y propone contribuir al avance de la ciencia y a fomentar la cultura científica en la comunidad universitaria de esta Facultad y de otras universidades nacionales e internacionales. Con esta publicación, se abren oportunidades para visibilizar las conexiones entre la salud, la investigación y el contexto socio-tecnológico-ambiental que instan a ser comprendidas mediante conocimientos científicos.

Salud, Comunidad y Ciencia

Revista científica de la Secretaría de Investigación, Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud (FCVS). Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER)

Edición N° 7 (correspondiente al primer semestre de 2026)

EQUIPO EDITORIAL

Director:

Dr. Pablo Danilo Húmpola

Codirectora:

Mg. Silvia Tessio Conca

Comité Editorial:

Esp. Bioing. Aníbal Sattler

Mg. Sergio Santa María

Dr. Nahuel Escalada

Prof. Marcelo Narváez

Lic. Gabriela Marsilli

Lic. Mónica Heit

Comité Académico:

Dra. Rita Segato (Universidad Nacional de General Sarmiento. Universidad Autónoma de Entre Ríos)

Dra. Mónica Auchter (Universidad Nacional del Nordeste)

Dra. Gabriela Ariza (Universidad de Córdoba. Colombia)

Dr. Néstor Cecchi (Universidad Nacional de Mar del Plata)

Dr. Marcius De Almeida (Universidad Nacional de Bahía. Brasil)

Dr. Daniel De la Vega (Instituto Universitario Italiano de Rosario)

Dr. Marco López Ibarra (Universidad Autónoma de Entre Ríos)

Dra. Teresita Ghizzoni (Universidad de la República. Uruguay)

Dr. Arístides Pochettino (Universidad Nacional de Rosario)

Dra. Sandra Ravelli (Universidad Nacional del Litoral)

Mg. Marcela Tagua (Universidad Nacional de Cuyo)

Dra. Andrea Racca (Universidad Autónoma de Entre Ríos)

Diseño gráfico:

Martín Fabián Aquilini

Soporte Informático y página web:

Tec. Matías Pérez

Propietario: Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, UADER.

Dirección: Gral. José de San Martín 1272, E3100 Paraná, Entre Ríos.

Periodicidad: Semestral

Revista Salud, comunidad y ciencia. Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional



AUTORIDADES

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ENTRE RÍOS

Rector: Abog. Luciano Filipuzzi

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA VIDA Y LA SALUD

Decano: **Esp. Bioing. Aníbal Sattler**

Vice Decana: **Mg. Yanina Schmidt**

Coordinador General: **Prof. Marcelo Narváez**

Secretaría Académica: **Mg. Sergio Santa María**

Secretaría de Inclusión Estudiantil y Promoción de Derechos: **Abog. Dafne Cis**

Secretaría de Integración con la Comunidad: **Mg. Ana Rougier**

Secretaría de Consejo Directivo: **Abog. Maillen Barreto**

Secretaría de Gestión Administrativa y Técnica: **Tec. Brenda Maradey**

Secretaría Económica Financiera: **Cra. Débora Muñoz**

Secretaría de Posgrado: **Dra. M. Johana Puchana Rosero**

Secretaría de Investigación: **Dr. Pablo Húmpola**

Secretaría de Comunicación: **Lic. Virginia Dallacaminá**

Asesoría Jurídica: **Abog. Valentín Maiocco**

Coordinadoras técnicas administrativas

Gualeguay: **Psp. Marisa Messina**

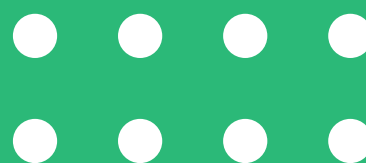
Concordia: **Lic. Melina Cabrera**

General Ramírez: **Lic. Gema Gimenez Reschke**

Villaguay: **Rosa Piñeyro**



salud comunidad y ciencia



06 EDITORIAL**08 CARTA AL DIRECTOR**

Las personas mayores, los escenarios actuales y LOS Derechos Humanos

10 ARTÍCULO ORIGINAL

Gestión dialógica de los cuidados en salud mental

25 ARTÍCULO DE DIVULGACIÓN

Atención en salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina: aportes para una práctica situada

COMUNICACIONES BREVES

- 45** Un Estudio de la Labor del Personal de Enfermería en el Hospital Dr. Enrique Fianza: pasado y actualidad del arte del cuidado

- 52** Satisfacción laboral entre los enfermeros

- 60** Ejercicio profesional de Enfermería y docencia: huellas de la vocación

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

- 66** "Lecturas del cuerpo -del- paciente"

En esta nueva edición de *Salud, Comunidad y Ciencia* nos proponemos abrir un espacio de reflexión sobre los modos de comprender y practicar el cuidado en salud, en diálogo con las transformaciones sociales y culturales que atraviesan nuestros territorios. Los textos reunidos en este número ofrecen perspectivas diversas que, sin embargo, convergen en un mismo horizonte: la necesidad de pensar la salud desde una mirada integral, situada y humanizada.

En la sección de **Artículo original**, se publica el texto titulado “*Gestión Dialógica de los cuidados en salud mental*” que introduce un enfoque alternativo al paradigma biomédico tradicional. La propuesta se centra en la construcción de relaciones, la escucha activa y el respeto por la diversidad, destacando el valor del diálogo como herramienta terapéutica. La noción de “botiquín de cuidados” y la perspectiva polifónica que se despliega en el texto invitan a repensar la práctica clínica como un proceso colaborativo, donde los pacientes son co-creadores de su experiencia de recuperación.

En la sección de **Artículos de divulgación**, el texto “*Atención en salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina: aportes para una práctica situada*” nos acerca a los desafíos de la atención en contextos fronterizos. A partir de una investigación doctoral en la frontera Uruguay-Brasil, se analizan las tensiones y oportunidades que emergen de la diversidad cultural y lingüística, mostrando cómo prácticas como el uso del portuñol se convierten en recursos clave para garantizar la comprensión mutua. El texto aporta recomendaciones valiosas para fortalecer una atención culturalmente pertinente y respetuosa de los derechos humanos.

La sección **Comunicaciones Breves** incluye tres contribuciones significativas. Por un lado, “*Un Estudio de la Labor del Personal de Enfermería en el Hospital Dr. Enrique Fidanza: pasado y actualidad del arte del cuidado*”, fruto de un proyecto de beca del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), que recupera la memoria histórica del hospital y la voz de sus enfermeras, mostrando continuidades y transformaciones en el arte del cuidado. Por otro lado, el texto “*Satisfacción laboral en los enfermeros*” aborda un tema crucial para comprender la calidad de los servicios de salud y el funcionamiento institucional: la satisfacción laboral como indicador sensible de las condiciones de trabajo y del bienestar profesional. Finalmente, el artículo “*Ejercicio profesional de enfermería y docencia: huellas de la vocación*” analiza, desde una investigación cualitativa, las dificultades históricas de profesionalización y reconocimiento que comparten ambas labores, vinculadas a una construcción social que las asocia con tareas domésticas y maternas. El texto invita a reflexionar sobre los sentidos vocacionales atribuidos a estas profesiones y las motivaciones que sostienen su ejercicio, abriendo interrogantes sobre la diferenciación entre vocación, elección y práctica actual.

En la sección **Revisiones bibliográficas**, se presenta el libro “*Lecturas del cuerpo-del-paciente: Aportes de las Ciencias Sociales a la Semiología médica*”. La reseña destaca cómo la autora cuestiona los supuestos positivistas del diagnóstico médico y, apoyándose en la semiótica peirciana, abre un debate filosófico y humanístico que enriquece la práctica clínica y merece una lectura atenta.

La **Carta al Director** titulada “*Las personas mayores, los escenarios actuales y los Derechos Humanos*” nos invita a reflexionar sobre el envejecimiento poblacional como logro histórico de la humanidad. Lejos de concebir a las personas mayores como una carga, el texto propone reconocerlas como capital social y como protagonistas de sociedades más justas y maduras, aportando datos demográficos y proyecciones que interpelan tanto a la política pública como a la práctica profesional.

Con satisfacción presentamos este número 7, convencidos de que cada artículo, comunicación y revisión bibliográfica contribuye a ampliar la conversación sobre la salud desde una perspectiva comunitaria y científica. Invitamos a nuestros lectores a recorrer estas páginas con espíritu crítico y abierto, encontrando en ellas voces locales que dialogan con debates globales, reafirmando el compromiso de nuestra revista con la producción de conocimiento situado, plural y transformador.

Las personas mayores, los escenarios actuales y los Derechos Humanos.

A nivel mundial en el 2024 la cantidad de personas de 60 años y más asciende a 1200 millones y alcanzará en el 2100 los 3019 millones, mientras que la cantidad de menores de 5 años fue de 648 millones. América Latina y el Caribe (ALC) presentan 88,6 millones de personas de 60 años y más proyectándose para el 2050, 200 millones. En los últimos 50 años se han producido cambios demográficos los que tienen como consecuencia positiva el crecimiento significativo del número de personas mayores (CEPAL 2022). Este aumento se debe a la baja de la mortalidad infantil y la mortalidad general lo que conlleva a un aumento de la Esperanza de Vida al Nacer (EVN). Entre el periodo 1970-1975 y 2015-2020, la EVN aumentó a nivel mundial en 14,2 años para las mujeres y en 13,5 años para los hombres (ONU Mujeres, 2020). Debemos considerar el aumento en la EVN como un éxito en la historia de la humanidad, dado que es producto del avance de la salud pública, la medicina y el desarrollo económico y social, y la manera en que estos avances contribuyeron al control de enfermedades, la prevención de lesiones y la reducción del riesgo de muerte prematura.

Si el envejecimiento es un logro de la humanidad, las personas mayores no deben ser consideradas una carga, sino una gran oportunidad para aprovechar el capital social que representan las personas con experiencia, insertas en sociedades maduras y justas. En el 2022, la EVN a nivel mundial fue de 72 años para la población general, siendo para los varones de 70 años y para las mujeres de 75 años. La mayor esperanza de vida la encontramos en las mujeres de Japón que viven, en promedio, 87,3 años, mientras que la mayor esperanza de vida en los varones se observa en Islandia, que asciende a los 81,3 años. La EVN también se relaciona con el nivel económico de un país o región, es así como, para los países de ingresos altos, la EVN promedio en 2019 era de 81 años; de ingresos medianos, 72 años y de ingresos bajos, 64 años¹ (Banco Mundial 2022).

En ALC la EVN hasta 2019 aumentó a 75,1 años siendo 78,2 para las mujeres, y 72 para los varones, pero el Covid produjo una rápida reducción de la misma calculada para la región en 2,9 años, lo que significa un retroceso en políticas públicas de 20 años dado que nos llevó a los mismos registros que en el 2003). En el 2022, aumentó a 73,8 y se espera que en el 2030 llegue a 77,2 años.

Las personas mayores en la Argentina

La República Argentina es hoy uno de los países más envejecidos de la región gracias a las políticas económicas, sociales y de salud que mejoraron la calidad de vida de las personas. Según el Censo 2022, la población de 60 años y más asciende a 7.450.791, lo que representa el 16,2% de la población total y si tomamos los 65 años representan el 12%. Existe una clara feminización dado que el 57% de las personas mayores son mujeres y el 43% varones. En referencia a los menores de 5 años la cifra asciende a 2.843.750 (6,2% de la población), y menores de 15 años representan un 22% (10.129.834). La cantidad de personas mayores se incrementará hasta el 2085 llegando a 17. 488.000 para luego comenzar una disminución que encontrará en el 2100 la cantidad de 15.621.000 de personas de 60 años y más en nuestro país. Esperanza de vida: la

1 Banco Mundial 2022- <https://datos.bancomundial.org/indicador/SP.DYN.LE00.IN>.

EVN en Argentina es de 78,15 años, siendo de 81,4 años para las mujeres y de 74,9 años para los varones. Se proyecta que para el 2040 la EVN sea de 81,58 para ambos sexos, 84,7 para mujeres y 78,4 para varones (Estimaciones y proyecciones de INDEC, 2010). Todas las provincias se encuentran envejecidas, incluidas las de la Patagonia Sur. La jurisdicción más envejecida es la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que presenta un 21,5% de su población con 60 años o más. Le sigue La Pampa con un 17,7%, luego Santa Fe con un 17,5%, Córdoba con un 16,9% y Buenos Aires con un 16,4%.

Estos cambios en la estructura de la población encuentran un momento que se denomina **Ventana de Oportunidad y Bono Demográfico**. Es que durante la transición demográfica hay un período en que la proporción de personas en edades potencialmente productivas crece de manera sostenida en relación con la de personas en edades potencialmente inactivas desde el punto de vista demográfico (menores de 15 años y mayores de 60). Este momento genera una situación muy favorable para el desarrollo dado que aumenta las posibilidades de ahorro y de inversión en el crecimiento económico y permite ir de manera progresiva desarrollando servicios y programas para las personas mayores antes del alcanzar un número considerable de esta población. **El Bono Demográfico en Argentina terminaría entre el 2030 y el 2035.**

Políticas con enfoque de Derechos Humanos

En este contexto debemos implementar políticas que mejoren la calidad de vida de las personas mayores considerando la perspectiva de género y diversidad y el enfoque de los Derechos Humanos. Para ello tenemos que considerar como hoja de ruta la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores (CIPDPM), primer y único instrumento internacional de carácter vinculante orientado a la protección específica de los derechos de este colectivo. En nuestro país tiene rango Constitucional dado que fue aprobado por la Ley 27700/2022.

La convención determina estándares de protección más específicos, define a la Persona mayor aquella de 60 años, establece la prohibición de la discriminación por edad en la vejez, establece la prohibición de la discriminación por género, diversidad sexual o identidad de género en la vejez, y promueve un envejecimiento activo. Establece el derecho a la no discriminación, a la viuda y dignidad en la vejez, a la no violencia, a la autonomía, a la participación, a los cuidados paliativos, a los cuidados a largo plazo, al trabajo, a la seguridad social, a la educación, a la salud, y a la vivienda, entre otros. La Convención reconoce la necesidad de abordar los asuntos de la vejez y el envejecimiento desde una perspectiva de derechos humanos considerando las valiosas contribuciones actuales y potenciales de la persona mayor al bienestar común, a la identidad cultural, a la diversidad de sus comunidades, al desarrollo humano, social y económico.

Dra. Mónica Roqué

*Directora de la Especialización en Gerontología y Derechos de personas mayores
Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud
Universidad Autónoma de Entre Ríos*

Gestión Dialógica de los cuidados en salud mental

Dialogical Management of Mental Health Care

(*) Dra. Leticia Costa - (**) Mgter Vanesa Aparicio (**)

(*) Doctora en Ciencias Sociales por la Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER)/ Licenciada en Psicología. Universidad Nacional de Rosario (UNR). Profesora Titular Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Ciencias de la vida y la salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: costa.leticia@uader.edu.ar

(**) Licenciada en Trabajo Social. Magíster en Salud Mental. Universidad Nacional de Entre Ríos (UNER). Profesora Adjunta Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Email: aparicio.vanesa@uader.edu.ar



Fecha de recepción: 10 de octubre de 2025

Fecha de aceptación: 1 de abril de 2026

RESUMEN

La salud mental ha sido tradicionalmente abordada desde una perspectiva biomédica, enfocándose en tratamientos farmacológicos y clínicos, lo que ha limitado la atención integral de los pacientes. Se propone un enfoque alternativo que integre dimensiones sociales, culturales y relacionales, destacando la gestión dialógica. La investigación muestra que el sufrimiento mental es un fenómeno relacional donde el diálogo y la conversación son esenciales para la recuperación. Se destaca la importancia de pensar en los cuidados desde una perspectiva polifónica, considerando múltiples enfoques y experiencias. La gestión dialógica implica un proceso de acompañamiento donde los pacientes son co-creadores de su experiencia terapéutica en tanto representa una alternativa valiosa al enfoque biomédico, priorizando la conversación y el diálogo. Este enfoque promueve una atención más integral y humanizada, respetando la dignidad y derechos de las personas con sufrimiento mental, y fomentando un modelo colaborativo en el tratamiento. En el presente artículo se propone una guía que enfatiza la construcción de relaciones, la escucha activa y el respeto por la diversidad como claves para el tratamiento. Incluye estrategias para implementar un diálogo efectivo que permita la co-creación de significados, así como un "botiquín de cuidados" que contenga prácticas y recursos para el cuidado en salud mental.

Palabras claves: gestión dialógica, cuidados, salud mental.

SUMMARY

Mental health has traditionally been approached from a biomedical perspective, focusing on pharmacological and clinical treatments, which has limited comprehensive care for patients. An alternative approach is proposed that integrates social, cultural and relational dimensions, highlighting dialogic management. Research shows that mental suffering is a relational

phenomenon where dialogue and conversation are essential for recovery. The importance of thinking about care from a polyphonic perspective is highlighted, considering multiple approaches and experiences. Dialogical management implies a support process where patients are co-creators of their therapeutic experience as it represents a valuable alternative to the biomedical approach, prioritizing conversation and dialogue. This approach promotes more comprehensive and humanized care, respecting the dignity and rights of people with mental suffering, and promoting a collaborative model in treatment. This article proposes a guide that emphasizes building relationships, active listening and respect for diversity as keys to treatment. It includes strategies to implement effective dialogue that allows for the co-creation of meanings, as well as a "care kit" that contains practices and resources for mental health care.

Keywords: dialogic management, care, mental health.

Primeras aproximaciones al campo de la salud mental

La salud mental es un campo que, tradicionalmente, ha sido abordado desde una perspectiva biomédica, priorizando el tratamiento farmacológico y las intervenciones clínicas por sobre un abordaje social. Sin embargo, este enfoque ha mostrado limitaciones en la atención integral y la recuperación de los pacientes.

La complejidad de dicho campo ha dado lugar a la emergencia de nuevas voces en relación al entendimiento de la salud mental, la perspectiva de sujeto, el reconocimiento de derechos, los modelos de atención, el rol de la familia, la comunidad y los servicios de salud en la dirección de la cura, aportando claves de análisis y comprensión que ponen en el centro del tratamiento al sujeto, su vivencia, su historia, su potencia, su red, interpelando lecturas pasivas que focalizan en el síntoma, que silencian los cuerpos, que patologizan vidas, que encorsetan singularidades en manuales de diagnósticos, que barren con todo aquello que quien está padeciendo trae consigo también desde lo que sí puede en relación a su vida y a sus redes de apoyo.

En este contexto, se hace pertinente explorar y abonar a nuevos modelos que integren la dimensión social, cultural y relacional del padecimiento mental. La gestión dialógica, que se sitúa entre la conversación y el diálogo, emerge como un enfoque transformador para el acompañamiento de sujetos con problemáticas de salud mental.

En este orden, algunos antecedentes nos permiten repensar aportes en torno a la comprensión de dicho campo. Los estudios de Serrano-Miguel et al. (2020) subrayan las deficiencias del modelo biomédico hegemónico, que tiende a desestimar las interacciones sociales y el contexto de vida de los pacientes. Este modelo ha sido criticado por su enfoque reduccionista, que limita la comprensión del sufrimiento mental a factores biológicos, como se menciona en el trabajo de Menéndez (1984), donde se señala que "el comportamiento humano es producto de las interacciones entre el cuerpo físico y el cuerpo social". (p.85)

Por otro lado, el trabajo de Jaakko Seikkula y Tom Erik Arnkil sobre el diálogo abierto (2019) resalta la importancia de crear espacios de conversación en los que los pacientes puedan ser escuchados y participar activamente en su tratamiento. Este enfoque se basa en la premisa de que el sufrimiento mental es un fenómeno relacional, donde las interacciones sociales juegan un papel crucial en la recuperación.

Ambos trabajos ponen en común la importancia de lo vincular y las influencias recíprocas para pensar el proceso de salud desde una perspectiva integral. Es decir, reconocer a los sujetos como seres entramados, tejiendo y tejiéndose en una red de interacciones que los van configurando, condicionando y transformando. En la dicha trama emerge no solo el padecimiento sino también la potencia de la cura, de un abordaje integral que permita enlazar lo biológico, con lo emocional, con lo espiritual, con lo relacional que es constitutivo de cada sujeto. Asimismo, implica reconocer el valor del acompañamiento en los procesos de atención de la salud desde una perspectiva compleja.

Del cuidado como atención individual a la ética vincular de los cuidados

“El cuidado es ante todo un modo de vinculación, una actitud que se cultiva en la interacción con las demás personas y con el mundo, y que no debe reducirse a un mero acto” (Boff, 2004).

El tema de los cuidados ha adquirido notoriedad en los últimos años, a partir de una profusa producción académica de la mano del pensamiento decolonial y el aporte de los feminismos para pensar los cuidados desde una clave socio-histórica vinculada a procesos sociales y culturales, así como a una mayor presencia en la agenda de políticas públicas, particularmente a partir de la pandemia por COVID-19.

A raíz de la denominada crisis del cuidado (Rossel, 2016; Lupica, 2014), las Ciencias Sociales se dedicaron, en primacía, al estudio de las desigualdades de género en la distribución de las tareas de cuidado y a los diferentes efectos, tanto sociales como económicos, del envejecimiento poblacional (Rossel, 2016; Torrado, 2007), la transformación de las estructuras familiares (Ullman, Maldonado y Rico, 2014; Rico y Maldonado, 2011; Jelin, 2010; Arriagada, 2007), y la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral como fuerza asalariada (Wainerman, 2007). En este marco, se destacan investigaciones desarrolladas desde la Sociología (Faur, 2019; Batthyány, 2015; 2020) y la economía feminista (Rodríguez Enriquez 2015), así como enfoques interdisciplinarios (Vega, Martínez-Buján y Paredes 2018).

