



Prácticas comunitarias de enfermería en la Atención Primaria en Salud



**Prácticas comunitarias de enfermería en la
Atención Primaria en Salud**

Compiladora

Diana Paola Betancurth Loaiza

Proyecto liderado académicamente por la
Universidad de Caldas

De la reflexión a la acción: prácticas comunitarias de enfermería en la Atención Primaria en Salud / Diana Paola Betancurth Loaiza, compiladora; Diana Paola Betancurth Loaiza, Liliana Orozco Castillo, María Eugenia Pico Merchán, Luz Adriana Suárez Jaramillo, Juan Andrés Arango Londoño, Lilliana Villa Vélez, Julio Eduardo Mazorco-Salas, Daniela Ocampo Restrepo y David Leonardo Jiménez García. — Medellín: Editorial Pluriverso Narrativo, 2026, 174 páginas.

ISBN digital:

Enfermería comunitaria / Atención Primaria en Salud / Salud pública / Promoción de la salud / Participación comunitaria / Educación en enfermería / Prácticas comunitarias.

Compiladora

Diana Paola Betancurth Loaiza

Autores

Diana Paola Betancurth Loaiza
Liliana Orozco Castillo
María Eugenia Pico Merchán
Luz Adriana Suárez Jaramillo
Juan Andrés Arango Londoño
Lilliana Villa Vélez
Julio Eduardo Mazorco-Salas
Daniela Ocampo Restrepo
David Leonardo Jiménez García

Autor del prólogo

Julio Eduardo Mazorco-Salas

Editores académicos

Diana Paola Betancurth Loaiza

Coordinación editorial

Leonardo Jiménez García
Editorial Pluriverso Narrativo

Diagramación y diseño

Telesalud - Universidad de Caldas

Editorial responsable

Editorial Pluriverso

Primera edición:

Agosto de 2026
Lugar de publicación: Medellín, Colombia
Formato: libro digital
Extensión: 174 páginas
ISBN digital: xxxxxxxx

Forma de citar la obra

Betancurth Loaiza, D. P. (Comp.). (2026). *De la reflexión a la acción: prácticas comunitarias de enfermería en la Atención Primaria en Salud*. Universidad de Caldas.

De la reflexión a la acción: prácticas comunitarias de enfermería en la Atención Primaria en Salud

© Editorial Pluriverso Narrativo

© De los textos: sus respectivos autores

© De las fotografías, ilustraciones, tablas y material gráfico: sus respectivos autores

Instituciones participantes

Corporación Universitaria Empresarial Alexander von Humboldt

Corporación Pluriverso Narrativo

Grupo de Investigación Ayllu Yachay: Buen conocer, territorios y coproducción de saberes para la justicia socioambiental

Fundación Universitaria del Área Andina

Universidad de Caldas

Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados
Instituto de Investigaciones en Salud
Facultad de Ciencias para la Salud
Departamento de Salud Pública
Programa de Enfermería

Unidad Central del Valle del Cauca

Grupo Salud, Cuidado y Sociedad

Universidad de Antioquia

Facultad de Medicina
Facultad Nacional de Salud Pública
Grupo de Investigación Respuesta Social en Salud

Universidad El Bosque

Facultad de Enfermería
Maestría en Salud Mental Comunitaria
Grupo Salud y Sociedad UEB

Universidad Libre, seccional Pereira

Universidad del Quindío

Las opiniones, interpretaciones y conclusiones expresadas en esta obra son responsabilidad exclusiva de sus autores y no representan necesariamente la posición institucional de las universidades y entidades participantes.

DE LA REFLEXIÓN A LA ACCIÓN: PRÁCTICAS COMUNITARIAS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Compiladora:

Diana Paola Betancurth Loaiza

Proyecto liderado académicamente por la Universidad de Caldas

Autores y grupos de investigación:

Diana Paola Betancurth Loaiza¹

Liliana Orozco Castillo ²

María Eugenia Pico Merchán ³

Luz Adriana Suárez Jaramillo⁴

Juan Andrés Arango Londoño⁵

Lilliana Villa Vélez⁶

Julio Eduardo Mazorco-Salas⁷

Daniela Ocampo Restrepo⁸

David Leonardo Jiménez García⁹

¹ Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad- Salud y Sociedad. Universidad de Caldas. Correo: diana.betancurth@ucaldas.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-7620-2336>.