En relación al campo de la salud mental el tema de los cuidados invita a nuevas claves de comprensión, para poder poner en tensión la idea del cuidado como categoría unívoca apelando a su naturaleza polifónica, que aloja perspectivas, enunciados, representaciones, prácticas, vivencias respecto de qué significa cuidar, cómo se debe cuidar, quiénes cuidan y a quiénes cuidar. Diremos entonces que, los cuidados son múltiples, así como los espacios donde se desarrollan y los sujetos que los llevan adelante tanto para sí como para otros. No hay un solo

cuidado ni una única manera de cuidar: cuido de mí, de otros, me dejo cuidar, nos cuidamos colectivamente, cuido con otros, decido no cuidar ni ser cuidado. El cuidado se teje en la trama de la vida, establece lazos, reconoce tensiones, contiene y suelta como parte de un mismo devenir, dando cuenta así de su naturaleza compleja.

En particular, cuando hablamos de cuidados en el campo de la salud mental la referencia a los mismos aparece ligada a la idea de atención, estableciendo cierta sinonimia entre ambas categorías que merece ser repensada.

El "cuidado" tiene una connotación mucho más amplia e integral que la "atención". El cuidado denota relaciones horizontales, simétricas y participativas; mientras que la atención es vertical, asimétrica y nunca participativa en su sentido social. El cuidado es más intersectorial y, en cambio, la atención deviene fácilmente no sólo en sectorial sino en institucional o de programas aislados y servicios específicos. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s.f.)

Así enunciada, la atención se vincula a una fuerte referencia reparatoria respecto de un otro que necesita de aquello que carece. Se destaca por ser unidireccional, donde el profesional de salud actúa como la figura de autoridad que dirige el proceso, lo que deviene en cierta interacción jerárquica con el paciente. Este enfoque es atravesado por el modelo médico hegemónico, que prioriza el diagnóstico y el tratamiento, a menudo desestimando la voz de aquel que se vuelve sujeto de atención. En esta comprensión también subyace una relación de poder entre quien detenta el saber respecto del padecimiento del otro y quien es receptor pasivo de las decisiones y acciones que establecen los equipos de salud sobre sí, sobre su cuerpo y su vida.

Desde otro lugar, los cuidados devienen de una perspectiva integral; apelan a un enfoque integrador que da lugar a la diversidad de voces que alojan el acto de curar-cuidar, instan a una comprensión compleja, interinstitucional, intersectorial, interdisciplinaria, promocional, preventiva, participativa y descentralizada. Diremos entonces que se realizan en una trama, donde la interacción es recíproca y se basa en la ética del dar y recibir, en tanto ética vincular.

Al respecto dirá Najmanovich (2019):

El contexto entonces dejará de ser lo que rodea al sujeto, el ambiente exterior. Podemos empezar a concebir un sujeto entramado, vivo y por lo tanto en permanente intercambio en un medio del que se nutre y en el que participa activamente, que lo forma y al que conforma, en un linaje de transformaciones, con un itinerario siempre abierto y siempre ligado a la textura vital- afectiva- cultural. (p.8).

Esta perspectiva reconoce la importancia de las relaciones, pone en el centro del acto de curar, a los cuidados, al vínculo y la co-creación del bienestar. En los cuidados el otro se configura así como semejante y no un sujeto pasivo que recibe atención. Así, los cuidados implican un compromiso compartido, donde tanto quien cuida y quien recibe cuidados son sujetos activos en el proceso de tratamiento. En los cuidados hay reciprocidad entre semejantes que pulsan,

que participan activamente, en el proceso de la cura.

Hablar de los cuidados es hablar de la vida, de nuestra naturaleza humana en diálogo con el texto- contexto. Es sabernos en relación, en donde el otro se configura en un sujeto importante desde su singularidad, siempre situada. Es en relación donde los cuidados se tejen colectivamente, en el que todos cuidan de todos construyendo reciprocidad, y habilitando la afectación mutua. Los cuidados desde una integralidad en donde dialoga el cuidado de sí, del otro y del entorno como parte de una misma clave para comprender la vida misma. Es en la trama de la vida en la que se gesta esa dialéctica en donde el cuidado de sí y del otro incluye el cuidado de todo lo que existe como expresión de una energía colectiva.

Plantear que los cuidados tienen tramas implica reconocernos como sujetos en un tejido común con otros, en donde el cuidar, cuidarnos y dejarnos cuidar forman parte de una misma configuración, en la que el cuidado de sí se gesta siempre en relación a uno mismo y a otro y, también, se gesta y sostiene en relación al vínculo con la naturaleza. Así, los cuidados producen subjetividades relacionadas. La subjetividad implica una disposición para ir al encuentro hacia otro que no se circunscribe a la naturaleza humana.

Reconocer nuestra condición de ser viviente, implica sabernos en entramados con la naturaleza, apelar a ese contacto sutil y profundo que implica reconocer la vida pulsando en nosotros y a nuestro lado, y que supone, en términos de una mirada integral de la salud leer en claves de tratamiento las huellas del entorno en las vidas de quienes presentan un padecimiento para poder historizar y proponer caminos situados de atención.

Los cuidados como gesto plural, no es solo acción o palabra o cuerpo o emocionalidad, o experiencia. Es todo ello tejido junto. Es vivencia integradora e integral, que encuentra sus diferentes caras en una trama común que le da cuerpo, sostén y contención al acto de curar-cuidar la vida. En este sentido, se presenta como una dimensión transversal a la existencia y no ya como una actividad concreta solo situable en algunos ámbitos, y ante algunas situaciones.

De lo que se trata, entonces, es de no polarizar lógicas que distinguen atención y cuidados escindiéndolos o bien, abonando al borramiento de las distinciones existente entre ambas sino a reconocer las mediaciones, los puntos de encuentros, la potencia que nutre a la atención hacia otro desde una ética de los cuidados, reconociendo, asimismo, que en esa atención también está presente el cuidado de los propios profesionales de la salud.

Los cuidados en salud mental entre la conversación y el diálogo

*“Aprendí que a veces
solo nos queda confiar en la marcha
para comprobar que alguien nos supo cuidar
en nuestra vulnerabilidad
cuando no pudimos solos” (Cinwololo, 2023: 85)*

Entendemos a la organización social de los cuidados como “una trama de conversaciones” (Flores, 1994), similar a la definición de Walsh y Ungson, quienes describen las organizaciones sociales como una red de significados intersubjetivos compartidos, sustentada a través del desarrollo y uso de un lenguaje común e interacciones sociales cotidianas.

“Es posible describir una gama amplia de conversaciones que implican a su vez diversos diseños, donde los más ‘naturales’ son aquel tipo que se organiza fundado en patrones culturales compartidos, lo que la vuelve conocida y predecible; habitual y natural. Estas conversaciones aportan seguridad y estabilidad al encuentro relacional, generando por su función normatizadora fuertes restricciones en la exploración de modos alternativos de conversación.” (Fuks, 1998, p. 9).

Consideramos que este tipo de interacción social genera permanencia sobre lo contingente y brinda una imagen que da consistencia a los cuidados. La repetición y recursividad de determinados temas y estilos conversacionales construyen la identidad de los cuidados. Sin embargo, estas conversaciones también pueden generar fuertes restricciones en la exploración de modos alternativos de conversación, lo que disminuye las posibilidades de aprendizaje en el contexto de la salud mental.

Una herramienta de gestión que permite empezar a expresar lo inexpresado es el diálogo, que actúa como un modelo facilitador de exploración de modos y temas de conversación. La vivencia del diálogo se constituye en una experiencia de reflexión-exploración con y entre personas. Para Isaacs (1999), el diálogo es un proceso donde compartir la indagación constituye una manera de pensar y reflexionar juntos. “Es un proceso de indagación colectiva sobre los supuestos y certezas que conforman la experiencia diaria” (Isaacs, 1999, p. 9). Este proceso implica el presupuesto compartido de que existirán condiciones para la cooperación entre los participantes.

La coyuntura actual en los cuidados de salud mental constituye un fuerte desafío que nos lleva a reflexionar sobre las características que inhiben o posibilitan las prácticas dialógicas frente al padecimiento subjetivo. Por ello, es fundamental preguntarnos cuáles son las condiciones que propician el diálogo y la generación de capacidades dialógicas desde la ética de los cuidados en el campo de la salud mental.

La gestión dialógica de los cuidados implica en primer término reconocer que gestionar es gestar, es decir, llevar a cabo un movimiento, una acción, una propuesta para hacer algo posible. Implica una función de concreción orientada hacia una finalidad. Dicho esto, gestionar implica gestar desde la conversación comunidades de cuidados en el campo de la salud mental.

La gestión dialógica se refiere a un proceso de acompañamiento que incorpora elementos de conversación y diálogo, permitiendo que los pacientes se conviertan en co-creadores de su experiencia terapéutica. Esto implica no solo hablar sobre los síntomas y el tratamiento, sino también explorar las experiencias, capacidades, emociones, red vincular y contextos de vida

de aquel enunciado como paciente.

Antecedentes y experiencias de implementación de Gestión Dialógica en salud mental.

- *Diálogo Abierto (Open Dialogue)*: Este modelo, desarrollado en Finlandia por Seikkula y Arnkil (2019), promueve la inclusión de los pacientes y sus redes de apoyo en el proceso de tratamiento. Se enfoca en la conversación y la colaboración, permitiendo que las personas compartan sus experiencias y participen activamente en las decisiones sobre su cuidado.
- *Grupos de Apoyo y Círculos de Diálogo*: En diversas comunidades, se han establecido grupos donde las personas comparten sus experiencias y apoyan a otros en situaciones similares. Estos círculos fomentan un ambiente de confianza y escucha activa, permitiendo que los participantes se sientan valorados y comprendidos.
- *Metodología de Investigación-Acción Participativa (IAP)*: Utilizada en proyectos comunitarios, la IAP involucra a los miembros de la comunidad en la identificación de problemas y en la búsqueda de soluciones. A través del diálogo y la colaboración, se generan cambios que responden a las necesidades reales de la comunidad.
- *Programas de Salud Mental Comunitaria*: Muchas iniciativas en salud mental integran la gestión dialógica al involucrar a los pacientes en el diseño y la evaluación de servicios. Esto asegura que los servicios sean más pertinentes y efectivos.
- *Terapia Narrativa*: Este enfoque terapéutico se basa en el diálogo entre el terapeuta y el paciente, donde se exploran las narrativas personales. Ayuda a los pacientes a reescribir sus historias, promoviendo un sentido de agencia y empoderamiento.

Guía de Acompañamiento para la Gestión Dialógica de cuidados en Salud Mental

La gestión dialógica de los cuidados en salud mental se basa en la premisa de que las conversaciones sensibles y el diálogo son fundamentales para establecer relaciones significativas entre los profesionales de la salud y los pacientes. Esta guía propone estrategias y herramientas inspiradas en los principios de diálogo y comunicación presentados por Costa, Perlo y de la Riestra (2005), adaptadas al contexto de los cuidados en salud mental.

Proponer una guía implica reconocer un camino posible, siempre dinámico y situado, capaz de ser re-creado a la luz de cada situación. Lejos de ser un esquema taxativo de pautas a seguir intenta apelar a núcleos sustantivos para el tratamiento en el campo de la salud mental desde una perspectiva de cuidados que sea garante de los derechos de las personas que presentan un padecimiento y de los profesionales que desarrollan la intervención. Se configura en un documento vivo que aporta sugerencias y recomendaciones para posibilitar una atención integral a personas con problemas de salud mental a fin de contribuir a mejorar la calidad de la atención, unificar criterios y facilitar la toma de decisiones por parte de los profesionales de la

salud, pacientes, familiares, cuidadores y la comunidad.

Principios Fundamentales:

- **Reconocimiento del otro como semejante:** implica reconocer al otro como auténtico otro, en tanto alteridad radical, como enuncia Levinas (1997). Reconocer a ese otro desde su singularidad siempre situada que, es a la vez, una oportunidad de acogida desde la intervención, un modo de alojar su humanidad, su existencia.
- **Construcción de Relaciones:** El diálogo debe ser entendido como un proceso que construye y reconstruye relaciones no solo entre profesionales y el paciente, sino también entre cuidadores, familia y comunidad. Como afirman las autoras, “el desarrollo de la mente colectiva está íntimamente ligado al fortalecimiento del entramado conversacional” (Costa, Perlo y de la Riestra, 2005:p.14).
- **Escucha Activa:** Fomentar una escucha que no solo capte el contenido verbal, sino que también reconozca las emociones y experiencias del otro. Es decir, habilitar una escucha sensible respecto del padecimiento del otro. Una escucha que trascienda la oralidad, reconociendo las múltiples manifestaciones respecto de lo que le sucede y que también habilite un diálogo respetuoso y asertivo desde los propios profesionales tratantes.
- **Respeto por la Diversidad:** Valorar y legitimar las diferencias de perspectiva entre quienes participan del tratamiento.
- **Valor de la autonomía vincular:** parte de poner en valor la potencia del otro, es decir lo que el otro sí está pudiendo en términos de su situación, los recursos que tiene disponible, su red de apoyo que brinda sostén y cuidado en el proceso de intervención.
- **Dimensión temporal:** implica reconocer los tiempos presentes en el tratamiento, tanto en orden a aquellos subjetivos del paciente, del equipo interviniente, del tratamiento en sí, y del anclaje institucional, que en muchos casos pauta plazos y determina requerimientos y expectativas respecto de lo esperable para cada situación.

Propuesta de implementación de una Guía de Acompañamiento para la Gestión Dialógica de cuidados en Salud Mental

Dispositivo: Grupal

Coordinación: requiere la designación de funciones dentro del equipo tratante a fin de garantizar el cumplimiento de los objetivos planteados en los tiempos previstos. La coordinación configura un equipo clave en el armado del encuentro en tanto es quien gestiona y hace posible el reconocimiento del espacio como ámbito de cuidados.

Roles:

- **Guardián de la palabra:** es quien presenta la propuesta de trabajo, coordina la actividad, enuncia los objetivos a alcanzar en el espacio, facilita la palabra entre los asistentes regulando la participación, elabora síntesis de lo trabajado.
- **Guardián del tiempo:** gestiona el uso del tiempo en función de los distintos momentos previstos para la actividad.
- **Guardián de la escritura:** lleva el registro escrito de los intercambios producidos en el encuentro, sistematizando emergentes en un documento común.

Etapas:**1. Etapa Cartográfica**

Indagación Apreciativa: Poner en común trayectorias de vida entre los participantes. ¿Qué nos trajo hasta aquí?

Facilitar a los participantes que compartan experiencias positivas de diálogo en sus vidas. Reflexionar sobre qué hizo que esas experiencias se configuren en significativas para sí mismo. ¿Por qué considera que es importante el diálogo? ¿qué posibilita? ¿cuándo se me dificulta? ¿Sé dialogar? ¿Cuáles son las actitudes necesarias para gestar diálogos de cuidados?

Campos Conversacionales*Campo 1: Polite*

- *Técnicas de Presentación:* Fomentar un ambiente amable y respetuoso donde se establezcan las bases para futuras conversaciones.
- *Dinámica de Expectativas:* Realizar ejercicios donde los participantes compartan qué esperan del proceso de cuidado y del diálogo, qué entienden por cuidados, cuáles son los cuidados y descuidos que reconocen haber recibido y dado, cuáles son las emociones presentes al trabajar el tema.

Campo 2: Controversia

- *Prácticas conversacionales básicas:* implementar la escucha atenta y el hablar cuidadoso para poder transformar los conflictos en controversias. Estas prácticas sostenidas desde el respeto por las diferencias (lo ad-verso) ayudan a maximizar los acuerdos.
- *Técnicas de Producción Grupal:* Implementar talleres donde los participantes discutan abiertamente los temas difíciles y las diferencias de opinión sean aceptadas con reciprocidad.

Campo 3: Reflexivo

- *Técnicas de Cohesión:* Utilizar dinámicas grupales que fomenten la exploración de significados compartidos y la reflexión sobre las propias emociones y pensamientos.

- *Registro de Observaciones:* Mantener un registro de las interacciones para identificar patrones de diálogo y áreas de mejora.

Campo 4: Diálogo

- *Criterios para el Fluir del Diálogo:* Promover la escucha atenta y la suspensión del juicio durante las conversaciones, permitiendo que los significados fluyan y se co-construyan desde un “pensar juntos, nuevas posibilidades”.
- *Diálogo Generativo:* Fomentar un ambiente donde se valoren las ideas de todos y se busquen soluciones creativas a los problemas.

Botiquín de cuidados. Otro recurso posible desde la potencia de la trama.

El Botiquín de cuidados es un dispositivo colectivo que en su interior reconoce procesos, saberes, prácticas, gestos, una configuración del otro y una ética de la intervención en el campo de la salud mental. Surge a partir de la experiencia que como equipo de investigación venimos llevando adelante desde la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud de la Universidad Autónoma de Entre Ríos en el marco del Proyecto de Investigación Tipo B (PI-B) “Prácticas y gestos del cuidado. Anclajes desde la formación de Enfermería” Res. N° 313/23 CS-UADER.

Dicha investigación tiene entre sus objetivos el de producir conocimientos acerca de las prácticas y gestos de cuidado en estudiantes y profesionales del campo de la enfermería, como, así también, profundizar la experiencia en las modalidades colaborativa y vivencial de investigación acerca del cuidado recuperando saberes de estudiantes del primer ciclo de la carrera de Licenciatura en Enfermería de las sedes Paraná y Concordia y de profesionales del Hospital Escuela de Salud Mental de Paraná y del Hospital Felipe Heras de Concordia.

La idea del Botiquín de cuidados emerge como construcción singular en el devenir del proceso de investigación, como una de las herramientas diseñadas en el proceso de relevamiento de datos. La palabra botiquín quiere decir pequeña caja donde se guardan medicinas y deriva de la palabra botica y esta del griego almacén. La idea del botiquín como aquel instrumental que aloja a su interior recursos posibles para curar-cuidar la vida.

En este sentido, plantear la creación de un botiquín de cuidados se vincula a construir un instrumento dinámico y situado que diseñe, promueva, recupere a su interior prácticas de cuidado para sí y para otros en el ámbito de su intervención. En este orden, se apela a una construcción colectiva que permite dotar a los equipos de salud de un bagaje de herramientas disponibles para el abordaje de situaciones de salud mental, ya sea desde abordajes individuales como grupales.

Como dispositivo reconoce dos dimensiones integradas:

- *Dimensión onto epistemológica:* que refiere a una concepción de sujeto, de salud mental y de

tratamiento fundada a una ética vincular presente en el acto de curar- cuidar.

- *Dimensión técnico instrumental:* que recupera la existencia de recursos concretos presentes en la intervención en donde el principio dialógico es parte fundante del tratamiento, y la puesta en valor de saberes a partir del reconocimiento de mejores prácticas.

Respecto de las pautas concretas para su operacionalización resulta importante:

- Construir un marco teórico- metodológico común respecto de qué se entiende por salud mental, tratamiento, lugar de los distintos actores con responsabilidad en el proceso de atención.
- Garantizar la conformación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales para la atención de situaciones vinculadas al campo de la salud mental con perspectiva en derechos humanos.
- Establecer objetivos y metas de la intervención en el corto, mediano y largo plazo así como la dirección del tratamiento, diseñando instancias de evaluación y supervisión de los tratamientos.
- Advertir respuestas posibles antes situaciones de crisis o ajustes a la estrategia de intervención inicial.
- Acordar criterios claros para la toma de decisiones dentro de los equipos.
- Pautar momentos, etapas del tratamiento con las acciones a desarrollar y participantes. Identificar quiénes son los sujetos que participan en cada intervención y reconocer las voces de todos los participantes.
- Focalizar en los equipos de salud como responsables primarios de la estrategia de salud, dirigiendo el tratamiento en términos de configurarse como facilitadores de procesos que favorece la atención y posibilitan los cuidados y la cura.
- Facilitar el diálogo desde la horizontalidad de saberes entre todos los actores intervinientes.
- Ponderar el diseño de propuestas grupales para el tratamiento de problemáticas específicas por sobre el abordaje individual.
- Generar rondas de intercambio donde poner en común el trabajo realizado convocando no solo a los equipos de salud sino también a los pacientes y su red de apoyo en el compartir de experiencias apelando a gestar comunidades de cuidados.

CONCLUSIÓN

La gestión dialógica de los cuidados en el acompañamiento en salud mental ofrece una alter-

nativa valiosa al enfoque biomédico tradicional. Integrando la conversación y el diálogo, este modelo no solo aborda los síntomas del sufrimiento mental, sino que también considera la experiencia completa del paciente. La propuesta de Seikkula y Arnkil (2019) sobre el diálogo abierto proporciona un marco sólido para implementar esta gestión, enfatizando que "el diálogo es la base para la construcción de relaciones significativas en el proceso de recuperación".

De este modo, se abre un camino hacia una atención más integral y humanizada, que respete la dignidad y los derechos de las personas en situación de sufrimiento mental, promoviendo así un enfoque colaborativo y empoderador en el tratamiento.

Esta perspectiva implica continuar problematizando con los equipos de salud las propias concepciones que subyacen al momento de diagramar la intervención, el reconocimiento de aquel que se constituye en sujeto de atención, el diseño de estrategias integrales, creativas, dinámicas, que apelen al reconocimiento de la mayor cantidad de involucrados en el proceso de la cura, y las vinculaciones establecidas entre estos.

Asimismo, supone indagar las propias concepciones en torno a la idea del cuidado, cómo lo entienden, cómo se reconocen como parte o no de ese devenir del cuidar a otro y con otros, cuáles son los componentes que nutren la idea de cuidado y cuáles son las acciones concretas que se inscriben a partir de allí en términos de intervención.

Todo ello implica abonar a modelos de atención innovadores, que pongan en el centro del tratamiento la dimensión de lo vincular, la potencia del paciente, de su red de apoyo y del equipo tratante, que interpela prácticas hegemónicas y discursos medicalizantes y anuladores de la singularidad para abonar a la dimensión humana y vital del cuidado desde una mirada compleja de la salud mental.

Asimismo, impone en el ámbito organizacional, acompañar estos movimientos, dando lugar a estos otros modos posibles, y necesarios, de construir la atención los cuidados, abonando a que forme parte del diseño de las agendas institucionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Angelino, M. A. (2014). *Mujeres intensamente habitadas. Ética del cuidado y discapacidad*. Editorial Fundación La Hendija.

Bardet, M. (2019). *Hacer mundos con gestos*. Buenos Aires: Cactus.

Batthyány, K. (2020). Miradas latinoamericanas al cuidado en K. Batthyány (Coord.), *Miradas latinoamericanas al cuidado*. CLACSO; Siglo XXI, 11-52.

Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Trotta.

- Boff, L. (2002). *El cuidado esencial. Ética de lo humano, compasión por la tierra*. Trotta.
- Carmona Gallego, D. (2023). Masculinidades y ética del cuidado. *Polisemia*, 19(36), 4–20.
- Carmona Gallego, D. (2022). Percepciones sobre el cuidado en personas adultas con discapacidad intelectual de un centro de día argentino. *Revista Reflexiones*, 103(1), 1–31. <https://doi.org/10.15517/rr.v103i1.52223>
- Carmona Gallego, D. (2021). Vulnerabilidad, ética del cuidado y enfoques ecosistémicos. Fundamentos ontológicos y éticos para el cuidado de sí, de los otros y de la naturaleza. *De prácticas y discursos*, (10), 15.
- CEPAL. (2021). *Hacia la sociedad del cuidado: los aportes de la Agenda Regional de Género en el marco del desarrollo sostenible*. Naciones Unidas.
- Comins Mingol, I. (2009). *Filosofía del cuidar: una propuesta coeducativa para la paz*. Icaria.
- Costa, L. (2019). Tejiendo la trama, conversaciones entre la negociación y el diálogo en C. Perlo y L. Costa (Coord.), *Saber estar en las organizaciones: una perspectiva centrada en la vida, el diálogo y la afectividad*. Fundación La Hendija.
- Cullen, C. (2019). *Ética ¿dónde habitas?*. Editorial Las cuarenta.
- Davis, A. (2005). *Mujeres, raza y clase*. Akal.
- De la Aldea, E. (2019). *Los cuidados en tiempos de descuido*. LOM.
- Duffy, M. (2007). Doing the dirty work: Gender, race, and reproductive labor in historical perspective. *Gender & Society*, 21(3), 313-336.
- Ehrenreich, B. y English, D. (1981). *Brujas, parteras y enfermeras. Historia de sanadoras*. Editorial La Sal.
- Eisler, R. (1990). *El cáliz y la espada: nuestra historia, nuestro futuro*. Cuatro vientos.
- Esquirol, J. M. (2021). *Humano, más humano*. Acantilado.
- Esquirol, J. M. (2019). *La resistencia íntima. Ensayo de una filosofía de la proximidad*. Acantilado.
- Faur, E. (2019). *El cuidado en el siglo XXI: Mujeres malabaristas en una sociedad-desigual*. Siglo XXI.
- Fisher, B. y Tronto, J. (1990). Toward a Feminist Theory of Caring en E. Abel y M. Nelson (Eds.), *Circles of Care* (pp. 36-54).SUNY Press.
- Foucault, M. (2003). *La ética del cuidado de sí como práctica de la libertad*. Paidós.

- Fuks, S. (1998). Transformando las Conversaciones acerca de las Transformaciones. *Psykhé*, 7(2). <https://ojs.uc.cl/index.php/psykhe/article/view/21033>
- Gattino, S., y Chacarelli, M. E. (2021). El cuidado como política, ética centrada en la vida en W. Uranga (Comp.), *Políticas Sociales: estrategias para construir un nuevo horizonte de futuro*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación.
- Gilligan, C. (1987). *La moral y la teoría. Psicología del desarrollo femenino*. Fondo de Cultura Económica.
- Glenn, E. (1992). From servitude to service work: Historical continuities in the racial division of paid reproductive labor. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 18, 1-43.
- Han, B. Ch. (2020). *La desaparición de los rituales: Una topología del presente*. Editorial Herder.
- Hirata, H. (2018). Subjetividad y sexualidad en el trabajo de cuidado En N. Borgeaud-Garciandía (Comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 103-116). Fundación Medifé.
- Hooks, B. (2017). *El feminismo es para todo el mundo*. Traficantes de Sueños.
- Jelin, E. (2010). *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Fondo de Cultura Económica.
- Kipen, E., Marmet, M. L., Delsart, M. E., Aparicio, V., Suarez, M., y Florenza, A. (2023). Reco- rriendo las tramas institucionales del cuidado: Investigación colaborativa en torno al cuerpo y el cuidado. *Ciencia, Docencia y Tecnología Suplemento*, 13(14), 387-425.
- Laugier, S. (2015). The Ethics of Care as a Politics of the Ordinary. *New Literary History*, 46(2), 217-240.
- Lévinas, E. (1997). *Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad*. Sigueme
- Lévinas, E. (2000). *Ética e infinito*. Machado libros.
- Lupica, C. (2014). *Recibir y brindar cuidados en condiciones de equidad: desafíos de la protección social y la protección social en Argentina*. OIT.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Granica.
- Maturana, H. y Verden-Zöhler, G. (2011). *Amor y juego: fundamentos olvidados de lo humano. Desde el patriarcado a la democracia*. Editorial Granica.
- Maxwell, J. A. (2013). *Qualitative research design: an interactive approach*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Menéndez, E. (1984). El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una

fundamentación teórica del modelo de autoatención en salud. *Arxiu d'Etnografia de Catalunya*, 3, 83-119.

Molinier, P. (2018). El cuidado puesto a prueba por el trabajo. Vulnerabilidades cruzadas y saber-hacer discretos En N. Borgeaud-Garciandía (Comp.), *El trabajo de cuidado* (pp. 178-210). Fundación Medifé.

Molinier, P. (2011). *El trabajo y la ética del cuidado*. La Carreta Editores.

Morin, E. (2009). *Introducción al pensamiento complejo*. Editorial Gedisa.

Mujica, J. (2009). *La casa y otros ensayos*. Editorial Vaso Roto.

Najmanovich, D. (2021). Ciudadanía. Ecología de saberes y cuidados En E. Duering. y L. Cufré, L. (Comps), *El tejido social en las calles sin nombre* (pp. 236-250). Editorial Tirant lo Blanch.

Najmanovich, D. (Diciembre de 2019). "Ciudadanía: ecología de los saberes y los cuidados". Conferencia de las XVI Jornadas Nacionales de la Red de Psicopedagogía, Argentina.

Noddings, N. (2003). *Caring. A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. University of California Press.

Organización Panamericana de la salud. (s.f.). Alma-Ata: 25 años después. <https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops/alma-ata-25-anos-despues>

Perlo, C. y Costa, L. (2019). Hacia una ética dialógica-ecológica, más allá del paradigma crítico En C. Perlo y L. Costa (Coord.), *Saber estar en las organizaciones: una perspectiva centrada en la vida, el diálogo y la afectividad* (pp. 169-179). Editorial Fundación La Hendija.

Perlo, C., De la Riestra, M. R., y Costa, L. (2009). Presentación. Investigar el mal-estar, construir el saber estar para generar bienestar en nuestros contextos organizativos. *Revista IRICE-Nueva Época*, 20, 7-13.

Pié Balaguer, A. (2019). *La insurrección de la vulnerabilidad. Para una pedagogía de los cuidados y la resistencia*. Ediciones de la Universidad de Barcelona.

Rico, M. y Maldonado Valera, C. (2011). ¿Qué muestra la evolución de los hogares sobre la evolución de las familias en América Latina? en M. Rico y C. Maldonado Valera (Ed.), *Las familias latinoamericanas interrogadas. Hacia la articulación del diagnóstico, la legislación y las políticas*. Naciones Unidas.

Atención en salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina: aportes para una práctica situada

Health care, cultural diversity, and migration in Latin America: contributions to a situated practice

Dra. Gimena Pérez Caraballo (*)

(*) Doctora en Psicología. Profesora del Diplomado en Salud mental y apoyo psicosocial con personas migrantes en Latinoamérica, OIM – El Colegio de la Frontera Norte (Universidad de Tijuana). E-mail: gimenaperezcaraballo@gmail.com



Fecha de recepción: 20 de marzo de 2026
Fecha de aceptación: 30 de abril de 2026

RESUMEN

Este artículo de divulgación presenta aportes derivados de una investigación doctoral realizada en la frontera Uruguay-Brasil, en la cual se analiza cómo la diversidad cultural y lingüística atraviesa las prácticas de salud en contextos fronterizos. El análisis y la discusión se nutren además de debates sobre salud, diversidad cultural y migraciones en América Latina, incorporando enfoques de derechos humanos, género e interculturalidad. Los resultados destacan que la atención en salud en estos territorios requiere de competencias que exceden lo técnico, integrando dimensiones relacionales y lingüísticas como el uso del portugués para garantizar la comprensión mutua. A partir de este diálogo, el artículo desarrolla recomendaciones orientadas a fortalecer prácticas de atención situadas y culturalmente pertinentes. Estas contribuciones se proponen como marcos clave para la intervención comunitaria y la formación profesional en contextos territoriales marcados por la movilidad humana y la diversidad cultural.

Palabras claves: frontera; diversidad cultural; interculturalidad; atención en salud; migraciones

ABSTRACT

This article presents insights derived from doctoral research conducted in the Uruguay–Brazil border region, analyzing how cultural and linguistic diversity shapes health practices in frontier contexts. The analysis and discussion are further informed by debates on health, cultural diversity, and migration in Latin America, incorporating human rights, gender, and interculturality perspectives. The findings highlight that health care in these territories requires competencies that go beyond technical skills, integrating relational and linguistic dimensions such as the use of Portuguese to ensure mutual understanding. Based on this dialogue, the article develops recommendations aimed at strengthening situated and culturally responsive care practices. These contributions are proposed as key frameworks for community intervention and

professional training in territorial contexts shaped by human mobility and cultural diversity.

Keywords: border; cultural diversity; interculturality; health care; migration

INTRODUCCIÓN

Las fronteras constituyen espacios particularmente complejos, atravesados por relaciones de poder, disputas de soberanía, movilidades y formas diversas de intercambio económico, social, cultural y lingüístico por lo cual su análisis exige ir más allá de una comprensión que la restrinja a un simple margen geográfico o línea divisoria entre dos Estados. Si bien, desde una mirada más clásica, la frontera ha sido definida como límite entre Estados y como demarcación territorial de soberanías diferenciadas (Foucher, 1991; Malgesini y Giménez, 2000), otros enfoques han insistido en su carácter ambivalente, en tanto espacio que separa y al mismo tiempo articula, comunica y habilita intercambios (Bentancor, 2009; Leenhardt, 2002; Odgers, 2001). Sin embargo, esa discusión constituye solo un punto de partida ya que resulta fundamental pensar las fronteras en cuanto configuraciones históricas y políticas cambiantes, atravesadas por objetos, dispositivos, símbolos, controles, infraestructuras y sentidos que delimitan de manera más o menos porosa quiénes pueden circular, en qué condiciones y con qué grado de legitimidad (Mezzadra y Neilson, 2017).

Las fronteras contemporáneas operan también mediante formas móviles, flexibles y heterogéneas de regulación y diferenciación. Resulta entonces necesario desplazar la mirada de las oposiciones rígidas entre adentro y afuera, inclusión y exclusión, para atender a los modos en que las fronteras producen jerarquías, regulan movilidades y organizan la vida social en contextos específicos. De hecho, su forma lineal, trazado, rituales de cruce y modalidades de reconocimiento forman parte de procesos políticos contingentes, ligados al ejercicio del poder soberano y a la administración de poblaciones y movimientos. Los estudios críticos sobre migración y fronteras en América Latina han mostrado que las fronteras siguen cumpliendo una función central en la configuración del mundo contemporáneo. Hoy, estos espacios, que pueden ser comprendidos como formaciones de poder, aparecen atravesados por patrones cambiantes de movilidad, por dispositivos de control cada vez más sofisticados y por luchas migrantes que disputan esas formas de regulación (Álvarez Velasco, 2017; Aquino Moreschi et al., 2013; Balibar, 2005; Domenech et al., 2020).

La investigación que sustenta el presente artículo se sitúa en la frontera entre Uruguay y Brasil, un espacio que puede ser caracterizado culturalmente y lingüísticamente *híbrido* (Pérez Caraballo, 2014). Dicha pesquisa fue desarrollada entre 2011 y 2014, y se centró en el análisis de la actividad y de las competencias profesionales de las y los trabajadores de la salud. Aquí, la atención sanitaria requiere ser analizada en articulación con dimensiones sociales, culturales y lingüísticas que configuran las condiciones concretas de la actividad profesional. Por ello, se buscó comprender cómo las y los profesionales que trabajan en esta frontera abordan la complejidad de este territorio, atendiendo específicamente al tipo de competencias que podrían ser desarrolladas para responder a las necesidades de la pobla-

ción fronteriza que acude a los servicios sanitarios.

Los marcos de referencia de las personas usuarias pueden diferir de los de los propios profesionales y de los supuestos institucionales que organizan la atención, generando situaciones que requieren competencias específicas. En este sentido, la frontera deja de operar como un simple telón de fondo geográfico para constituirse en una dimensión activa del desarrollo de las prácticas sanitarias. El artículo propone así una lectura situada de estas prácticas, atenta a las facilidades, dificultades y a las formas de saber que emergen en territorios donde la diversidad cultural y lingüística no es una excepción, sino la condición misma de la atención.

ESTADO DEL ARTE Y ASPECTOS CONTEXTUALES

La investigación comporta un enfoque interdisciplinario para abordar el objeto de estudio, centrado en la actividad y en las competencias profesionales que se desarrollan en el ámbito de la salud, articulando aportes provenientes de distintos campos de conocimiento. En particular, se hizo hincapié en las contribuciones de la ergonomía de lengua francesa (Leplat, 1997; Malglaive, 1995; Montmollin, 1996), de la teoría de los campos conceptuales (Acioly, 1994; Vergnaud, 1996), del campo de la didáctica profesional (Pastré, 2007; Mayen, 2008, 2012), de la Clínica de la Actividad (Clot, 1995, 2004, 2007, 2008; Lhuillier, 2002), inspirada en la Escuela Rusa de Psicología, y de los estudios en interculturalidad (Abdallah-Pretceille, 1996; Clanet, 1990; Cohen-Emerique, 2011; Marandon, 2008).

El concepto de competencia constituye un eje central de este trabajo. Su definición no es unívoca y presenta un carácter polisémico, atravesado por distintas tradiciones teóricas a lo largo del tiempo. Lejos de ser entendidas como una simple suma de recursos, las competencias se abordan aquí en relación con la actividad en la que se expresan, desplazando el foco desde los atributos del sujeto hacia los procesos que organizan su acción en situaciones sociales concretas. En ese sentido, el concepto de actividad resulta central ya que ésta, independientemente de las condiciones o la forma en las que se desarrolle, no puede ser comprendida fuera de los vínculos sociales y de la vida en sociedad (Leontiev, 1976, 1984).

En diálogo con la tradición histórico-cultural del psiquismo, las situaciones de trabajo son espacios con potencial de desarrollo, en los que las competencias se construyen en la experiencia misma de la actividad (Mayen, 2008, 2012). La actividad, concebida como un proceso dinámico y como una unidad de intercambio social que no se limita a la tarea prescrita ni a la tarea realizada, incluye también aquello que no se puede hacer, lo que se intenta, lo que se hubiera querido o podido hacer, lo que se evita (Clot, 2007; Lhuillier, 2002).

El análisis de las competencias profesionales requiere ir más allá de las dimensiones técnicas, para incluir capacidades de adaptación, creatividad, escucha, responsabilidad, autonomía y trabajo colectivo (Aubrun y Orofiamma, 1990). Estos aspectos adquieren particular relevancia en contextos atravesados por la diversidad cultural, donde las aproximaciones interculturales subrayan la importancia de la descentración respecto del propio marco de referencia como condición para comprender al otro y ajustar las prácticas profesionales (Abdallah-Pretceille, 1996;

Cohen-Emerique, 2011). En el ámbito de la salud, ello implica atender las especificidades de las personas usuarias para construir intervenciones más pertinentes, situadas y eficaces.

Distintos estudios sobre la región fronteriza Uruguay-Brasil han destacado la especificidad de este espacio, marcado por dinámicas sociales, culturales y lingüísticas propias (Aveiro, 2006; Bontempo, 2013; Da Silva, 2009; Pérez Caraballo, 2011; Persia, 2010). A lo largo de sus 1.068 kilómetros (Golin, 2004), que combinan tramos de frontera seca (319 km) y fluvial (749 km), este espacio se configura como un caso especialmente fértil para pensar la frontera no sólo como límite soberano, sino como espacio híbrido y relacional. Allí, la proximidad geográfica, la libre circulación y los intercambios sociales configuran una cultura fronteriza específica. La frontera funciona, en muchos tramos, menos como barrera rígida que como espacio de contacto permanente, aunque sin borrar las asimetrías, jerarquías y diferencias que atraviesan la vida en común.

Se configura así una realidad binacional singular dado que quienes viven en este entramado cultural expresarían un *ethos* fronterizo propio, forjado en la integración cotidiana entre dos Estados (Bento, 2012). Esta condición se expresa en la configuración urbana de las ciudades fronterizas, donde la separación entre un país y otro puede estar marcada por un río o apenas una calle. En ciertos tramos, el límite se vuelve casi imperceptible, y la línea que divide ambos Estados atraviesa calles y barrios sin interrumpir la continuidad de la vida cotidiana, dando lugar a un espacio compartido, habitado por una población que construye sus prácticas en clave binacional. Las dinámicas locales no siempre se ajustan a los ritmos ni a las lógicas de las capitales nacionales, sino que se organizan a partir de acuerdos y formas de regulación propias, tanto formales como informales.



Fuente: Foto realizada por la autora.

Foto 2: Av. Brasil en Chuy - Uruguay (derecha) / Av. Uruguai en Chuí – Brasil (izquierda)



Fuente: Foto realizada por la autora.

Durante el período en que se desarrolló esta investigación, el uso de servicios de salud a ambos lados de la frontera formaba parte de una dinámica favorecida por la proximidad geográfica y la cohabitación en un mismo espacio urbano. La circulación de las personas entre ambas ciudades podía extenderse también a la búsqueda de atención en el país vecino, particularmente cuando allí encontraban respuestas más accesibles o disponibles frente a necesidades concretas (Da Silva, 2009). No obstante, su desarrollo estaba condicionado por marcos legales, administrativos y políticos que no siempre lograban acompañar la realidad en estos territorios, dando lugar a una dinámica en la que las prácticas sociales desbordaban, en parte, las regulaciones existentes (Gallo et al., 2004).

En paralelo, se observaba la disposición por parte de los centros de salud de ambos países para avanzar hacia formas de complementariedad en la prestación de servicios. Esta articulación se apoyaba, entre otros factores, en la cercanía entre las instituciones sanitarias, lo que facilitaba el acceso a prestaciones específicas y reducía la necesidad de desplazamientos hacia centros más distantes. Sin embargo, pese a estos avances y a la existencia de iniciativas de cooperación binacional (Aveiro, 2006; Bontempo, 2013), persistían limitaciones que dificultaban el desarrollo sostenido de estos intercambios, especialmente en lo relativo a la habilitación profesional y al reconocimiento de credenciales. De este modo, la atención en salud se configuraba como un campo atravesado por desfases entre prácticas de integración que emergían en la vida cotidiana y marcos regulatorios que no siempre lograban acompañarlas.

Por su parte, la dimensión lingüística adquiere un lugar central, dada la coexistencia del español y el portugués como lenguas estándar, junto con variedades locales como *el Português Gaúcho da Fronteira* y *el Português del Uruguay*, conocido popularmente como portuñol. Esto da lugar a un escenario plurilingüe en el que las prácticas comunicativas están permeadas por

relaciones de poder y de prestigio. Mientras algunas variedades se asocian a la escolarización formal, a las instituciones, otras son objeto de desvalorización y estigmatización. Estas jerarquías lingüísticas no solo organizan los modos de hablar, sino que inciden en la construcción identitaria generando, en ciertos casos, distanciamiento o invisibilización de la propia lengua.