² Grupo Cuidado de la Salud y la Vida Humana. Universidad de Caldas. Correo: liliana.orozco@ucaldas.edu.co. <http://orcid.org/0000-0002-8686-6168>.

³ Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad. Universidad de Caldas. Correo: maria.pico@ucaldas.edu.co <https://orcid.org/0000-0001-5416-4957>

⁴ Grupo Salud Cuidado y Sociedad. Unidad Central del Valle del Cauca, Tuluá, Colombia. Candidata a Doctora en Ciencias de la Salud. Universidad de Caldas. Correo: Lsuarez@uceva.edu.co, luz.suarez11236@ucaldas.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-8298-5154>.

⁵ Grupo Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad - Grupo Género, Sexualidades y Reconocimiento. Universidad de Caldas. Correo: juanarango-lon@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8684-4858>

⁶ Grupo de Investigación Respuesta Social en Salud. Universidad de Antioquia. Correo: liliana.villa@udea.edu.co. <https://orcid.org/0000-0001-5571-4121>

⁷ Grupo Salud y Sociedad UEB. Facultad de Enfermería, Universidad El Bosque. Correo: jemazorco@unbosque.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-2008-4382>

⁸ Universidad de Caldas. Correo: daniela.ocampo@ucaldas.edu.co. <https://orcid.org/0009-0000-7769-2533>

⁹ Grupo Pluriverso. Centro de Estudios en Poblaciones, Movilizaciones y Territorios, Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín. Correo: david.jimenez4822@unaula.edu.co <https://orcid.org/0000-0002-3253-9487>

Agradecimientos

Los autores expresan su profundo agradecimiento a las instituciones y personas que hicieron posible el desarrollo de este libro.

A la Vicerrectoría de Investigaciones y Posgrados de la Universidad de Caldas, por su apoyo en la gestión académica y el respaldo institucional.

De igual manera, al Instituto de Investigaciones en Salud, Departamento de salud pública y Programa de Enfermería de la Facultad de Ciencias para la Salud de la Universidad de Caldas, por su contribución y el acceso a espacios de discusión y análisis.

A la Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina y Facultad Nacional de Salud Pública, y al Grupo de Investigación en Respuesta Social en Salud por su colaboración en el desarrollo de este trabajo.

Finalmente, un reconocimiento especial a los estudiantes, docentes y universidades del Eje Cafetero -Universidad de Caldas, Universidad Libre seccional Pereira, Universidad del Quindío, Fundación Universitaria del Área Andina y Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt-, Facultad de Enfermería y Maestría en Salud Mental Comunitaria de la Universidad El Bosque, el centro de estudios en Poblaciones Movilizaciones y Territorios de la Universidad Autónoma Latinoamericana de Medellín, y la editorial Pluriverso; que participaron activamente en este proceso, con el aporte de sus conocimientos, experiencias y reflexiones, las cuales fueron fundamentales para la construcción colectiva de este libro.

Tabla de contenido

Introducción

Capítulo 1. Comunidad y salud: un viaje a través del tiempo

Breve historia de la salud pública

Comunidades primitivas y cuidado colectivo (Prehistoria – 3000 a. C.)

Civilizaciones antiguas: organización social y primeros sistemas de salud pública (3000 a. C. – 500 d. C.)

Edad Media: comunidades religiosas y hospitales caritativos (500 – 1500)

El Renacimiento y la Ilustración: el despertar de la conciencia social y su influencia en la salud de las comunidades

Revolución Industrial y urbanización: emergencia de la salud pública moderna (1750 – 1900)

Siglo XX: la salud pública como derecho y la participación comunitaria (1900 – 1978)

Globalización y determinantes sociales de la salud (1980 – actualidad)

Orígenes y desarrollo del concepto de comunidad

Comunidad y sociedad

La comunidad desde una perspectiva psicológica, social y geográfica

Referencias bibliográficas

Capítulo 2. Prácticas de enfermería para cuidar en comunidad: Atención Primaria en Salud

¿Qué aborda la enfermería comunitaria?

¿Qué es importante para la formación en enfermería comunitaria?

Resultados

Entre la complejidad y la simplicidad de las prácticas comunitarias de enfermería

Enfermería Comunitaria: La Brecha entre la Teoría y la Práctica

La acción y creación relacional en la educación

¿Cómo se interpretan y se relacionan estos resultados con el contexto de la investigación?