La situación del lado uruguayo de la frontera ha sido ampliamente estudiada en el campo de la lingüística y la sociolingüística, donde se ha evidenciado la complejidad de este espacio lingüístico y la necesidad de abordarlo más allá de categorías simplificadoras (Barrios, 2009; Behares, 2007; Carvalho, 2003, 2007). El denominado *Portugués del Uruguay* ha sido conceptualizado como un continuo dialectal cuyos polos son el portugués rural uruguayo y el portugués estándar brasileño, con variaciones que dependen de la pertenencia social de las/os hablantes y de las situaciones de interacción, incorporando además influencias del español en distintos niveles del sistema lingüístico (Carvalho, 2003, 2007).

El paisaje lingüístico fronterizo no puede comprenderse en términos de oposición entre lenguas, sino como un campo dinámico en el que coexisten y se articulan diferentes formas de uso. Del lado uruguayo, el español suele asociarse a la norma legítima y a la identidad nacional, mientras que las variedades locales del portugués han sido históricamente vinculadas a espacios sociales subalternizados, aunque esta relación no es homogénea ni estática y presenta variaciones según contextos y trayectorias (Barrios, 2009; Carvalho, 2007).

Resulta fundamental precisar que el término *portuñol* no remite a una realidad homogénea, sino a un conjunto de prácticas lingüísticas diferenciadas. Bajo esta denominación coexisten, por un lado, un continuo dialectal propio de la región; por otro, formas de interlengua que emergen en procesos de adquisición de una segunda lengua; y, finalmente, usos estratégicos de mezcla lingüística orientados a garantizar la comunicación en situaciones de contacto (Pérez Caraballo, 2011, 2014). Esta distinción permite superar la idea de mezcla como categoría explicativa única y habilita una comprensión más precisa de la complejidad sociolingüística de esta frontera, así como de su incidencia en la construcción identitaria y en la configuración de las relaciones sociales.

METODOLOGÍA

La investigación fue de carácter cuantitativo-cualitativo, y sustentada en la perspectiva histórico-cultural del psiquismo liderada por Vygotski (1925, 1931, 1934) y en los desarrollos de la Clínica de la Actividad (Clot, 1995, 2004, 2007, 2008; Litim, 2012). Este trabajo se llevó a cabo en Chuí (Brasil) / Chuy (Uruguay), Sant'Ana do Livramento (Brasil) / Rivera (Uruguay), y Masoller (Uruguay) con personal médico, personal de enfermería y auxiliares de servicio. La selección de estas categorías respondió a su carácter representativo dentro del sistema de salud y a la posibilidad de abarcar distintos niveles de escolarización formal y responsabilidades dentro del ámbito.

Se trató de una investigación de carácter etnográfico, basada en observaciones y entrevistas en terreno. Además, se utilizó un cuestionario socioprofesional y se implementaron entrevis-

tas de instrucción al doble y entrevistas de autoconfrontación, ampliamente utilizadas por la perspectiva de la Clínica de la Actividad para el análisis de situaciones profesionales.

La muestra se compuso de 208 participantes, de los cuales 149 se desempeñaban en el lado uruguayo de la frontera y 59 en el lado brasileño. La selección se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, basado en criterios de accesibilidad y disponibilidad. La distribución de la muestra evidencia una mayor participación de profesionales del lado uruguayo en comparación con el brasileño, lo que se vincula, por un lado, con diferencias en la disponibilidad de profesionales en cada contexto y, por otro, con condiciones específicas del período en que se llevó a cabo la investigación.

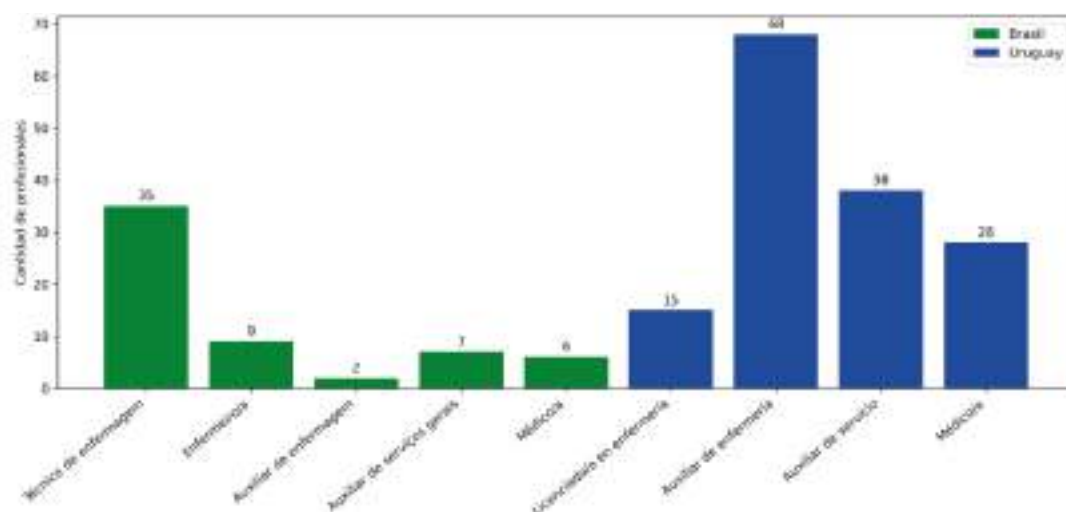
RESULTADOS

En lo que respecta a los datos cuantitativos, fueron analizados mediante el test de independencia de Chi-cuadrado, utilizando los programas SPAD (Système Portable pour l'Analyse de Données) y SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), así como el método de Análisis Estadístico Implicativo (ASI). En cuanto a los datos cualitativos, se llevó a cabo un análisis clínico-interpretativo de la actividad profesional y de las competencias que se desarrollan en relación con las particularidades del contexto fronterizo.

En el siguiente gráfico se observa la distribución de los 208 profesionales de la salud, según ocupación y país.

Gráfico N° 1

Distribución de profesionales de salud por categoría y país.



Fuente: elaboración propia

En relación con las prácticas profesionales relevadas en este contexto, se observa que, profesionales de salud de ambos lados de la frontera despliegan estrategias orientadas a sostener la comprensión mutua, entre ellas, se destaca el uso del lenguaje no verbal:

E1B²: *“a gente se compreende. Algumas coisas, o que não dá, eu peço pra eles repetir ou até transformar em portunhol”.*

E2B: *“mesmo que a gente tenha que perguntar no nosso portunhol. E eles se tocam, né? se expressam, né? Através do toque, através do olho, das mãos”.*

Otra estrategia central identificada es el uso del portuñol, tanto como medio de comunicación como en su calidad de continuo dialectal.

E3U: *“yo generalmente les respondo en español, pero si es una persona que está muy cerrada... eh... trato de ponerme a la par de la situación y hablarle el portuñol [...] como que la persona se relaja [...] hay una confianza”.*

E4U: *“vos tenés que hablarle de la misma manera de ellos [...] entonces hablando español no hay comunicación, pero en portuñol si, ahí te comunicas mejor”.*

E5U: *“acá tenemos la influencia de la frontera [...] entonces yo tengo que ir más al portugués [...] porque sino no nos vamos a entender [...] la persona me va a entender mal, va a cumplir mal el tratamiento”.*

E6B: *“eu costume, se vejo é uruguaio, falo em espanhol [...] É automático já”.*

Estos relatos sugieren que el contexto fronterizo favorece el desarrollo de repertorios lingüísticos flexibles, incluso en profesionales que se identifican como monolingües. Estas prácticas se articulan con procesos de descentración, entendidos como la capacidad de ajustarse al marco de referencia de las personas usuarias de servicios de salud.

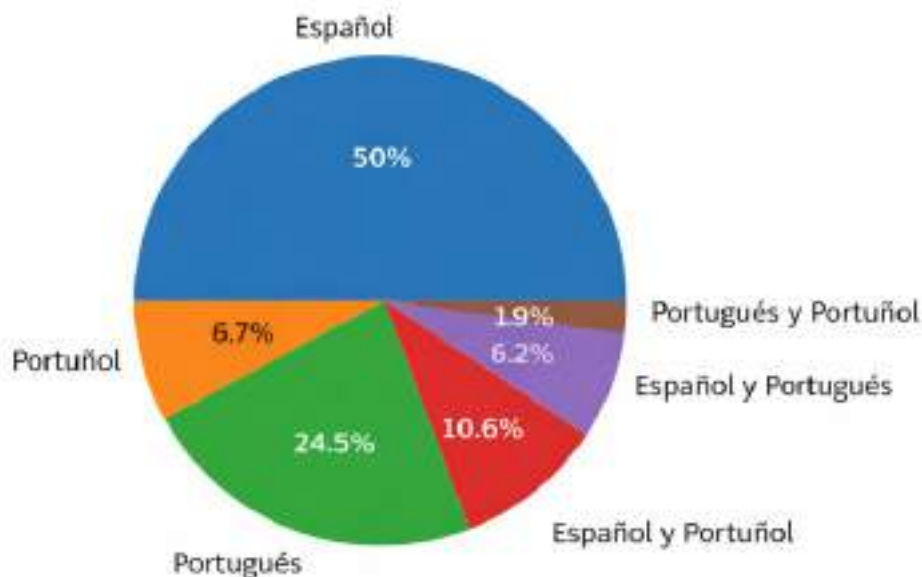
E7U: *“me parece que hay que generar un buen entorno en la consulta, de empatía también con el paciente, ponerse en el lugar del paciente y no tan tan aislado el médico paciente sino ser una realidad más uniforme ¿no?”.*

E8U: *“yo trato siempre de irme a la parte técnica [...] no en marcas de medicamentos”.*

En cuanto a las trayectorias lingüísticas, los datos muestran que la mayoría de la muestra presenta algún grado de dominio de la lengua del país vecino. En el lado brasileño, de 59 profesionales, 8 se identifican como bilingües, mientras que el resto declara el portugués como lengua materna. En el lado uruguayo, predomina el español, observándose mayor presencia de bilingüismo entre médicos/as (21%) y enfermeros/as (25%). Asimismo, el portuñol como lengua materna aparece exclusivamente en el lado uruguayo, especialmente entre auxiliares de servicio y enfermeros/as.

2 La letra “E” corresponde a entrevista, el número indica el orden de la entrevista realizada, y la letra “B” o “U” refiere al país en el que esta fue llevada a cabo (Brasil o Uruguay, respectivamente).

Gráfico 2: Lengua materna de la muestra



Fuente: elaboración propia

En conjunto, estos resultados muestran que la atención en salud en la frontera implica el despliegue de competencias que exceden lo estrictamente técnico y que integran dimensiones lingüísticas, relacionales y contextuales. Estas se expresan en prácticas concretas, como el uso de distintos registros lingüísticos, la adaptación al marco de referencia del paciente y la movilización de recursos verbales y no verbales para sostener la interacción.

Los datos permiten matizar la idea de que la diversidad lingüística constituye únicamente un desafío para la práctica profesional. En efecto, se observa que 50 personas (23% de la muestra) declaran encontrar dificultades en este contexto plurilingüe, mientras que el resto de la muestra (76%) no identifica dificultades.

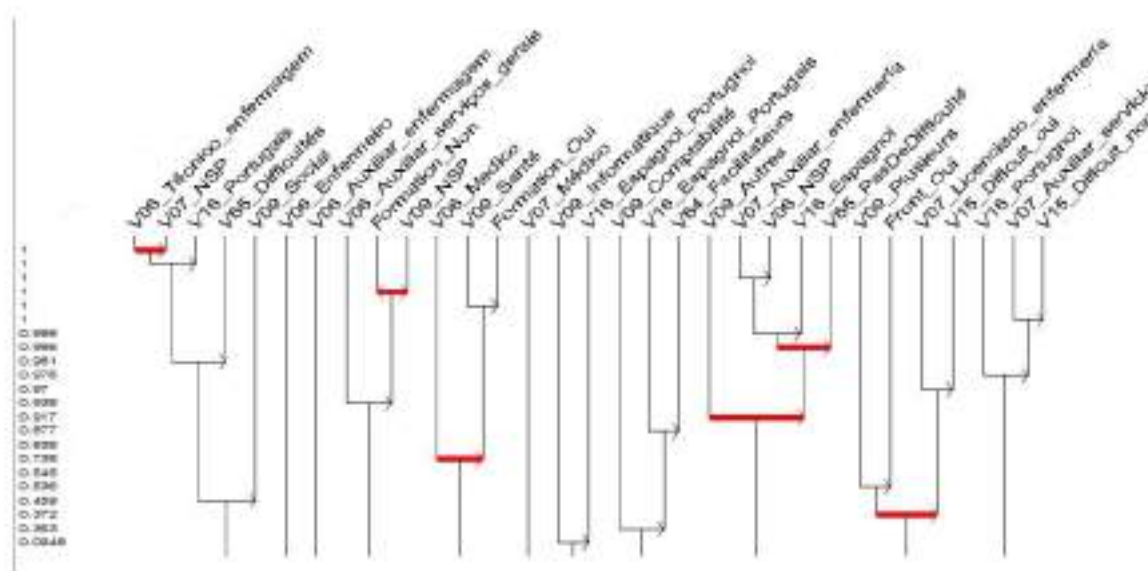
Entre quienes señalan que la diversidad lingüística facilita su práctica profesional, esta se vincula principalmente con la comunicación con el paciente. Asimismo, se observa que algunos/as profesionales mencionan que el plurilingüismo facilita el contacto que se establece entre ellos y las personas usuarias. Se identifican otras facilidades, asociadas al contacto con distintas culturas y al aprendizaje de otras lenguas. La diversidad lingüística aparece aquí como una oportunidad para entrar en relación con otras culturas y desarrollar competencias lingüísticas más allá de la lengua materna.

Los datos muestran que quienes reportan mayores dificultades son las personas cuya lengua materna es el portugués (45%). En cambio, quienes tienen como lengua (s) materna (s) el español, el portuñol o la combinación español-portugués reportan menos dificultades. Dicho de otro modo, las personas hablantes nativas de portuñol presentan los niveles más bajos de dificultad (14%), seguidas por aquellas que tienen el par “español-portugués” como lenguas

maternas (15%). Asimismo, los datos indican que, para las personas nativas de esta variedad lingüística, la diversidad lingüística no solo no dificulta la actividad profesional, sino que incluso tiende a facilitarla.

Los resultados obtenidos mediante el método de Análisis Estadístico Implicativo³ indican además una asociación entre el portuñol y el personal auxiliar de servicio. Esto confirma las observaciones realizadas en el terreno, en la medida en que este grupo profesional del lado uruguayo de la frontera presenta un uso más extendido del portuñol.

Gráfico 3: Clasificación jerárquica orientada (árbol cohesitivo: modelo clásico)



Fuente: elaboración propia

Al mismo tiempo, esta relación se vincula con otras similitudes, como la asociación de estos/as profesionales con la ausencia de dificultades, así como con el hecho de no haber realizado otras formaciones. A su vez, los y las licenciadas en enfermería de Uruguay son quienes presentan mayor asociación con la experiencia de facilidades lingüísticas en este contexto.

Los resultados indican que se trata de un contexto que favorece el desarrollo de competencias que exceden las dimensiones técnicas. Este contexto también permitiría ampliar las competencias profesionales en un sentido más general. Para una parte de los/as profesionales, el espacio fronterizo funciona como una situación potencial de desarrollo (Mayen, 2008, 2012). Sea por la falta de recursos, por empatía o por humanidad, muchas veces se va más allá de la tarea prescripta y/o de las competencias técnicas para asegurar la calidad en la atención en salud.

E3U: “no te preparan para eso... va un poco en la impronta personal porque de repente yo

3 Este método se concibe como un campo teórico centrado en el concepto de cuasi-implicación estadística (Gras et al., 2009) y se operacionaliza mediante el software C.H.I.C (Clasificación Jerárquica Implicativa y Cohesitiva), que permite establecer relaciones de implicación, cohesión y similitud entre las diferentes variables que forman parte de un estudio.

puedo decir “bueno, ta en eso yo no me meto, no me corresponde, lo mío es tomate la pastillita a tal hora y que te vaya bien”. Pero a mi manera de ver y a mi manera de ser, bueno, hay que ser, ir un poquito más más allá. [...] Hay pacientes que yo ya conozco su caminar, cuando yo veo que viene caminando de tal manera, yo ya sé que viene con algún problema, ahí ya sé que tengo que incorporar el psicólogo antes de más nada ¿no? Porque eso es otra cosa, somos un poco de cada cosa, pasamos del limpiador hasta el sostén ante una situación emocional de una persona”.

E9U: “ese es el tema, que nosotros somos médicos generales, pero en el medio rural también sos pediatra, entonces mucha gente le huye a las guardias del interior por eso mismo, porque en casi ninguna puerta de emergencia de salud pública hay pediatra de guardia y ahí solucionas todo tú, sos traumatólogo, ginecólogo, pediatra, psicólogo [...] todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí”.

E9U: “ese es el tema, que nosotros somos médicos generales, pero en el medio rural también sos pediatra, entonces mucha gente le huye a las guardias del interior por eso mismo, porque en casi ninguna puerta de emergencia de salud pública hay pediatra de guardia y ahí solucionas todo tú, sos traumatólogo, ginecólogo, pediatra, psicólogo [...] todo lo que te guste lo podés desarrollar ahí”.

E10B: “termino desenvolvendo outras competências que não são minhas de técnica de enfermagem, [...] por exemplo, avaliar um paciente”.

E11U⁴: “Muchas veces los pacientes ya buscaron otras formas de curarse, tomando alguna infusión curativa, yendo a ver alguien que los santigüe, sobre todo para los casos de culebrilla¹”.

Finalmente, el contexto parece desempeñar un papel central en el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas. Del mismo modo, la ampliación de la actividad profesional se vincula con la noción de *trabajo bien hecho*, en tanto, más allá de la falta de recursos y de otras variables que intervienen, los/as profesionales logran resolver la diversidad de situaciones que se presentan en la práctica cotidiana, desarrollando otras formas de actuar para asegurar una atención adecuada.

DISCUSIÓN

Globalmente, se configura como un espacio fronterizo en el que los/as profesionales del ámbito de la salud recurren al uso del lenguaje no verbal, a la solicitud de ayuda a un/a colega, a la utilización del nombre de los principios activos de los medicamentos, a la consideración de las condiciones de vida de las personas usuarias, al hablar de forma pausada y clara y al uso de un registro lingüístico comprensible.

Estas prácticas se inscriben en lo que podríamos llamar *competencias de descentración, relacionales y lingüísticas*, impulsadas por un contexto híbrido que actúa como potenciador de habilidades, competencias e iniciativas que exceden las prescripciones del oficio. Las diferencias culturales y lingüísticas se configuran como una oportunidad para el enriquecimiento y la

⁴ Es el caso del herpes zóster, conocido en algunos lugares como “culebrilla”. Se trata de una erupción cutánea de origen infeccioso. En el marco de creencias populares, esta afección se asocia a la forma de una serpiente y se sostiene que si se unen sus extremos, la vida de la persona corre peligro. A partir de estas interpretaciones, algunas personas tienden a privilegiar prácticas de cuidado basadas en rezos y/o preparados caseros.

ampliación de la actividad profesional, en la medida en que el propio contexto favorece el despliegue de respuestas situadas que aseguran una atención con enfoque intercultural y de derechos humanos.

Aquí la comunicación empática, cercana y confiable adquiere centralidad como competencia transversal ya que supone la capacidad de reconocer a la persona usuaria como sujeto situado, cuyas referencias culturales, condiciones de vida y trayectorias influyen en la comprensión de la salud en cuanto proceso de salud, enfermedad atención y cuidado (PSEAC).

La centralidad de estas competencias permite, a su vez, reconocer la coexistencia de distintas concepciones vinculadas a los PSEAC, en función de creencias, prácticas y valores, así como la diversidad de modos de atención presentes en cada territorio. En este sentido, se destacan la biomedicina, que ocupa un lugar central en la organización institucional de los sistemas de salud, la medicina tradicional o popular, las medicinas alternativas o paralelas, las tradiciones médicas no occidentales y la autoatención (Menéndez, 2003).

Esta coexistencia no resulta excepcional, sino estructural en contextos latinoamericanos marcados por la diversidad cultural y por dinámicas de movilidad humana que no solo reconfiguran la composición de las poblaciones atendidas, sino que también habilita la ampliación de los repertorios de prácticas y saberes profesionales.

El reconocimiento de la diversidad de modelos de atención se vincula directamente con la posibilidad de garantizar una atención más pertinente, accesible y respetuosa de los derechos de las personas usuarias. Esto implica incorporar herramientas comunicacionales y relacionales, y sobre todo revisar críticamente los supuestos que organizan la práctica profesional y los modos en que se legitiman ciertos saberes en detrimento de otros.

En este punto, la discusión sobre los modelos de atención se vincula con el acceso efectivo a la salud como derecho, reconocido en diversos instrumentos internacionales. Según la Organización Mundial de la Salud (2022), las personas migrantes y refugiadas se ven expuestas a los mismos determinantes de la salud que afectan al conjunto de la población. Sin embargo, las condiciones presentes a lo largo de todo el ciclo migratorio (origen, tránsito, destino y retorno) pueden implicar niveles adicionales de complejidad que, en interacción con otros factores, dan lugar a vulnerabilidades específicas con impacto en la salud. Estas configuraciones se inscriben en un escenario global caracterizado por la presencia sostenida de población migrante.