Referencias bibliográficas

Capítulo 3. Atención Primaria en Salud: La necesidad de vincular actores clave (Stakeholders)

Atención Primaria en Salud

¿Quiénes son los Stakeholders en la Atención Primaria en Salud?

¿Qué papel cumplen los stakeholders en el proceso participativo en salud?

¿Colaboración o conflicto entre los Stakeholders?

Beneficios de la interacción de los Stakeholders

El potencial de la colaboración en la Atención Primaria en Salud

Referencias bibliográficas

Capítulo 4. Tejer cuidados: enfoque interseccional y formación sociopolítica en las prácticas comunitarias

La interseccionalidad como herramienta de análisis y acción comunitaria

Análisis sociopolítico: comprender las desigualdades estructurales en las prácticas comunitarias

Desafíos y oportunidades en la aplicación de estos enfoques

Referencias bibliográficas

Capítulo 5. Experiencia investigativa en las prácticas de enfermería comunitaria: el caso del Eje Cafetero

Florecer en comunidad: reflexiones curriculares desde el Árbol de la Vida

Análisis curricular: caracterización de currículos relacionados con prácticas comunitarias

Percepción de los docentes: El acercamiento de lo teórico a lo práctico en enfermería comunitaria: una aproximación

Educación para la salud como herramienta medular del cuidado comunitario

Percepción de los estudiantes: la enfermería comunitaria desde el reconocimiento

Concepciones frente a la práctica: florecimiento de sentimientos en el cuidado a la comunidad

Experiencia de los estudiantes en el proceso educación – aprendizaje

Las prácticas al servicio de la comunidad: contexto, dinámicas y desafíos

Dificultades que conducen al desconocimiento social

Referencias bibliográficas

Capítulo 6. Caso para la praxis: el desarrollo de las capacidades para la crianza

El enfoque de las capacidades humanas

La educación popular y las capacidades en esta experiencia

Los círculos de crianza

La entrada al campo

El diálogo de saberes y la participación

El desarrollo de la propuesta educativa

Acercándonos a la comunidad

Metodologías participativas

¿Qué ejemplos de estas metodologías participativas se han trabajado?

Los círculos de cultura

Mapa de actores desde los activos para el reconocimiento de capacidades

Referencias bibliográficas

Capítulo 7. Cartografía social y redes de salud mental comunitaria en Colombia: Un enfoque sociocrítico

Marco teórico desde el enfoque sociocrítico

Educación liberadora y participación: aportes de Paulo Freire

Investigación-acción participativa: Orlando Fals Borda y la co-construcción del conocimiento

Diálogo de saberes, cosmovisiones y decolonialidad: aportes de Arturo Escobar

Teoría crítica del espacio: Lefebvre, Harvey y Massey – territorio y salud mental

Metodología: la cartografía social como herramienta participativa en salud mental comunitaria

Experiencias colombianas de salud mental comunitaria y cartografía social

La Escuela Nacional del Grito: arte, juventud y territorio emocional

Psicología Sin Fronteras Colombia: brigadas comunitarias y escucha activa

El SISPI y la salud mental intercultural: territorio, autonomía y saber propio

Referencias bibliográficas

Recomendaciones

A modo de corolario

Índice de figuras

Capítulo 1.

- Figura 1. La Evolución de la Salud en las Comunidades Humanas
- Figura 2. Evolución de la salud pública a lo largo de la historia
- Figura 3. Contraste entre comunidad y sociedad según Ferdinand Tönnies
- Figura 4. Línea de tiempo del concepto de comunidad

Capítulo 2.

- Figura 5. Contexto de la APS
- Figura 6. ¿Cómo se hizo la revisión narrativa?
- Figura 7. La comunidad, el docente y el estudiante

Capítulo 3.

- Figura 8. Componentes de la Atención Primaria en Salud en Colombia
- Figura 9. Los Stakeholders en el proceso participativo en la Atención Primaria en Salud
- Figura 10. Etapas del proceso participativo en salud
- Figura 11. Tensiones en la interacción de los Stakeholders en Atención Primaria en Salud
- Figura 12. Beneficios de la interacción de los Stakeholders

Capítulo 4.