Gráfico 4: La migración en el mundo

Migrantes internacionales	281 millones	de migrantes internacionales en 2020 (el 3,6% de la población mundial)
Mujeres	135 millones	de migrantes internacionales de sexo femenino en 2020 (el 3,5% de la población femenina mundial)
Hombres	146 millones	de migrantes internacionales de sexo masculino en 2020 (el 3,7% de la población masculina mundial)
Niños y niñas	28 millones	de niños y niñas migrantes internacionales en 2020 (el 1,4% de la población infantil mundial)
Trabajadores migrantes	169 millones	de trabajadores migrantes en 2019
Migrantes desaparecidos	Alrededor de 8.500	migrantes muertos o desaparecidos en 2023

Fuente: elaboración propia en base a McAuliffe y Oucho, 2024

Se estima que en 2024 el número de personas migrantes en América Latina y el Caribe alcanzó los 17,5 millones, de los cuales aproximadamente el 80% se desplazó dentro de la propia región, principalmente en América del Sur (UNDESA, 2024). A diferencia de la tendencia predominante, entre noviembre de 2024 y agosto de 2025 se registró una inversión en la dirección de los desplazamientos: en lugar de dirigirse hacia el norte, miles de personas comenzaron a movilizarse hacia el sur. En Argentina, el 4,2% de la población total del país es migrante internacional y las mujeres representan el 54,9% de las personas migrantes (INDEC, 2022).

En este escenario, las condiciones de vida de las poblaciones adquieren una relevancia central para el análisis de las desigualdades en salud, en tanto permiten identificar grupos que, en función de múltiples factores, pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad. Entre ellos se incluyen mujeres, población LGBTIQ+, personas migrantes, refugiadas y desplazadas, poblaciones originarias, personas afrodescendientes, personas mayores, niños, niñas y adolescentes, familias en situación de pobreza, personas con enfermedades crónicas, y personas con discapacidad, quienes se encuentran más expuestas a desigualdades estructurales, violencia, discriminación, racismo y xenofobia, entre otras vulneraciones de derechos humanos.

Estas condiciones de vulnerabilidad se ven reforzadas por las barreras que atraviesan el acceso efectivo a los servicios de salud, las cuales no se distribuyen de manera homogénea entre los distintos grupos poblacionales. Los obstáculos para el acceso a la atención sanitaria incluyen,

entre otros, factores como diferencias lingüísticas y culturales, costos elevados, discriminación, restricciones administrativas, limitaciones para la afiliación a sistemas locales de cobertura, condiciones de vida adversas, ocupación o bloqueo de territorios y falta de información sobre los derechos en materia de atención de salud. En conjunto, estas barreras dificultan el acceso a los servicios y pueden derivar en consecuencias negativas en la salud mental de las personas (OMS, 2024).

La articulación entre condiciones estructurales y representaciones sociales en los equipos de salud adquiere aquí un lugar central, en tanto estas últimas pueden incidir en las formas de atención y en las posibilidades concretas de acceso. Según las percepciones sobre las personas migrantes identificadas por profesionales de la salud del primer nivel de atención (Finkelstein, 2017), es posible observar que las personas migrantes han sido asociadas a: aprovechadoras de servicios, usuarias que plantean desafíos y/o dificultades de abordaje, personas en condiciones de vulnerabilidad y portadoras de enfermedades importadas.

La presencia de estas representaciones se inscribe en tramas institucionales y sociales que condicionan la relación entre equipos de salud y personas usuarias. Su análisis permite desplazar la atención desde las supuestas “dificultades” atribuidas a las personas migrantes hacia los marcos interpretativos desde los cuales dichas dificultades son construidas.

De este modo, la incorporación de una perspectiva de derechos, intercultural e interseccional no se reduce a un posicionamiento normativo, sino que se constituye como una herramienta analítica y operativa para problematizar estos sentidos (OIM, 2020). El desafío radica en intervenir sobre las lógicas que reproducen estigmas en el ámbito sanitario, en tanto estas afectan directamente las condiciones de acceso y la calidad de la atención.

Este punto coloca en primer plano la necesidad de sostener procesos de formación continua en los equipos de salud, orientados a la revisión crítica de las prácticas y al fortalecimiento de competencias profesionales. A la vez, remite a la importancia de fortalecer instancias de cooperación en salud que permitan articular respuestas conjuntas en contextos atravesados por la movilidad humana y la diversidad.

CONCLUSIÓN Y RECOMENDACIONES

La atención en salud se configura como un espacio atravesado por la diversidad de trayectorias, saberes y condiciones de vida. La presencia de poblaciones migrantes, personas que habitan territorios de frontera, pueblos originarios, poblaciones afrodescendientes y otros grupos expuestos a desigualdades estructurales coloca en primer plano la necesidad de prácticas capaces de abordar esa heterogeneidad sin simplificarla.

La perspectiva intercultural, de derechos, de género e interseccional ofrece un marco consistente para orientar la intervención. Permite situar a las personas como sujetos con trayectorias específicas, reconocer las condiciones que inciden en los PSEAC, y ajustar las respuestas

institucionales. La dimensión de género atraviesa estas dinámicas, tanto por la feminización de los flujos migratorios, como por las desigualdades en el acceso, los cuidados y la relación con los servicios de salud.

A partir de lo expuesto en este artículo se delinean algunas recomendaciones que buscan fortalecer la respuesta sanitaria:

- Garantizar el acceso a la atención en salud sin discriminación, independientemente de la situación migratoria de las personas.
- Incorporar mecanismos de registro, monitoreo y abordaje de situaciones de discriminación, violencia institucional o vulneración de derechos en los servicios de salud.
- Integrar los enfoques interseccional e intercultural en la toma de decisiones, considerando la interacción entre género, origen, clase, edad, situación migratoria y pertenencia étnico-racial en las trayectorias de salud.
- Transversalizar la perspectiva de género en las políticas, programas y prácticas de salud, considerando las desigualdades en el acceso, las cargas de cuidado y las formas específicas de violencia que atraviesan a mujeres y diversidades en contextos de movilidad.
- Impulsar mecanismos de cooperación en salud entre jurisdicciones y países, especialmente en zonas fronterizas, que contemplen la continuidad de cuidados, incluyendo derivaciones transfronterizas, reconocimiento de tratamientos iniciados en otros sistemas y acuerdos operativos entre servicios.
- Fortalecer el enfoque de salud comunitaria como eje de la atención, integrando de manera activa a familias, organizaciones sociales y actores territoriales en los procesos de cuidado, y promoviendo estrategias de trabajo territorial.
- Promover la producción de conocimiento situado desde los equipos de salud, incentivando sistematizaciones, investigaciones aplicadas y registros de prácticas que retroalimenten las políticas públicas.
- Incorporar el análisis crítico de las prácticas institucionales, revisando rutinas, protocolos y criterios de atención que, aun sin intencionalidad explícita, puedan reproducir desigualdades o exclusiones.
- Desarrollar dispositivos institucionales que contemplen la dimensión lingüística de manera integral, incluyendo intérpretes y mediadores/as culturales, y reconociendo las lenguas y registros como parte constitutiva de la experiencia de salud.
- Incorporar herramientas de prevención, detección temprana y atención integral para personas víctimas/sobrevivientes de trata y tráfico de personas, incluyendo protocolos claros de actuación, articulación interinstitucional y formación específica de los equipos de salud,

especialmente en fronteras.

- Fortalecer espacios de intercambio entre equipos de salud que permitan revisar prácticas, compartir experiencias y construir respuestas colectivas frente a situaciones complejas.
- Promover procesos continuos de formación en los equipos de salud orientados al desarrollo de competencias interculturales, comunicacionales y relacionales.
- Difundir información clara y accesible sobre los derechos en salud, los circuitos de atención y los recursos disponibles, en formatos y lenguas pertinentes a las poblaciones atendidas.

El campo abordado proyecta líneas estratégicas para el desarrollo de futuras investigaciones y tesinas en salud colectiva y gestión territorial. En particular, se destaca la importancia de profundizar en el análisis de las prácticas interculturales en los servicios sanitarios, el papel de la comunicación y la mediación lingüística en la calidad de la atención, y la transversalización de la perspectiva de género, intercultural y de derechos. Resulta igualmente pertinente indagar en la dinámica de los servicios en territorios de frontera, la continuidad de cuidados en contextos de movilidad y la identificación de barreras institucionales desde la experiencia de los equipos de salud. A ello se suman líneas vinculadas a la salud comunitaria, el trabajo intersectorial con actores territoriales y la construcción de vínculos de confianza con las comunidades en cuanto aspectos ineludibles para una práctica situada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abdallah-Pretceille, M. (1996). Compétence culturelle, compétence interculturelle. Pour une anthropologie de la communication. *Le français dans le monde*, (n.º spécial Recherches et applications: culture, cultures), 28-38.

Acioly, N. M. (1994). *La juste mesure: une étude des compétences mathématiques des travailleurs de la canne à sucre du Nordeste du Brésil dans le domaine de la mesure* [Tesis de doctorado] Université René Descartes - Paris V.

Álvarez Velasco, S. (2017). Movimientos migratorios contemporáneos: entre el control fronterizo y la producción de su ilegalidad. Un diálogo con Nicholas De Genova. *Iconos. Revista de Ciencias Sociales*, 21(58), 153-164. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/server/api/core/bitstreams/4fb28384-0d0a-47e0-a693-1522eabf6936/content>

Aquino Moreschi, A., Décosse, F. y Varela-Huerta, A. (Eds.). (2013). *Desafiando fronteras. Control de la movilidad y experiencias migratorias en el contexto capitalista*. Sur+ Ediciones.

Aubrun, S. y Orofiamma, R. (1990). *Les compétences de 3e dimension, ouverture professionnelle? Rapport de recherche*. CNAM.

Aveiro, T. (2006). *Relações Brasil-Uruguai: A nova agenda para a cooperação e o desenvolvi-*

mento *fronteiriço* [Tesis de maestría]. Universidade de Brasília, Brasil.

Balibar, E. (2005). Fronteras del mundo, fronteras de la política. *Alteridades*, 15(30), 87-96.

Barrios, G. (2009). Repertorios lingüísticos, estándares minoritarios y planificación: el purismo idiomático en situaciones de contacto lingüístico en Y. Hipperdinger (Dir.), *Variedades y elecciones lingüísticas* (pp. 15-39). EdiUNS.

Behares, L. (2007). Portugués del Uruguay y educación fronteriza en C. Brovetto, J. Geymonat y N. Brian (Dirs.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe* (pp. 99-163). ANEP-CEP.

Bentancor, G. (2009). *Rivera-Livramento: una frontera diferente*. Editora Universitária/UFPEL.

Bento, F. (Dir.). (2012). *Fronteiras em movimento*. Paco Editorial.

Bontempo, C. (2013). *A cooperação em saúde nas cidades gêmeas do Brasil e Uruguai: os caminhos institucionais e os arranjos locais 2003-2011* [Tesis de maestría]. Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

Carvalho, A. M. (2003). Rumo a uma definição do português uruguaio. *Revista Internacional de Lingüística Iberoamericana*, 1(2), 125-150.

Carvalho, A. M. (2007). Diagnóstico sociolingüístico de comunidades escolares fronterizas en el norte del Uruguay. En C. Brovetto, J. Geymonat y N. Brian (Dirs.), *Portugués del Uruguay y educación bilingüe* (pp. 49-98). ANEP-CEP.

Clanet, C. (1990). *L'interculturel: introduction aux approches interculturelles en Education et en Sciences Humaines*. Presses Universitaires du Mirail.

Clot, Y. (1995). *Le travail sans l'homme? Pour une psychologie des milieux de travail et de vie* (2a ed.). La Découverte.

Clot, Y. (2004). Action et connaissance et clinique de l'activité. *@ctivités*, 1(1). <http://activites.org/v1n1/clot.pdf>

Clot, Y. (2007). Le schème, les invariants et les variations en M. Merri (Dir.), *Activité humaine et conceptualisation: questions à Gérard Vergnaud* (pp. 179-184). Presses Universitaires du Mirail.

Clot, Y. (2008). *Travail et pouvoir d'agir*. PUF.

Cohen-Emerique, M. (2011). Pour une approche interculturelle en travail social. *Théories et pratiques*. Presses de l'EHESP.

Da Silva, M. (2009). *Ações de cooperação em saúde na fronteira Brasil/Uruguai: um estudo sobre o Comitê Binacional de Integração em Saúde Santana do Livramento/Rivera* [Tesis de maestría]. Universidade Católica de Pelotas, Brasil.

Domenech, E., Herrera, G. y Rivera Sánchez, L. (Coords.). (2020). *Movilidades, control fronterizo y luchas migrantes*. CLACSO; Siglo XXI. <https://www.clacso.org/wp-content/uploads/2023/04/Movilidades-control-fronterizo.pdf>

Finkelstein, L. (2017). Miradas sobre usuarios migrantes regionales e interculturalidad en salud. *Revista Migraciones Internacionales, Reflexiones desde Argentina*, (2), 40-58.

Foucher, M. (1991). *Fronts et frontières: un tour du monde géopolitique*. Fayard.

Gallo, E., Costa, L. y Moraes, A. (2004). A integração dos sistemas de saúde que atendem a população fronteiriça dos países do Mercosul -SIS- Mercosul en E. Gallo y L. Costa (Dirs.), *Sistema integrado de saúde do Mercosul: SIS Mercosul: uma agenda para integração* (pp. 41-53). OPS.

Golin, T. (2004). *A fronteira* (Vol. 2). L&PM.

Gorlero, C., Finkelstein, L., Pérez Caraballo, G., y Durruty, L. (2021). *Manual de Salud Mental y Apoyo Psicosocial para la Atención de la Población Migrante y Refugiada en la República Argentina*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://argentina.iom.int/sites/g/files/tmzbd1901/files/documents/Manual-de-Salud-Mental-y-Apoyo-Psicosocial.pdf>

Gras, R., Régnier, J.-C., y Guillet, F. (2009). *Une méthode d'analyse de données pour la recherche de causalités*. Cepadues Éditions. https://www.adatic.fr/ASI/LivreASI_RNTI2009/ASI_2009_RNTI-E-16.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2022). *Censo nacional de población, hogares y viviendas 2022*. <https://www.indec.gob.ar>

Leenhardt, J. (2002). Fronteiras, fronteiras culturales e globalização en M. H. Martins (Dir.), *Fronteiras Culturais - Brasil - Uruguai - Argentina* (pp. 27-34). Ateliê Editorial.

Leontiev, A. (1976). *Le développement du psychisme*. Editions sociales.

Leontiev, A. (1984). *Activité, conscience, personnalité*. Editions du Progrès.

Leplat, J. (1997). *Regards sur l'activité en situation de travail*. PUF.

Lhuillier, D. (2002). Travail en J. Barus-Michel, E. Enriquez y A. Lévy (Dirs.), *Vocabulaire de Psychosociologie* (pp. 284-295). Erès.

Litim, M. (2012). Les méthodes indirectes à l'épreuve de la pratique: questions d'intervention. en Y. Clot (Dir.), *Vygotski maintenant* (pp. 155-174). La Dispute.

Malgesini, G. y Gimenez, C. (2000). *Guía de conceptos sobre migraciones, racismo e interculturalidad*. Catarata.

Malglaive, G. (1995). Compétences et ingénierie de formation en F. Minet, M. Parlier y S. De Witte, *La compétence: mythe, construction ou réalité?* (pp. 153-168). L'Harmattan.

Marandon, G. (2008). Expérience pluriculturelle et pratique professionnelle dans le travail social. *Empan*, 3(71), 60-68.

Mayen, P. (2008). Dix développements sur la didactique professionnelle et le développement en Y. Lenoir y P. Pastré (Dirs.), *Didactique professionnelle et didactiques disciplinaires en débat* (pp. 109-125). Octarès.

Mayen, P. (2012). L'appropriation des situations en Y. Clot (Dir.), *Vygotski maintenant* (pp. 289-305). La Dispute.

McAuliffe, M., y Oucho, L. A. (Eds.). (2024). *Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2024*. Organización Internacional para las Migraciones (OIM). <https://publications.iom.int/books/informe-sobre-las-migraciones-en-el-mundo-2024>

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207.

Mezzadra, S. y Neilson, B. (2017). *La frontera como método: o la multiplicación del trabajo*. Traficantes de Sueños.

Montmollin, M. (1996). Savoir travailler. Le point de vue de l'ergonome en J.-M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 189-199). PUF.

Odgers, O. (2001). *Identités frontalières: immigrés mexicains aux Etats-Unis*. L'Harmattan.

Organización Internacional para las Migraciones (OIM). (2020). *Guía para el fortalecimiento de la perspectiva intercultural y de derechos humanos destinada a formadoras/es en la República Argentina*. OIM; Secretaría de Derechos Humanos de la Nación. <https://argentina.iom.int/sites/g/files/tmzbd1901/files/documents/Gu%C3%ADa-para-el-Fortalecimiento-de-la-Perspectiva-Intercultural-y-de-Derechos-Humanos-destinada-a-Formadores-en-la-Rep%C3%BAblica-Argentina.pdf>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2022). *Informe mundial sobre la salud de los refugiados y los migrantes: resumen*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360465/9789240054820-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2024). *Plan de Acción Mundial de la OMS sobre la Promoción de la Salud de Refugiados y Migrantes, 2019–2030*. <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/52e2898b-bcb3-4c1e-8e61-45b066a12c1f/content>

Pastré, P. (2007). Champs conceptuels et champs professionnels en M. Merri (Dir.), *Activité humaine et conceptualisation: questions à Gérard Vergnaud* (pp. 79-86). Presses Universitaires du Mirail.

Pérez Caraballo, G. (2011). *Construction identitaire dans les espaces frontaliers: quel lien entre l'appartenance territoriale et l'identité linguistique? Le cas de la population frontalière habitant entre le Brésil et l'Uruguay* [Tesis de maestría]. Université Lumière Lyon 2.

Pérez Caraballo, G. (2014). *Activité et compétences professionnelles dans des espaces culturellement et linguistiquement hybrides: le cas des professionnels de santé à la frontière Uruguay-Brésil* [Tesis de doctorado]. Université Lumière Lyon 2.

Persia, A. (2010). Frontera como recurso, frontera como límite: una perspectiva antropológica. *Estudios Históricos*, (4), 1-11.

UNDESA (2024). *International Migrant Stock 2024: Key facts and figures*. UN DESA/POP/2024/DC/NO. 13.

Vergnaud, G. (1996). Au fond de l'action, la conceptualisation en J.-M. Barbier (Dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action* (pp. 275-292). PUF.

Vygotski, L. (1995). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores en *Obras Escogidas* (Tomo III). Aprendizaje Visor. (Trabajo original publicado en 1931).

Vygotski, L. (1997). *Pensée et langage* (3a ed.). La Dispute. (Trabajo original publicado en 1934).

Vygotski, L. (2003). *Conscience, inconscient, émotions*. La Dispute. (Trabajo original publicado en 1925).

Un Estudio de la Labor del Personal de Enfermería en el Hospital Dr. Enrique Fidanza: pasado y actualidad del arte del cuidado

An Examination of Nursing Staff Work at Dr. Enrique Fidanza Hospital: The Past and Present of the Art of Caring

(*) Lic. Prof. Leandro Pusch - (**) Enfermera Carla Acosta

(*) Licenciado en Enfermería. Docente universitario. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Director de Beca del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), período 2024-2025. Correo: pusch.leandro@uader.edu.ar.

(**) Estudiante avanzada de la Licenciatura en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. Becaria del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), período 2024-2025. Correo: carlaacostadure@gmail.com.



Fecha de recepción: 2 de marzo de 2026

Fecha de aceptación: 23 de abril de 2026

INTRODUCCIÓN

La Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud (FCVS) de la Universidad Autónoma de Entre Ríos estableció un vínculo institucional con el Hospital Dr. Enrique Fidanza, orientado a la concreción de prácticas profesionalizantes en las carreras de Enfermería y Podología. Dichas prácticas, supervisadas por docentes de asignaturas específicas, se desarrollaron en estrecha articulación con la dirección del Hospital y la Comuna local, lo que permitió la implementación de proyectos de relevancia cultural y académica, tales como la creación de un Museo de Sitio y la conformación de una Biblioteca con un acervo cercano a los tres mil ejemplares.

En este marco, el equipo de investigación propuso indagar la labor del personal de enfermería a lo largo del tiempo en una institución de reconocido valor histórico. El objetivo central consistió en identificar continuidades y transformaciones en el arte del cuidado a través del tiempo en el Hospital Fidanza, reconociendo su impronta histórica como leproario y su actual función como centro de atención de adultos mayores.

El desarrollo de este estudio se inscribe en el marco de las Becas del Consejo Interuniversitario Nacional (CIN), principal instrumento de promoción de la ciencia y de la formación académica en investigación en el país. La trayectoria de la estudiante avanzada Carla Acosta, becaria CIN, se articuló con un equipo docente interdisciplinario -que dirigió la beca- conformado por el director, Licenciado Profesor Leandro Pusch, y la codirectora, Profesora Magíster Silvia Tessio Conca, quienes jugaron la experiencia en Enfermería y docencia, con la perspectiva etnográfica aplicada a la memoria institucional. Asimismo, la actividad formativa de la becaria se integró en el proyecto PIC-C *Un Estudio de la Labor del Personal de Enfermería en el Hospital*

Dr. Enrique Fidanza: pasado y actualidad del arte del cuidado, dirigido por el Profesor Marcelo Narváez y codirigido por el Licenciado Profesor Leandro Pusch, en el que participaron un equipo de docentes e investigadores de la Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud, conformado por la abogada Maillén Barreto, la licenciada enfermera Lucía Blanc, la licenciada enfermera Erica Monzón, la magíster Silvia Tessio Conca, con el asesoramiento del especialista Bioingeniero Aníbal Sattler. Este entramado colectivo posibilitó la recuperación y sistematización de las memorias de las enfermeras del Hospital Fidanza, enlazando la política pública de becas con la construcción compartida de conocimiento académico y testimonial.