- Figura 13. Triada de opresión dentro de la interseccionalidad
- Figura 14. Pirámide de competencias en enfermería desde una formación sociopolítica.

Capítulo 5.

- Figura 15. Práctica comunitaria, Fundación Universitaria del Área Andina
- Figura 16. El Árbol de la Vida
- Figura 17. Análisis curricular de las universidades del Eje Cafetero
- Figura 18. Trabajo con docentes y estudiantes, Fundación Universitaria del Área Andina
- Figura 19. Laboratorio de simulación en Salud Pública
- Figura 20. Huerta urbana comunitaria Villa Juanita (Villamaría, Caldas)
- Figura 21. Experiencia de los estudiantes en relación con la práctica comunitaria

Figura 22. Esferas de reconocimiento recíproco

Figura 23. Reconocimiento de las prácticas comunitarias en las esferas planteadas por Honneth

Figura 24. Experiencias de los estudiantes Fundación Universitaria del Área Andina en las prácticas comunitarias

Figura 25. Experiencia de los estudiantes en la comunidad, Fundación del Área Andina

Índice de tablas

Capítulo 2.

Tabla 1. Diferencias a nivel comunitario y en el ámbito educativo

Tabla 2. Estrategias a desarrollar en enfermería comunitaria

Capítulo 3.

Tabla 3. Atributos de los Stakeholders y su influencia en un proceso de toma de decisiones para establecer prioridades de atención sanitaria

Capítulo 4.

Tabla 4. Habilidades socioculturales a desarrollar.

Capítulo 5.

Tabla 5. Ficha descriptiva general de cinco universidades del Eje Cafetero

Siglas

- **ABP:** Aprendizaje Basado en Problemas
- **a. C.:** antes de Cristo
- **APP:** Asociaciones público-privadas
- **APS:** Atención Primaria en Salud
- **CUSAVI:** Grupo de investigación Cuidado de la Salud y la Vida
- **d. C.:** después de Cristo
- **DSS:** Determinantes Sociales de la Salud
- **EBE:** Enseñanza Basada en Evidencia
- **GIPSPE:** Grupo de investigación Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad
- **IIS:** Instituto de Investigaciones en Salud
- **INS:** Instituto Nacional de Salud
- **INVIMA:** Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
- **PAIS:** Política de Atención Integral en Salud
- **PDSP:** Plan Decenal de Salud Pública
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **ONGs:** Organizaciones No Gubernamentales
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
- **SGSSS:** Sistema General de Seguridad Social en Salud
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana

Glosario de términos

- **Prácticas:** este concepto da cuenta de las actividades como aspectos constitutivos de la sociedad y que se desarrollan en la vida cotidiana.
- **Comunidad:** conjunto de seres humanos unidos no solo por una delimitación geográfica sino por un deber, donde se generan vínculos espontáneos, sociales para lograr la satisfacción de intereses comunes a sus miembros. Se da sin esperar retribución.
- **Enfermería comunitaria:** componente de la enfermería que desarrolla y aplica de forma holística en el contexto de la salud pública, los cuidados a las personas, las familias y las comunidades en la salud-enfermedad, con el fin de permitirle a la sociedad transitar hacia el bienestar y el buen vivir.
- **Salud:** condición vital de bienestar emocional, psicológico y social interrelacionados entre sí, para el desarrollo y vivencia de las personas, cuyos componentes se ven afectados por los determinantes sociales de la Salud.
- **Salud Pública:** conjunto de acciones bajo la rectoría del Estado que buscan garantizar de manera integrada, la salud de la población, estas acciones deberán promover la participación de todos los sectores de la comunidad que incluye también a la comunidad académica y al sector empresarial.
- **APS:** es una de las estrategias en salud más adecuada y pertinente para construir sistemas de salud equitativos y de calidad, que permitan garantizar la atención a personas, familias, así como a las comunidades, para acceder a servicios integrales con enfoque de los determinantes sociales de la salud hacia el goce efectivo de los derechos.
- **Stakeholders o actores clave:** los grupos de interés (Stakeholders), se constituyen en una amplia gama de actores: personas, familias, directivas, autoridades, ciudadanía, organizaciones, líderes, comunidades, que están interesados e involucrados en sus respectivas

entidades con algún tipo de representación, pueden influir o verse afectadas por políticas, programas o proyectos que se pretendan implementar.