METODOLOGÍA

La estrategia metodológica se centró en la recuperación de las vivencias de las protagonistas del cuidado enfermero en el Hospital Fidanza, retomando la reflexión de Alonso (1998), quien sostiene que “la memoria aparece no como una simple descripción de acontecimientos pasados, sino como la apropiación individual de una cultura histórica que siempre tiene que ser mirada desde lo colectivo”. En este sentido, la memoria oral se constituyó en recurso interpretativo para vincular experiencias personales con procesos sociales más amplios. Este enfoque metodológico permitió que la historia institucional no quedara reducida a documentos oficiales, sino que se enriqueciera con las voces de quienes vivieron y sostuvieron el cuidado en distintos períodos.

Se realizaron siete entrevistas en profundidad a personal en actividad y jubilado, registradas en audio y video, que fueron posteriormente transcritas y codificadas. El análisis se organizó en líneas de tiempo, triangulando los relatos con fuentes documentales y contextuales de carácter social, político y sanitario. Esta metodología cualitativa permitió visibilizar cómo la práctica enfermera se sostuvo y transformó en contextos de estigmatización, aportando aprendizajes que enriquecen la disciplina en la actualidad.

La participación de la becaria CIN resultó fundamental en la sistematización de los testimonios, la organización de las transcripciones y la construcción de la línea de tiempo, aportando rigurosidad metodológica y fortaleciendo la integración entre investigación y formación profesional.

RESULTADOS

El Hospital Dr. Enrique Fidanza fue inaugurado el 14 de marzo de 1948⁵ con el objeto de brindar asistencia específica a los enfermos de lepra⁶. Durante años, el nosocomio estuvo marcado por los prejuicios y el desconocimiento sobre la lepra, enfermedad para la cual se aplicaba la premisa básica del aislamiento. La creación de espacios destinados al alojamiento y aislamiento de personas con lepra en Argentina se desarrolló progresivamente entre fines de la década

5 En el tiempo de la inauguración del Hospital Fidanza, el presidente en ejercicio era Juan Domingo Perón, quien nombra a Ramón Carrillo al frente de la Secretaría de Salud de la Nación, que posteriormente sería elevado al rango de Ministerio.

6 La lepra es una enfermedad ancestral, descrita ya en textos de las civilizaciones de la antigüedad. Se trata de una enfermedad infecciosa crónica, causada por una bacteria llamada *Mycobacterium leprae*, que afecta principalmente a la piel, los nervios periféricos, la mucosa de las vías respiratorias superiores y los ojos. Se puede curar y el tratamiento en las fases iniciales puede evitar la discapacidad. Además de las deformaciones físicas, los afectados sufren también estigmatización y discriminación (<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/leprosy>).

de 1930 y principios de la de 1940. El último sanatorio-colonia de este tipo en inaugurarse en el país fue el Hospital Dr. Enrique Fidanza, denominado así en homenaje al primer dermole-prólogo de la región.

El análisis de las entrevistas permitió identificar cuatro grandes etapas en la práctica enfermera en la institución:

La labor enfermera de las Hermanas Misioneras Extranjeras de París

Las enfermeras entrevistadas en sus testimonios orales rememoran el trabajo de un grupo de mujeres a las que ellas se refieren como “las Hermanas”, quienes se instalaron en el hospital para vivir de forma permanente y atender a los enfermos de lepra.

La vida institucional del Fidanza registra un hito en 1958, cuando la Disposición Interna N.º 78/58 estableció formalmente la incorporación de hermanas religiosas pertenecientes a la congregación Misioneras Extranjeras de París para atender espiritualmente a los enfermos y colaborar con la organización interna. Dentro de las funciones estaban: mantener la disciplina y la moral de los internados, realizar tareas materiales vinculadas a la vida cotidiana y desempeñarse como personal de enfermería en apoyo directo a los profesionales. También se les asignó la responsabilidad de la ropería y el costurero, áreas esenciales para sostener la autonomía de una población aislada. El reglamento institucional evidencia cómo la práctica religiosa se institucionalizó como parte del cuidado, integrando funciones espirituales, administrativas y asistenciales.

Desde entonces, la presencia religiosa se convirtió en un componente estable de la vida del hospital y, entre las figuras más recordadas, se encuentran la Hermana Matilde Guillaume y la Hermana María Luisa Dupont, cuyas tareas de apostolado y servicio contribuyeron al bienestar de los internados.

La labor enfermera en la época del Leprosario

En 1926 se sancionó la Ley Aberastury (N.º 11.359), impulsada por el Dr. Maximiliano Aberastury, que estableció la profilaxis de la lepra. Peranovich y Celton (2020) señalan que la normativa abrió la posibilidad de que las personas afectadas pudieran continuar viviendo en los terrenos hospitalarios, que habían sido despojadas de sus bienes y viviendas, por lo que optaron por establecerse de forma permanente en los predios hospitalarios.

El advenimiento de las sulfonas en 1942 constituyó un hito mundial: surgía el aislamiento químico. Aunque los avances médicos fueron significativos, el cambio en la percepción social fue lento. Las enfermeras enfrentaban no solo las dificultades de atender una enfermedad crónica y estigmatizada, sino también la presión social y el miedo al contagio. Aunque no se hallaron registros escritos de enfermería de la época, se cree que los cuidados estaban orientados a paliar los efectos físicos de la enfermedad. La práctica enfermera, por tanto, se centraba en la atención directa al cuerpo, en un contexto donde la interpretación social y

cultural de la enfermedad estaba ausente.

El cuidado de las lesiones cutáneas se realizaba mediante curaciones e higiene, con énfasis en la prevención de úlceras en pacientes con movilidad reducida. Estos cuidados reflejaban el paradigma biomédico de la época, donde la enfermedad se entendía como ausencia de salud y el tratamiento se orientaba exclusivamente a la causa biológica. Según Dolan et al. (1983, como se citó en Kerouac, 1996) señalan que el cuidado estaba enfocado en eliminar problemas, cubrir déficits y ayudar a los incapacitados. En esta línea, podría decirse que la práctica enfermera en el Fidanza se inscribía así en un modelo biologicista, que invisibilizaba el contexto social y cultural de los pacientes.

La labor enfermera en la época de transición a la Residencia de Adultos Mayores: la enfermera técnica – ayudante del médico

En la década de 1980, tras la aparición de la sulfonoresistencia, la Organización Mundial de la Salud (OMS) promovió el tratamiento combinado, que se mantiene hasta la actualidad. La poliquimioterapia, con esquemas más breves y eficaces, llevó a la derogación de la Ley Aberastury y, a su reemplazo por la Ley N.º 22.964, que suprimió la internación compulsiva y estableció que la lepra debía tratarse como cualquier otra enfermedad transmisible, garantizando derechos y evitando el estigma. Este cambio normativo marcó el inicio de la reconversión institucional, donde la Enfermería debió adaptarse a nuevos perfiles de pacientes y prácticas.

Las entrevistadas relatan el proceso de transformación: el hospital pasó de atender exclusivamente pacientes con Mal de Hansen a recibir también personas con patologías propias de la ancianidad y discapacidades. Esto implicó cambios edilicios, incorporación de nuevo personal y uso de equipamiento de apoyo. Los relatos muestran cómo la práctica enfermera se fue sectorizando y diversificando, incorporando rutinas más organizadas, en línea con cambios internacionales en la profesión hacia una práctica más integral y relacional.

La década de 1980 y 1990 estuvo marcada por crisis económicas y reestructuraciones en el sistema de salud provincial. La precariedad laboral y la falta de recursos condicionaron la práctica enfermera, obligando a asumir múltiples funciones y sostener el cuidado en condiciones adversas. A su vez, la transición del Fidanza hacia geriátrico estuvo marcada por la coexistencia de un modelo médico hegemónico y la progresiva profesionalización de la Enfermería y consiguiente autonomía producto de la promulgación de la Ley 24.004 del Ejercicio de la Enfermería y la aprobación de la Resolución N.º 194/95 que establece las “Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica”. Este nuevo marco permitió que la Enfermería se reconociera como un componente estructural del cuidado de salud, contribuyendo a la planificación, supervisión y evaluación de su práctica, y fortaleciendo su posición profesional dentro del equipo de salud.

La labor de la Enfermería autónoma, de los cuidados integrales

La evolución de la labor del personal de Enfermería ha sido testigo y protagonista de grandes

cambios hasta convertirse en un centro de atención para adultos mayores, reflejando la expresión de cuidados autónomos bajo un paradigma de transformación.

Con el tiempo, la profesionalización del personal permitió consolidar un modelo de atención más estructurado y con mayor consideración por la dignidad del paciente, en especial de los adultos mayores. Algunos testimonios resaltan cómo el estigma ha ido desapareciendo con la apertura del hospital y con la transformación de sus funciones. La inclusión de especialidades médicas y la mejora en la infraestructura han permitido que la comunidad lo reconozca como un centro de atención integral, superando su histórico aislamiento.

A través de los distintos relatos, se observa cómo la Enfermería en el Fidanza no se limita a las tareas clínicas, sino que se inscribe dentro de un modelo de atención humanizado y holístico, en el que la contención emocional y la calidad de vida de los residentes son aspectos centrales. Estos cambios reflejan cómo el paradigma de integración y transformación propuesto por Suzanne Kéroutac (2002) se manifiesta en la actualidad: la institución ha modificado su función, pero los principios de cuidado humanizado y la implicación afectiva del personal con los pacientes se han mantenido como ejes centrales.

DISCUSIÓN

La práctica enfermera en el Fidanza nunca fue estática, sino que se redefinió constantemente en función de los marcos legales, sociales y sanitarios del contexto nacional. En línea con lo planteado por Collière (2009), el rol de la enfermera se sostuvo en la tarea de promover la vida, integrando cuidados que no solo responden a la enfermedad, sino que también preservan la dignidad, la autonomía y la continuidad de la existencia cotidiana de los pacientes. La superposición de transformaciones institucionales y políticas respecto al tratamiento de la lepra evidencia que el cuidado se sostuvo en un entramado dinámico de vocación, profesionalización y adaptación tecnológica, posibilitando la identificación concreta de una práctica que fue adoptando distintos paradigmas enfermeros.

En cuanto al trabajo realizado por la estudiante de Enfermería en el marco de la beca de Estímulo para las Vocaciones Científicas del CIN en este estudio fue una oportunidad para integrar la formación académica con la práctica investigativa. La tarea de sistematizar testimonios y organizar la línea de tiempo permitió aportar criterios metodológicos y, al mismo tiempo, aprender de cerca cómo la enfermería se ha transformado en la institución estudiada. Esta experiencia reafirma el valor de incorporar estudiantes en proyectos que enriquecen tanto la disciplina como la propia formación profesional.

CONCLUSIONES

El trabajo de entrevistas en profundidad permitió construir una narración histórica a partir de la memoria oral de las enfermeras protagonistas. La triangulación con fuentes documentales confirmó la relevancia de la memoria como herramienta metodológica para comprender la evolución del arte del cuidado.

Los testimonios del último período revelan que la Enfermería en el Fidanza se sostiene en vínculos afectivos, acompañamiento emocional, contención y reconocimiento de la dignidad de los residentes. Estos elementos se entrelazan con la creciente tecnificación del cuidado, la incorporación de equipos interdisciplinarios y la mejora en la dotación de recursos humanos y materiales, propio de los cambios en la gestión de cuidados como resultado de nuevas normativas. La combinación de tecnificación y humanización ha permitido fortalecer la autonomía profesional, optimizar la continuidad del cuidado y consolidar un modelo asistencial donde la personalización, la observación clínica y el trato familiar son componentes esenciales.

En definitiva, tomar como ejemplo la evolución histórica de la enfermería en el Hospital Fidanza desde su fundación hasta hoy nos ofrece un caso paradigmático. Este ejemplo resalta lo valioso del enfoque cualitativo en nuestra disciplina, mostrando cómo la humanización y la técnica se entrelazan para fortalecer la atención y comprender mejor el arte del cuidado.

Este estudio no solo evidencia la importancia de los enfoques interpretativos, de la riqueza de construir conocimientos con el acompañamiento conjunto de becarios y directores, sino que invita a seguir profundizando en metodologías que valoren las voces y experiencias del personal de salud, analizando estas prácticas del cuidado no sólo desde lo historiográfico sino a la luz de los modelos conceptuales o teorías de Enfermería que son el eje principal por medio del cual se logra el desarrollo de la ciencia enfermera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*. Fundamentos.

Collière, F. (2009). *Promover la vida: De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. McGraw-Hill Interamericana.

Dolan, T. C., Fitzpatrick, J. J., y Pender, N. J. (1983). *Community health nursing: Assessment and intervention*. Mosby.

Kérouac, S. (1996). *La práctica del cuidado enfermero: Modelos y perspectivas*. Universidad de Montreal.

Kérouac, S. (2002). *El paradigma de la transformación en enfermería*. Universidad de Montreal.

Peranovich, A., y Celton, D. (2020). *Historia de la lepra en Argentina: Políticas sanitarias y memoria social*. Universidad Nacional de Córdoba.

Normativas:

Ley N.º 11.359 (1926). *Ley Aberastury de profilaxis de la lepra*. República Argentina. Boletín

Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 22.964 (1983). *Normativa sobre lepra: Derogación de la Ley Aberastury*. República Argentina. Boletín Oficial de la República Argentina.

Ley N.º 24.004 (1991). *Ejercicio de la Enfermería*. República Argentina. Boletín Oficial de la República Argentina.

Resolución N.º 194/95. *Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería*. Ministerio de Salud de la Nación, República Argentina.

Satisfacción laboral en los enfermeros

Job satisfaction among nurses

Lic. Laura Cintia Ríos (*) - Lic. Sebastián Andrés Vallejos (**) - Lic. Alejandra Lorena Boxler (***)

(*) Licenciada en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: lauracintia.lr@gmail.com

(**) Licenciado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: enf.vallejos.sebastian@gmail.com

(***) Magíster Licenciada en Enfermería, Profesora en Gestión en Enfermería I y II, Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: lorenaboxler@hotmail.com



Fecha de recepción: 15 de diciembre de 2025

Fecha de aceptación: 1 de marzo de 2026

INTRODUCCIÓN

La satisfacción laboral del personal de Enfermería constituye un factor determinante para comprender la calidad de los servicios de salud y, al mismo tiempo, un indicador sensible del funcionamiento institucional. Diversos estudios han señalado que la calidad de la prestación de los servicios no puede circunscribirse únicamente a las expectativas institucionales, en términos de oportunidad, costos, morbilidad, mortalidad o ausencia de quejas ni limitarse a las demandas de los pacientes respecto de la cortesía, el ambiente confortable, la reducción de tiempos de espera, la privacidad, la información médica completa o la atención brindada por personal cualificado. Como advierten Alba-Leonel et al. (2008), la calidad asistencial también depende de la satisfacción laboral del trabajador, del acceso a equipos e instrumental adecuados, del reconocimiento por parte de los superiores y de una remuneración coherente con el nivel y desempeño profesional.

La literatura especializada ha ofrecido múltiples definiciones sobre la satisfacción laboral. Para este estudio se adopta la conceptualización que retoma Herzberg y que es formulada por John Locke, quien la define como *“el estado emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de las personas”* (Parra y Paravic, 2002). Esta definición resulta especialmente pertinente al articularse con la teoría del déficit de autocuidado de Orem (1991). Orem caracterizó la Enfermería como el acto de ayudar a otros en la provisión y manejo del autocuidado con el fin de mantener o mejorar el funcionamiento humano al nivel de efectividad del hogar. El autocuidado, en esta perspectiva, es entendido como *“la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio nombre para mantener su vida, salud y bienestar”*. Esta articulación teórica permite comprender que el enfermero, al desempeñar su rol profesional, no sólo identifica y aborda las necesidades de autocuidado de los usuarios, sino que también debe preservar su propio equilibrio vital y laboral. Desde esta comprensión, se reconoce que los mismos profesionales poseen la capacidad de determinar sus necesidades de autocuidado y evaluar en qué medida estas se encuentran cubiertas, lo cual constituye un fundamento para analizar su satisfacción laboral.

Como fundamento de análisis se adoptó la Teoría de los Dos Factores de Herzberg, que sostiene que el ser humano posee dos series de necesidades: por un lado, como ser biológico, la necesidad de evitar el dolor; y por otro, como ser psicológico, la necesidad de crecer y desarrollarse. De acuerdo con Manzo Pinto (2002), el modelo de Herzberg parte del supuesto de que la satisfacción laboral no constituye un concepto unidimensional, sino que requiere ser interpretado mediante dos continuos diferenciados; la insatisfacción y la satisfacción no se ubican en extremos opuestos de un único continuo, sino que forman dimensiones independientes. Así, existe un punto medio neutro entre la insatisfacción (manifestada como sensaciones negativas) y la satisfacción (entendida como sensaciones positivas). Un trabajador que dispone de condiciones laborales adecuadas, supervisión favorable y una remuneración acorde podría ubicarse en ese punto neutral, sin experimentar insatisfacción debido a la presencia de factores higiénicos, pero sin alcanzar la satisfacción plena ante la ausencia de factores motivacionales.

A partir de la teoría de Herzberg surge el modelo de Warr et al. (1979), que distingue las fuentes de satisfacción extrínseca (factores higiénicos) y de satisfacción intrínseca (factores motivadores), constituyendo la base teórica para la Escala de Satisfacción Laboral utilizada en investigaciones aplicadas al personal de salud.

Con el objetivo de responder al interrogante central ¿cuál es la satisfacción laboral de los enfermeros de Ginecología y Gastroenterología del Hospital San Martín de la ciudad de Paraná en octubre de 2024?. Se consideraron antecedentes relevantes que permiten dimensionar la problemática en diferentes contextos sanitarios. Entre ellos, se destaca el aporte de Guerrero Ruiz y Nieto Astete (2018), quien entrevistó a 51 enfermeras mediante muestreo probabilístico en el contexto del Hospital Cayetano Heredia. Su estudio mostró altos niveles de satisfacción en dimensiones como el horario de trabajo (82.4%), la responsabilidad asignada (76.5%), el uso de las capacidades profesionales (64.7%), la relación con compañeros de trabajo (62.7%), la variedad de tareas (62.7%), la estabilidad laboral (62.7%) y la libertad para elegir métodos de trabajo (60.8%). En contraste, dimensiones como la satisfacción con el superior inmediato (45.1%), el reconocimiento por el trabajo bien hecho (33.3%), la escucha de sugerencias (25.5%), las posibilidades de promoción (23.5%), la relación entre directivos y empleados (13.7%), el estilo de dirección (9.8%), las condiciones laborales (7.8%) y la remuneración (5.9%) mostraron valores sensiblemente menores.

Otro antecedente significativo es el estudio de Palomino Tapia (2018), desarrollado en el Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (Perú), en el cual participaron médicos, enfermeros y técnicos en enfermería. La autora organizó los puntajes de los factores intrínsecos, extrínsecos y totales en tres categorías: “insatisfecho”, “indiferente” y “satisfecho”. De manera general, el 56% de los profesionales se declaró satisfecho, un 10,2% insatisfecho y un 33,7% indiferente. Respecto de los factores extrínsecos, el 71,7% reportó estar satisfecho, un 9% insatisfecho y un 19,3% indiferente. En cuanto a los factores intrínsecos, el 38,6% manifestó satisfacción, el 19,9% insatisfacción y el 41% indiferencia.

METODOLOGÍA

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la satisfacción laboral de los enfermeros de los servicios de Ginecología y Gastroenterología del Hospital San Martín de la ciudad de Paraná durante el mes de octubre de 2024. En continuidad con este propósito general, se formularon dos objetivos específicos orientados a analizar la satisfacción laboral en relación con los factores intrínsecos y los factores extrínsecos del personal de enfermería perteneciente a dichos servicios.

Se adoptó un diseño cuantitativo, descriptivo, y transversal, ya que la recolección de los datos se efectuó en un único momento temporal, sin seguimiento posterior de la población participante. La población estuvo constituida por el total del personal de enfermería asignado a los servicios de Ginecología y Gastroenterología que se encuentra ubicado en el ala este del tercer piso del nosocomio, conformado por 18 enfermeros. El muestreo fue de tipo censal, considerando a la totalidad de la población disponible. Del total, 17 enfermeros otorgaron su consentimiento para participar, integrando así la muestra final del estudio.

La recolección de los datos se llevó a cabo mediante la técnica de encuesta estructurada. Para ello se utilizó la Escala General de Satisfacción Laboral (Overall Job Satisfaction Scale), desarrollada por Warr et al. (1979), instrumento ampliamente validado en investigaciones previas y reconocido por su capacidad para evaluar de manera diferenciada los factores intrínsecos y extrínsecos asociados a la satisfacción laboral. Por tal motivo, no se requirió implementar una prueba piloto, lo que permitió proceder directamente a la aplicación del cuestionario en la población objeto de estudio.

RESULTADOS

Una vez completada la recolección de datos los resultados fueron organizados en dos tablas: las dimensiones de factores intrínsecos y factores extrínsecos de satisfacción laboral. Para cada indicador se asignó un valor según la respuesta seleccionada, con un rango que se extendió desde muy insatisfecho (1) hasta muy satisfecho (7). Posteriormente, se registró la frecuencia con que cada opción fue elegida, lo que permitió calcular el puntaje acumulado (frecuencia absoluta) para cada indicador.

Dado que la muestra estuvo compuesta por 17 participantes, el puntaje máximo posible para cada indicador fue de 119 puntos (17×7), valor que se tomó como referencia para obtener la frecuencia relativa, expresada como el porcentaje de satisfacción laboral alcanzado. Finalmente, los resultados fueron representados mediante dos gráficos que sintetizan las tendencias principales de ambas dimensiones. En ellos, la frecuencia absoluta refiere al puntaje total acumulado por cada indicador, mientras que la frecuencia relativa expresa el porcentaje que dicho puntaje representa respecto del máximo posible (119 puntos), equivalente al 100% de satisfacción. Con los valores de la frecuencia relativa de cada indicador, se realizaron gráficos; con los que se representa de forma más clara los resultados obtenidos, los cuales se presentan a continuación.

El gráfico N° 1 muestra los factores extrínsecos, permite identificar patrones relevantes en la percepción del personal de enfermería respecto de su contexto laboral.

Gráfico 1. Satisfacción laboral relacionada a factores extrínsecos.



Fuente: elaboración propia

Este gráfico permite presentar el total de las respuestas de los enfermeros de manera que se pueda comprender mejor los aspectos que otorgan mayor satisfacción entre los enfermeros encuestados, mostrando así que lo que mayor insatisfacción les produce es la categoría de la cuantía de su salario. Alcanzando un porcentaje de 38.65%, siendo la categoría más seleccionada “absolutamente insatisfecho”. La siguiente categoría, en relación a grado de satisfacción fue en relación con las relaciones laborales entre directivos y empleados; el resultado se ubicó en 50,42%, siendo la opción más frecuente ni satisfecho ni insatisfecho, lo cual refleja una percepción neutra y posiblemente ambivalente de este aspecto institucional. Le sigue a este resultado el de las condiciones físicas de trabajo, la que cuenta con el 52.1% de frecuencia relativa, destacándose como la opción más seleccionada “moderadamente insatisfecho”; mostrando que en este aspecto existe un amplio margen de mejora.

Las siguientes categorías parecen representar mayor grado de satisfacción, aunque el porcentaje de 67.22% alcanzado por la forma en que son dirigidos se obtiene a pesar de que la categoría mayormente seleccionada fue “moderadamente insatisfecho”. La jornada laboral obtuvo un 68%, con la mayor categoría seleccionada de satisfecho; similar situación a la que se observa en cuanto a la estabilidad laboral, que la supera levemente con el 68.9%. Las categorías siguientes logran representar un porcentaje acorde a una mayor satisfac-

ción laboral. En los porcentajes más elevados de esta gráfica se sitúa la categoría del jefe inmediato que alcanza al 73.1%, siendo seleccionado por la mayoría de los enfermeros la opción de “satisfecho” y, superando a esta, se encuentra la valoración de los compañeros de trabajo, que alcanzó al 78.15%, también presentando una mayor concentración de respuesta en la sección de “satisfecho”.

El gráfico N° 2 presenta los resultados obtenidos de diversos factores intrínsecos asociados a la satisfacción laboral.

Gráfico N° 2 Satisfacción laboral relacionada a factores intrínsecos.



Fuente: elaboración propia

En este gráfico se puede observar una mayor tendencia a la satisfacción; de forma escalonada, se puede destacar como la categoría con mejor porcentaje a la de las oportunidades de promoción disponibles, que alcanza al 56.3% con la mayor respuesta seleccionada la de “ni satisfecho ni insatisfecho”. Le sigue en valor alcanzado al reconocimiento obtenido por un buen trabajo, que llega al 65.54% siendo la mayor respuesta declarada la de moderadamente insatisfecho.

En la sección siguiente se encuentra la variedad de trabajo, donde los encuestados mostraron estar mayoritariamente satisfechos, obteniéndose un porcentaje del 69.75%. Un porcentaje mayor se observa en cuanto a la atención prestada a sus sugerencias, que cuenta con un 71.42% lo cual revela que el equipo percibe cierto nivel de escucha y consideración por parte de la organización en la toma de decisiones o en la mejora de procesos. En cuanto a las oportunidades para demostrar sus habilidades, la mayoría también seleccionó estar satisfecha, con un 72.27%.

Los mayores valores de satisfacción obtenidos son las categorías de la libertad que se les otorga para elegir su propio método de trabajo, donde la conformidad alcanzó al 75.63% y la categoría de la cantidad de responsabilidad que se les confiere, cuya respuesta más seleccionada fue “satisfecho” y alcanzó al 76.47%.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación permiten delinear un panorama consistente respecto de los niveles de satisfacción laboral de los enfermeros del Servicio de Ginecología del Hospital San Martín de Paraná, tanto en los factores extrínsecos como en los intrínsecos. Al contrastar estos hallazgos con investigaciones previas —particularmente las de Guerrero Ruiz y Nieto Astete (2018) y Palomino Tapia (2018)— se observan patrones coincidentes, aunque con variaciones significativas en determinados indicadores, lo que permite avanzar en una interpretación más matizada del fenómeno.

En cuanto a los factores extrínsecos, el mayor nivel de satisfacción se asocia a las relaciones entre compañeros de trabajo, alcanzando el 78%, un valor superior al registrado por Guerrero Ruiz pero ligeramente inferior al señalado por Palomino. Este indicador sugiere la presencia de un clima laboral interpersonal favorable, que opera como un amortiguador de las tensiones propias del contexto asistencial. De manera llamativa, la satisfacción con el jefe inmediato alcanzó el 73%, ubicándose muy por encima de lo hallado en estudios previos, donde este aspecto representó uno de los puntos críticos. Este hallazgo destaca la relevancia de los estilos de liderazgo y de la gestión cercana como factores que fortalecen la percepción de apoyo y guía profesional.

Tanto la estabilidad laboral (69%) como la jornada de trabajo (68%) muestran niveles de satisfacción positivos, aunque inferiores a los señalados por las investigaciones comparativas. Estos resultados podrían indicar que, si bien estas dimensiones no generan malestar explícito, tampoco representan factores de motivación significativos para el personal estudiado. Un patrón más diverso se observa en la variable relativa a la forma en que son dirigidos, donde el 67% de satisfacción coincide con los datos de Palomino, pero difiere de modo marcado respecto del valor reportado por Guerrero Ruiz, lo que evidencia que este factor es especialmente sensible a la cultura organizacional de cada institución.

En contraste, los valores más bajos dentro de los factores extrínsecos se presentan en las condiciones físicas de trabajo (52%), las relaciones con directivos (50%) y, especialmente, la remuneración económica, que obtiene solo un 39% de satisfacción. Este último aspecto constituye el punto crítico común a las investigaciones comparadas, revelando un malestar persistente y estructural vinculado al reconocimiento material de la labor enfermera, que trasciende los contextos institucionales específicos.

Respecto de los factores intrínsecos, los resultados también mantienen una similitud general con las investigaciones previas. La mayor satisfacción corresponde a la responsabilidad asignada (76%), indicador que se mantiene como el mejor valorado en los tres estudios considerados. La libertad para elegir el propio método de trabajo y las oportunidades para demostrar

habilidades también presentan puntuaciones elevadas (76% y 72%, respectivamente), lo que evidencia la importancia de la autonomía y del despliegue de competencias en la construcción de una identidad profesional positiva.

La atención a las sugerencias y la variedad de tareas se sitúan en un nivel intermedio de satisfacción, con valores superiores a los de las investigaciones previas, lo que podría sugerir una estructura de trabajo más flexible y receptiva. En cambio, los menores niveles de satisfacción intrínseca se adjudican al reconocimiento por un buen trabajo (66%) y, de manera más marcada, a las oportunidades de promoción (56%). Este último indicador constituye el componente menos satisfactorio tanto en esta investigación como en los estudios de referencia, lo que permite inferir la existencia de trayectorias profesionales limitadas dentro del ámbito hospitalario, con escasas posibilidades de ascenso o desarrollo formal.

De esta manera, puede concluirse que los enfermeros del servicio estudiado muestran altos niveles de satisfacción vinculados al trabajo en equipo, al liderazgo inmediato y a los aspectos intrínsecos asociados a la autonomía y la responsabilidad profesional. No obstante, persisten áreas críticas relacionadas con la falta de oportunidades de promoción, el insuficiente reconocimiento económico y las condiciones materiales del entorno de trabajo, factores que también emergen como déficits recurrentes en la literatura analizada.

En el marco de la Teoría del Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, resulta particularmente relevante que los enfermeros manifiesten elevados niveles de satisfacción con sus compañeros de trabajo y con su jefe inmediato. Estas dimensiones relacionales constituyen, recursos fundamentales del sistema de autocuidado, en tanto favorecen la conservación del equilibrio personal, la motivación y la capacidad de afrontar las demandas del entorno laboral. Del mismo modo, los resultados permiten reconocer áreas donde se evidencian mayores niveles de insatisfacción, como las oportunidades de promoción o la remuneración económica que pueden actuar como factores de déficit de autocuidado institucional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manzo Pinto J. F. (2002). El legado de Frederick Irving Herzberg. REVISTA Universidad EA-FIT No. 128 octubre noviembre diciembre. <https://publicaciones.eafit.edu.co/index.php/revista-universidad-eafit/article/view/849/757>

Alba-Leonel, A., Salcedo-Alvarez, R. A., Zárate Grajales, R. A. y Higuera Ramirez, F.. (2008). Satisfacción laboral del personal de enfermería en el Hospital General de México. *Revista de Enfermería del instituto mexicano del seguro social*, 16(3),155-160. https://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php/revista_enfermeria/article/view/567

Guerrero Ruiz, E. y Nieto Astete, N. (2018). *El clima organizacional desde el enfoque de Litwin y Stringer en relación con la satisfacción laboral del personal de enfermería que labora en el Hospital Cayetano Heredia, año 2015* [Tesis de licenciatura, Universidad Norbert

Wiener]. Repositorio Institucional U. Wiener. <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/1824>

Orem, D. (1991). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby Year Book. https://books.google.com.ar/books/about/Nursing.html?id=TyttAAAAMAAJ&redir_esc=y

Palomino Tapia, J. (2018). *Factores que influyen en la satisfacción laboral de los profesionales de salud en la consulta externa de los servicios de mayor demanda del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, 2014* [Tesis de maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis UNMSM. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9987/Palomino_tj.pdf?sequence=3&isAllowed=y

Parra, S. L. H., y Paravic, T. K. (2002). Satisfacción laboral de las enfermeras que trabajan en el servicio de asistencia médica de emergencia (samu). *Ciencia y enfermería*, 8 (2), 37-48. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532002000200005>

Warr, P., Cook, J. y Wall, T. (1979). Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. *Journal of Occupational Psychology*, 52, 129-148. <https://bpspsychub.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8325.1979.tb00448.x>

Ejercicio profesional de enfermería y docencia: huellas de la vocación

Nursing Professional Practice and Teaching: Traces of Vocation

Lic. Irene Biscarreta (*)

(*) Licenciada en Enfermería. Especialista en Salud Mental Comunitaria, Profesora de Enseñanza Superior. Docente e investigadora en la cátedra Psicología Social de la Licenciatura en Enfermería,. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud. Universidad Autónoma de Entre Ríos. E-mail: biscarreta.irene@uader.edu.ar



Fecha de recepción: 10 de marzo de 2026
Fecha de aceptación: 13 de abril de 2026

Hallazgos analíticos iniciales

Según la investigación cualitativa de la que surge esta publicación, docencia y enfermería comparten la dificultad para la profesionalización de sus labores y el reconocimiento de las mismas (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001), reflejado en salarios escasos (INCDEC, 2021; Ministerio de Economía, 2021) y mínimas consideraciones laborales hacia los trabajadores. (Dussel, 2005; Menéndez, 1985).

Esta caracterización, deviene de la construcción social histórica que considera a las tareas efectuadas por estos profesionales como domésticas y maternas, relacionándolas con actitudes producto del amor (García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001). Es decir, las actitudes amorosas y de cuidado no requerirían de especialización, por lo que no corresponde su remuneración: las madres *deben* cuidar y educar a sus hijos. La teoría propuesta es que, ante otras situaciones de educación y cuidado, como docentes con alumnos y enfermeros con pacientes, la concepción es extrapolada. Esto se antepone a los derechos profesionales en una especie de explotación maternal (Dussel, 2005; Saleme, 1997; García Martín-Caro y Martínez Martín, 2001).

Surgen entonces interrogantes sobre ¿cuáles son los sentidos vocacionales otorgados a las profesiones de docencia y Enfermería? ¿Cuáles son las motivaciones de estos profesionales para el sostenimiento del ejercicio laboral? ¿Existe diferenciación entre vocación y elección? ¿Existe diferenciación entre vocación y elección y ejercicio actual?

Docencia, en cuanto ejercicio profesional, refiere a las funciones enseñanza y educación, dirigidas a estudiantes. En este mismo sentido, Enfermería refiere a las funciones cuidado y ayuda, dirigidas a usuarios del sistema de salud o pacientes. En ambos casos, la elección de la tarea se encuentra signada por el concepto de vocación que, considerado en el sentido de servicio y sacrificio, dificulta que estas actividades se reconozcan como profesión.

Saleme (1997) problematiza el rol docente asociándolo al voluntarismo, sacrificio, lo maternal y la capacidad de hacer cosas hasta el agotamiento. Expone que entre los siglos XVI y XVIII, cuando era el hombre el que enseñaba, se lo consideraba magister, porque conocía, tenía cosas dentro de sí. Responsabiliza a Sarmiento por utilizar mujeres para multiplicar la acción femenina en la educación, primaria particularmente. Expone frases en las que se refería a las primeras maestras que importó a Argentina de esta manera: “Qué duras son, qué bravas. Qué capacidad de sacrificio tienen y son baratas.” A partir de lo cual la autora reflexiona: “Ahí viene otra de las notas del rol. Porque nosotras, las maestras, seguimos siendo baratas.” (Saleme, 1997, p. 56).

Posteriormente Saleme (1997) pone en tensión los términos trabajador y profesional desde la concepción capitalista que los diferencia. Postula que al trabajador no se le exige más que un conocimiento pragmático, mientras que el ser profesional confiere status, porque se supone que ha pasado por otras instancias de la educación.

Lo desarrollado es equiparable a la situación de Enfermería, cuyo rol también ha sido asignado a las mujeres, asociándose características que ubican a quienes realizan estas tareas en un plano de subordinación sostenido por el dominio del modelo médico hegemónico y el sistema patriarcal (Menéndez, 1978; Vítolo, 2012).

Arakaki (2013) sostiene que la responsabilidad por el cuidado y la crianza de los hijos y de los enfermos es algo que muchas mujeres aceptan como un componente natural y lógico del género. Un aspecto que dificulta el reconocimiento profesional de enfermería es que se conserva la imagen de las empíricas, de aquellas mucamas que se formaron al lado del paciente, aprendiendo de otras que habían aprendido como ellas.

El investigador continúa con la siguiente afirmación:

El cuidado y por extensión, la Enfermería, no son un patrimonio natural de las mujeres sino una construcción histórica y socialmente impuesta, que determinó entre otras cosas, las diferencias y las desigualdades que la caracterizan respecto de otras profesiones no feminizadas. (Arakaki, 2013: 155)

El análisis de Lorente Molina (2004) sobre las diferencias estructurales entre las profesiones feminizadas y las que no lo son, radica en describir el conocimiento masculino como científico, abstracto, analítico, trascendente y, el femenino, como cotidiano, trivial, asistemático y complementario. Sostiene que esta taxonomía expresa, a la vez, una descripción y una calificación.

El lenguaje al servicio del poder

Siguiendo con este razonamiento se podría considerar que la docencia y la Enfermería son intentos de regulación laboral legalizada de aspectos de la actividad doméstica. Mercedes D’Alessandro (2016), en su libro Economía feminista, afirma que el 20% de las mujeres empleadas son trabajadoras domésticas, y a pesar de que existe una ley que regula el tema, el 80% de estas trabajadoras sigue estando en negro. Le siguen en prevalencia las mujeres docentes y en

tercer lugar las enfermeras.

Retomando los conceptos surgidos de las preguntas, la vocación, según el diccionario de Google, primera opción al consultar en internet, es “la llamada o inspiración que una persona siente procedente de Dios para llevar una forma de vida, especialmente de carácter religioso”. Como segunda denotación significa “inclinación o interés que una persona siente en su interior para dedicarse a una determinada forma de vida o un determinado trabajo”. Resulta significativo para el análisis que se ubique en primer lugar la connotación de sentido religioso. Coincide con las ideas de sacrificio y entrega que luego es transferida al aspecto de la elección profesional, incluido en la segunda concepción.

Las definiciones transcritas coinciden con las aportadas por la Real Academia Española que ofrece en primer lugar: “inspiración con que Dios llama a algún estado, especialmente al de la religión”. Como segunda opción se encuentra: “Inclinación a un estado, una profesión o una carrera.”

Continuando con la búsqueda de sentidos para este concepto, se encontró una producción de Farfán Mejía y Perdomo Zambrano (2020). Expone que la vocación es un término polisémico y frecuente en la literatura sobre la formación profesional. Sin embargo, hay carencia de definiciones conceptuales y es común que se enuncie, sin más, un origen religioso. El texto continúa con un dato significativo sobre la evolución del término:

La vocación llegó al discurso pedagógico en los primeros siglos de la era cristiana al ser usado, por Clemente de Alejandría, como un recurso evangelizador. Para la asunción del helénismo, la religión cristiana elabora un corpus de conocimiento en el que amalgama filosofía estoica, neoplatonismo y judaísmo, fundamentalmente alrededor del concepto de paideia. (Farfán Mejía y Perdomo Zambrano, 2020: 54)

Según los autores, uno de los legados de ese intercambio es la vocación. Se hace de la pedagogía una vía para la conversión de los paganos al cristianismo, en el sentido de que es un deber cristiano impulsar la escuela y la enseñanza. Los autores concluyen que así llegan a la profesión, junto con el sentido religioso de la vocación, todos esos elementos de humildad, sacrificio, renunciamiento a la vida material que le caracterizan desde entonces hasta nuestros tiempos. (Farfán Mejía y Perdomo Zambrano, 2020)

La vocación, sin embargo, es un término polémico en los discursos de la formación profesional. Hay quienes consideran que referir vocación profesional dignifica la tarea formativa y la acerca a valores trascendentales y profundos (Winter, 2013). Por otra parte, hay quienes consideran que la vocación es un recurso conceptual atrasado y retrógrado, anclado en visiones conservadoras de la profesión (Sánchez, 2003).

En un trabajo dirigido a investigar los significados de la Enfermería desde el punto de vista de estudiantes de la carrera, el Dr. Arakaki (2013) sostiene que el concepto de vocación implica un espíritu desinteresado, ligado al altruismo y a la voluntad de servicio. Estas características

son consideradas virtudes. Según el autor, fueron expresadas por los entrevistados como la inclinación a ayudar, sentirse útil, servir, brindar atención, ayuda física y espiritual, estar al lado del enfermo o hacer salud pública en el barrio.

Arakaki (2013) realiza una comparación entre esta forma de interpretación y el criterio de vocación con que algunas profesiones, la medicina entre ellas, fundamentan sus prerrogativas económicas y sociales. Sostiene que la diferencia es sustancial. Según sus postulados la medicina busca legitimar los privilegios y el estatus alcanzado, la diferencia con los estudiantes de Enfermería es que para ellos el espíritu de la vocación entra en contradicción con el interés económico o es, por lo menos, prioritario sobre lo económico.

Incultura del territorio profesional feminizado

Una de sus conclusiones es que aceptar el escaso reconocimiento económico y social con el recurso a la vocación, sería característica de una postura ideológica, de conformidad ante la realidad imperante. Con ideológica, se refiere a ideas, concepciones y teorías orientadas a conservar y legitimar las instituciones, la integración social y la reproducción del orden vigente. (Arakaki, 2013)

De estos análisis se infiere el uso que hacen quienes ejercen el poder hegemónico del concepto de vocación para lograr subordinación y dependencia de las personas que sienten placer por la realización de su trabajo o que desarrollan tareas laborales relacionadas con el amor y el cuidado, es decir, tareas maternas.

Se intentará responder al interrogante sobre las relaciones existentes entre los orígenes vocacionales de las profesiones docencia y Enfermería y las motivaciones actuales de su ejercicio laboral. A través de entrevistas a profesionales de ambas disciplinas se llegó a las siguientes conclusiones:

La remuneración por el trabajo de Enfermería y docencia es escasa. Eso hace que las personas que deciden dedicarse a estas profesiones se encuentren motivadas por razones diferentes a la satisfacción económica.

Una razón de selección reiterada es que son carreras de escaso contenido teórico, cuyo estudio permite una salida laboral rápida y segura. Este postulado ha sido descartado por los entrevistados una vez comenzada su etapa formativa y laboral.

Una razón de mantenimiento del ejercicio de la labor reiterada es sentir gratificación por la realización de las tareas.

Para que las personas decidan estudiar la licenciatura en Enfermería o la carrera docente con disposición a continuar capacitándose, sería necesario que los salarios aumentaran hasta lograr brindar un nivel de vida satisfactorio que retribuya el esfuerzo que requiere esta conducta de superación constante mediante la formación.

La formación/capacitación es el camino para que Enfermería y docencia comiencen a cumplir funciones de liderazgo y a trabajar interdisciplinariamente, de forma horizontal entre las disciplinas.

La formación/capacitación consiste en inversión de tiempo y dinero por parte de los profesionales que se verá reflejada en beneficios para quienes reciben sus servicios. Esa inversión merece ser retribuida económicamente y brindar posibilidades de acceso progresivo a funciones jerárquicas, generando elevación del estatus profesional.

La producción de esta investigación generó un cambio personal desde la implicancia política y el compromiso con la investigación cualitativa y la docencia crítica propositiva. Estas áreas han sido poco desarrolladas en el campo de Enfermería. La importancia de su desarrollo radica en que son estos los espacios desde los cuales los actores pueden tomar la palabra y generar transformaciones que jerarquicen la profesión, aportando al campo de competencia.

El cambio ya ha comenzado en la propia formación, a través del cursado del Profesorado de Enseñanza Superior del cual surgió la tesina que sustenta esta exposición. Las reflexiones que desencadenó esta experiencia llevaron a la incorporación como primera residente de la RISaM de la disciplina Enfermería en la provincia de Entre Ríos, lo cual posibilitó el ingreso de colegas en los años consecutivos. Este movimiento ha coincidido temporalmente con la lucha social disciplinar que llevó a la aprobación de la Ley Provincial de la Carrera de Enfermería N° 10.930 (2023), en la cual se reconocen tramos y categorías según el grado de formación y tiempo de desempeño en la labor, que impactan en el salario de los profesionales.

Otro aporte significativo luego de la formación en posgrados, es la incorporación en docencia, para transmitir lo aprendido. A lo mencionado, se suma el compromiso político de estimular a que más enfermeras y enfermeros alcancen el título de grado, participen de especializaciones, residencias, maestrías, doctorados; ambicionen ocupar cargos jerárquicos; y se interesen por la extensión en el ámbito en el que ejerzan su función.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Arakaki, J. (2013). *Significados y concepciones de la Enfermería: el punto de vista de estudiantes de la carrera de la Universidad Nacional de Lanús, 2008-2010*. *Salud Colectiva*, 9(2). <https://www.scielosp.org/article/scol/2013.v9n2/151-167/es/>

Aspiazu, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y Sociedad*, 28. <https://www.unse.edu.ar/trabajosociedad/28%20DOSSIER%2002%20ASPIAZU%20ELIANA%20Enfermeras.pdf>

D'Alessandro, M. (2016). *Economía feminista*. Sudamericana.

Diccionario de Google. *Vocación*, definición. Consultado el 2 de abril de 2020 en: <https://languages.oup.com/google-dictionary-es/>

Real Academia Española. (s.f.). *Vocación*. Diccionario de la Lengua Española. Recuperado el 2 de abril de 2020 de <https://dle.rae.es/vocaci%C3%B3n>

Dussel, I. (2005). *Hay que volver a darles autoridad a los docentes*. En Clarín.

Farfán Mejía, E. y Perdomo Zambrano, L. A. (2020). La vocación: un concepto religioso instalado en la formación profesional. *Revista Latinoamericana de Filosofía de la Educación* 7(13). <http://ixtli.org/revista/index.php/ixtli/article/view/132>

García Martín-Caro, C. y Martínez Martín, M. L. (2001). *Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero*. Harcourt.

Lorente Molina, B. (2004). Género, ciencia y trabajo: Las profesiones feminizadas y las prácticas de cuidado y ayuda social. *Scripta Ethnologica*. 26. 39-53. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14802602>.

Menéndez, E. L. (1978). *El modelo médico y la salud de los trabajadores en F. Basaglia et al., La salud de los trabajadores* (pp. 11-53). Nueva Imagen.

Ministerio de Economía Hacienda y Finanzas. Gobierno de Entre Ríos. Consultado el 13 de abril de 2020 en: https://www.entrerios.gov.ar/dafee/userfiles/files/otros_archivos/Cargos%20testigo%20-%20Septiembre%202020.pdf - Entrada 17/03/2021.

Ministerio de Educación, Coordinación General de Estudio de Costos del Sistema Educativo. *Informe indicativo del salario docente período diciembre de 2019-junio de 2020*. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/02_-_anexo_reporte_salarial_i_semestre_2020.pdf

Pantoja, C. (1992). En torno al concepto de vocación... *Educación y Ciencia*, 2(6)

Saleme, M. (1997). *Algunas notas sobre el rol docente en Políticas, instituciones y actores en educación*. Novedades Educativas.

Sánchez, E. (2003). La Vocación entre los Aspirantes a Maestro. *Educación XX1*,(6), 203-222. <https://www.redalyc.org/pdf/706/70600608.pdf>

Winter, J. (2010-2011). Sustaining Teacher Educators: Finding Professional Renewal through Vocation and Avocation. *SRATE Journal*, 20(1), 27-32. <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ948704.pdf>

Lecturas del cuerpo -del- paciente : Aportes de las Ciencias Sociales a la semiología médica

Readings of the patient's body: contributions of the Social Sciences to Medical Semiology

Lic. Yasiel García Rojas (*)

(*) Licenciado en Sociología. Profesor. Facultad de Ciencias de la Vida y la Salud – Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER).
E.mail: rojas.yasiel@uader.edu.ar



Fecha de recepción: 9 de marzo de 2026
Fecha de aceptación: 8 de abril de 2026

Catalogación realizada en la biblioteca, descriptores tomados del DeCS-MeSH (Descriptores de Ciencias de la Salud - <https://decs.bvsalud.org/>)

Muñoz, Carina

Lecturas del cuerpo-del-paciente : Aportes de las ciencias sociales a la semiología médica / Carina Muñoz

Paraná : EDUNER, c2019

158 p. ; 21 cm.

ISBN 9789506984397

MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA-DeCS; FILOSOFÍA-DeCS; SIGNOS Y SÍNTOMAS-DeCS; CUERPO HUMANO-DeCS; PSICOANÁLISIS-DeCS

Citación según normas APA:

Muñoz, C. (2019). *Lecturas del cuerpo-del-paciente: Aportes de las ciencias sociales a la semiología médica*. EDUNER.

COMENTARIO

“Las versiones de un mundo *real* no dependen, por lo tanto, de una lógica de *descubrimiento*, sino de una relación social de *conversación* cargada de poder” (Haraway, 1991: 342)

Una política de la visibilización: las entrañas de la práctica científica

Somos testigos de un tiempo hoy en el cual, al intentar desplegarlos sobre él y preguntarnos

por la condición temporal, – aquello de lo que somos parte solo ahora- nos encontramos con la incertidumbre como condición necesaria de este tiempo histórico, como criterio de aquello que nos asemeja a todas y todos, como criterio común a la experiencia vital de este tiempo. En consecuencia, se ha erigido la búsqueda de certezas como una de las expectativas primarias de vida y, no hay cuestión más humana que querer aferrarnos a algo cuando todo abajo se derrumba, todo a los costados vuela, y el horizonte es sustituido por el imperativo hoy. Pero la incertidumbre desestabiliza porque, sobre todo, se dinamitó la credibilidad y confianza en los llamados saberes expertos (Giddens, 1991) convencionales. No sólo se derrumba la solidez de los anclajes sociales externos que sostenían los proyectos de vida y de intimidad, se derrumbaban también porque entran en crisis de confiabilidad los propios marcos teóricos que ofrecían comprensiones *legítimas* a la existencia humana. Entre ellos, el quehacer científico. Y cuidado, porque la duda, la radical (Bourdieu, 1995) la desconfianza tanto en el sentido común/común como en sentido común/científico es la impulsora necesaria y, por excelencia, capaz de emprender cualquier proyecto que se pretenda científico.

Sin embargo, en este contexto de incertidumbre histórica y biográfica, de incertidumbre sobre el quehacer científico, volvemos a preguntarnos ¿Cuál es el valor de hacer ciencia? ¿Hay algún propósito mayor que justifique la búsqueda y elaboración del conocimiento científico cuando existe conocimiento común sobre las esferas de la vida? ¿Hay algún propósito que nos siga moviendo en un quehacer científico inaccesible a las mayorías tanto en su formación como en su divulgación? En estos tiempos donde nada existe por fuera de la experiencia de un yo, donde toda sensibilidad por los otros es solo si los otros están vinculados a ese yo, en estos tiempos de mismidad donde el otro atópico es más amenaza que posibilidad de autoconocimiento y de identidad ¿Hay posibilidades de pensar una práctica científica que reconstruya su credibilidad con los otros, que se pretenda democrática en sus usos e instituciones? En definitiva ¿Es posible un quehacer científico que además de intentar llevar al lenguaje al otro atópico carente de lenguaje, legitimar su afectación y su experiencia, sostenga un compromiso y una responsabilidad política con el conocimiento como herramienta de emancipación social?.

Los posibles acercamientos a estas interrogantes subyacen todos en un solo principio, el de desentrañar y propiciar la transformación de todas las relaciones de poder y dominio, sus mecanismos de inscripción y reproducción en las formas de cognoscibilidad de lo humano y, consecuentemente, de habitar la humanidad – al menos así leo-.

Lecturas del cuerpo –del- paciente: aportes de las ciencias sociales a la semiología médica (Muñoz, 2019) se introduce en una de las problemáticas del conocimiento –el diagnóstico médico- más atravesada por el modelo positivista global de racionalidad científica. Situada allí, tanto en la problemática como los supuestos empiristas instituidos en la medicina moderna, Carina Muñoz –la autora- comienza a discutir con estos supuestos positivistas anclando esta discusión, y muy importante, en aquellas propuestas de pensamiento y sujetos constituidos en consecuencias ocultas o abyectas –el otro necesario a lo legítimo- a motivo del carácter totalitario del ejercicio de la hegemonía científica positivista. Así, valiéndose de las ciencias del lenguaje, especialmente la semiótica peirciana, algunas discusiones filosóficas y humanísticas, la autora propone pensar a la problemática como *el acto de diagnosticar o prácticas de*

diagnósticos; esto es digo -yo ahora-, una acción (social) constituida por sujetos varios que se configura y disputa en los marcos referenciales interpretativos de los sujetos partícipes.

No es esta, entonces, otra discusión epistemológica más que mide la graduación de legitimidad de unos supuestos sobre otros. Por el contrario –postulo- es esta obra una muestra de compromiso y responsabilidad política con la práctica científica relativa a *quienes* (sujetos que participan de la interacción cognitiva) y sobre lo *que* (comprensión sobre la problemática que se fija) se construye significados; una muestra de responsabilidad y compromiso de quien hace ciencia con aquello que la práctica científica visibiliza y legitima; una muestra de fidelidad y confianza en la propia condición humana del pensamiento social e, incluso, de aquello que hemos convencionalmente denominado *natural*. Es este un estudio profundamente humanístico, superador de la dicotomía ciencias naturales / ciencias sociales, que presenta a las personas como autoras y sujetos del propio mundo, del conocimiento, que ubica a lo que hoy designamos como naturaleza en el centro de la persona: “... conocimientos prudentes para una vida decente” (Sousa, Santos, 2009, p .41). Es en tal sentido que quiero referirme a la dimensión de responsabilidad política que, entiendo, transversaliza al texto.

Al situarse en una situación de conversación –lecturas- la autora (manifiesto yo) visibiliza la matriz de poder en la que se sumerge: las propias relaciones de fuerza e intenciones de jerarquización de saberes dentro del campo científico, sus principios y propósitos ideológicos. Asimismo, la diversidad anunciada intrínsecamente en la idea de *lecturas* puede pensarse como una propuesta de coexistencia paradigmática o justicia social cognitiva (Sousa Santos, 2009). Esto es, una salida de las disputas de poder por fuera y como alternativa a las convencionales propuestas imperativas y excluyentes del pensamiento epistemológico: la insistencia en actos de conversación que implican a la autora que interpreta y a la autora que asevera en relación a lo interpretado. Porque el conocimiento científico no es un producto abstracto, no es un objeto externo, es una significación y fijación de formas de existencias y de representación de la vida social. Las maneras en las que se decide (decisión como cierre de un conjunto de posibilidades de significación) definir a las problemáticas y los sujetos estudiados desde la producción de conocimientos son cuestiones políticas.

El enunciamiento responsable, la identificación de *quien* asevera con lo *que*, y *cómo* se asevera en tanto criterio de objetividad, o el ocultamiento de quienes producen detrás de una idea de objetividad, es una decisión que promueve la visibilidad o invisibilidad de las condiciones materiales de producción de tales conocimientos. Por tanto, en una estructura sistémica desigual, esta decisión visibiliza o invisibiliza las marcas diferenciales históricas de los sujetos que acceden a posibilidades de producción de ciencia. Por otro lado, situar las aseveraciones e hipótesis en carácter de otras *lecturas más*, indefectiblemente lejos de antagonizar y sostener determinismos, intenta la *recuperación* de manera permanente, la gran tarea de la práctica científica, ir hacia los modernismos (Berman, 1982) de ayer para posicionarse críticamente en las modernidades de hoy como acto de fe en las modernidades del futuro.

Esta posición de *objetividad encarnada* contenida en las *lecturas* que, por encarnada, ya propone la delimitación de las posibilidades de interpretación y acción, supone un distanciamiento

de los propósitos universalistas, generalistas y totalitaristas arraigados en los anclajes epistemológicos del modelo racional. Una política semiótica de la articulación que busca generar nudos problemáticos contingentes en los que se preste atención tanto a las diferencias y conexiones entre los diferentes elementos articulados, como a las maneras en las que estas diferencias y conexiones son constituidas como tales y sus sujetos participantes (Haraway, 1991).

De ahí que en la medida en que la autora discute y propone sus conceptos y teorías también los incentiva a emigrar a diversos lugares cognitivos y contextos concretos a modo de poder ser utilizados. No estamos frente a abstracciones cuya densidad y complejidad desterritorializan o particularizan completamente, es decir, mantienen a la discusión encerrada en un libro impreso esperada a ser leída. Por el contrario, es este un proyecto de transformación en movimiento, al ser un conocimiento sobre las condiciones de posibilidad de la acción es total o global sin ser determinista y, es local sin ser localista. Las lecturas de Carina Muñoz (2019) relativas al diagnóstico como semiótica y el diagrama de la semiosis clínica son abordajes dispuestos a emigrar a todo lugar cognitivo a modo de poder ser utilizados y, al mismo tiempo, gozan de la especificidad suficiente en sus articulaciones para constituirse como temas locales con posibilidades efectivas de ser adoptados en tanto proyectos concretos institucionales, profesionales y de la propia vida, capaces de reconstruir tales prácticas institucionales, profesionales y de vida.

Es asunto político, también, porque el conocimiento se produce en el marco de una matriz científica de poder legitimado a través de la conversión de la *posibilidad humana* en *privilegio natural*. En la práctica científica dominante los sujetos entendidos como cognoscentes abordan al sujeto que está siendo conocido, presuponiendo a este último con características asimilables a las de un elemento exterior, objetivable, desprovisto de sentido. Al respecto, la posición de la autora es tan clara como contrapuesta a la epistemología del sujeto cognoscente. *Lecturas del cuerpo -del- paciente* discute a una acción social que articula a las experiencias de los sujetos implicados en igualdad de identidades -esenciales y existenciales- (Vasilachis de Gialdino, 2006).

La relación cuerpo –a- cuerpo entre los pacientes y los médicos abordada en el texto plantea una ruptura primero ontológica y luego epistemológica donde el saber se co/construye, una relación terapéutica dialógica en la que no se *descubre* conocimientos sobre los otros, sino que se elaboran con los otros. Considerando que: “el diagnóstico... se basa en la reconstrucción inferencial de lo que no se ve; más aún, de lo que no es para nada evidente, pero sí válido” (Muñoz, 2019, p. 148), los sujetos de la interacción terapéutica han de posicionarse en común identidad (esencial y existencial) dentro del proceso de conocimientos como condición necesaria para favorecer la identificación de referencias en la acción interpretativa.

Se trata entonces de otra forma trascendental de la condición humana para la práctica científica desde la que se posicionan las *lecturas*. Producir conocimientos comprensivos e íntimos que, antes de que nos separen, objetualicen, oculten, o sostengan nociones de distancia social, por el contrario, nos vinculen personalmente a lo que estudiamos. Una cualidad del conocimiento sopesada menos por sus posibilidades de control cuanta más por su potencial de transformación social de todos y todo lo involucrado en sus propósitos; que retoma y ubica al sujeto no solo como epistémico, sino también como empírico.

Por último y en estrecha relación, es cuestión de responsabilidad política porque la decisión de lo que se produce científicamente tiene consecuencias en las maneras en las que se favorece la construcción de significados que reproducen o transforman prácticas de dominación. Al considerar al diagnóstico como: "... una lectura más que como una recolección de evidencias, como una semiosis que da espesor al cuerpo –del- paciente, produciendo significados que permitan comprender y explicar con sentido la experiencia humana de la enfermedad" (Muñoz, 2019, p. 148), lejos de reproducir una lógica de dominación, es plausible considerar esta postura comprometida por lo *que* se construye, *quiénes* y *cómo* participan de esa construcción. Es decir, la dimensión ética tanto del quehacer científico como profesional de la autora con lo *que*, *quienes* y *cómo* conforman su mundo de vida cotidiana.

La dimensión ética –tan trascendente en los ámbitos de la salud-, el deber ser de quienes investigan y hacen ciencia, se subsume también a una dimensión política de modelos de sociedad, de relaciones, de bienestar que, lejos de ser naturales, constituyen un terreno de constante objeción. El horizonte ético no está dado de antemano, no es un producto anterior y/o externo a la interacción humana, emerge de un cúmulo de procesos por los cuales diferentes agentes, inmersos en prácticas sociales, contribuyen a fijar qué es lo *bueno* y lo *malo*, lo *normal* y lo *anormal*, lo *saludable* y lo *enfermo*, lo *correcto* e *incorrecto*, *quién* y *cómo* se define el *uno* y el *otro* y *qué* relaciones son posibles entre ellos. En las propias palabras Carina Muñoz (2019) cuando discute las dimensiones de la objetualización: "De manera tal que el problema de cómo se construyen y sobre qué horizontes se validan unas u otras interpretaciones, en la ciencia médica en acto, son cuestiones de crucial relevancia ética y no solo matices interpretativos" (p.33).

Mi intención con esta reseña ha sido insistir en la concepción significativamente humanística que, entiendo, atraviesa al texto de la mano de su autora. Una contribución así –la del texto de la mano de su autora-, a una práctica científica contemporánea que se separe de las grandes dicotomías del pensamiento social y científico convencional. Una concepción humanística que, por responsable y comprometida con lo que se interpreta, es también profundamente valiente y valerosa. Las disputas y prácticas de poder planteadas antes, que se entretujan dentro del texto requieren, para su abordaje, de especial valentía por parte de la autora. Las desarrolla en el marco de un campo de conocimientos de importante orientación androcéntrica y etnocéntrica, lo cual me permite decir, plantea al texto como acto revolucionario también: una denuncia a las formas de opresión de la ciencia tradicional que busca trastocar y desequilibrar la absolutez de la legitimidad auto otorgada por esta ciencia tradicional.

Por extensión, un acto de denuncia de las formas de opresión desprendidas de este discurso dominante científico hacia grupos de personas, presupuestos estos últimos como minorías o excepciones de las reglas. Un acto de denuncia relativo a cómo la práctica científica ha contribuido y contribuye a la negación del carácter de razón de toda forma de conocimientos y existencias que no estén contenidas en sus propios principios epistemológicos, ontológicos, metodológicos y axiológicos - de todo aquello que no forme parte de su matriz de racionalidad-. Es así que *Lecturas del cuerpo del paciente: aportes de las ciencias sociales a la semiología médica* de Carina Muñoz (2019) es una muestra revolucionaria de confianza y fidelidad con

el presente, una apuesta esperanzadora de futuro de coexistencias, una práctica científica que supera la intolerancia de la diferencia en la comprensión de este mundo que habitamos y nos invita a una práctica científica comprometida con todo aquello que nos afecta, construida entre nos/otros y para nos/otros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berman, M. (1982). *Todo lo sólido se desvanece en el aire: La experiencia de la modernidad*. Siglo XXI de España Editores.

Bourdieu, P. y Wacquant, L. J. D. (1995). *Respuestas: Por una antropología reflexiva*. Grijalbo.

Giddens, A. (1991). *Modernidad e identidad del yo: El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Ediciones Península.

Haraway, D. J. (1991). *Ciencia, cyborgs y mujeres: La reinvención de la naturaleza*. Ediciones Cátedra, Universitat de València, Instituto de la Mujer.

Muñoz, C. (2019). *Lecturas del cuerpo –del- paciente: Aportes de las ciencias sociales a la semiología médica*. EDUNER.

Sousa Santos, B. (2009). *Una epistemología del sur: La reinvención del conocimiento y la emancipación social*. Siglo XXI Editores/CLACSO.

Vasilachis de Gialdino, I. (Coord.). (2006). *Estrategias de investigación cualitativas*. Gedisa.