- **Cuidado de enfermería:** cuidado realizado desde la autonomía y/o colaborativo por un profesional de enfermería en la experiencia o vivencia de la salud humana con las personas, familias y comunidades.
- **Interseccionalidad:** condiciones o categorías socialmente construidas -generalmente raza, género y clase social- que convergen en las personas, son experimentadas de manera dinámica, simultánea y diferencial en la vida social y cotidiana, las cuales pueden conllevar a discriminación, desigualdad, injusticia y opresión.
- **Inequidad:** desigualdades injustas, innecesarias y evitables o prevenibles en materia de salud entre grupos poblacionales de un mismo país.
- **Desigualdad:** diferencias sistemáticas, naturales, no evitables en uno o varios aspectos de la salud entre distintos grupos poblacionales diferenciados económica, demográfica o geográficamente.
- **Sociopolítica:** se refiere a todo lo relacionado con lo social y lo político de forma simultánea. Es decir, a los fenómenos, hechos o procesos que involucran tanto las relaciones entre personas o grupos dentro de una sociedad, como las decisiones de poder, organización y gobierno que afectan a esa sociedad.
- **Investigación:** Conjunto de actividades humanas dedicadas al entendimiento, comprensión, aplicación de nuevos saberes, descubrimientos, conocimientos, conclusiones, teorías o leyes, además de la resolución de problemas concretos.
- **Currículo:** Conjunto de estudios y prácticas pedagógicas que organiza temas, contenidos y asignaturas destinadas a que el estudiante desarrolle plenamente sus posibilidades y no reducirlo al proceso de enseñanza- aprendizaje mecánico, sino que favorezca la comprensión de las realidades y necesidades de los diferentes actores educativos.

- **Fenómeno social:** todos aquellos eventos, tendencias o reacciones que tienen lugar dentro de una sociedad humana establecida. Se evidencian a través de modificaciones colectivas de conducta.
- **Vulnerabilidad:** se refiere a la susceptibilidad de ser afectado por una amenaza o fenómeno específico y la condición humana de estar en situaciones específicas de pérdida, que pueden ser de la salud, del ingreso, sociales y de la influencia en su capacidad de anticipar, resistir y recuperarse del impacto ante una amenaza.
- **Capacidad humana:** Se refiere a las libertades y oportunidades de una persona para elegir y actuar en diferentes contextos. Incluye las capacidades básicas (innatas), las internas (desarrolladas en interacción con el entorno) y las combinadas, que dependen del acceso a medios para ejercer esas libertades.
- **Práctica reflexionada:** la práctica reflexionada es una forma de aprendizaje profesional conformada por las experiencias de cada docente en su contexto y consecuentemente, la reflexión sobre la propia práctica, con el fin de aprender sobre ella.
- **Educación para la Salud:** proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje que fortalece el potencial de las personas, familias y comunidades con miras a promover el cuidado de la salud para transformar de manera positiva sus vidas.
- **Resultados de aprendizaje:** indican lo que un estudiante debe conocer y demostrar al finalizar su programa académico. Sirven como eje para evaluar y mejorar el currículo, serán establecidos teniendo en cuenta las tendencias disciplinares que configuran la profesión; el perfil de formación que se espera desarrollar, la naturaleza, nivel de formación y modalidad académica; y los estándares internacionales.
- **Competencias:** Son conjuntos de conocimientos, habilidades, actitudes y aptitudes que permiten comprender y resolver problemas eficazmente en distintos contextos. Se evalúan mediante resultados de aprendizaje y se desarrollan a lo largo de la vida a través del ejercicio profesional y el aprendizaje continuo.

- **Reconocimiento:** la persona requiere de la relación con los demás para conformar y sostener una identidad sólida y completa. Es el medio por el cual formamos nuestro sentido del “yo” a través de los demás y nos auto definimos. Se sostiene así que los individuos articulan una identidad y un sentido de autoestima a partir de las relaciones sociales que los constituyen, relaciones sociales reconocibles a través de las que reciben aprobación y reconocimiento por sus acciones, en cuyo contexto pueden los seres humanos sentirse seguros de su «dignidad» o integridad.
- **Menosprecio:** experiencia negativa por ausencia de reconocimiento que ocasiona el debilitamiento de la confianza, el respeto y la pérdida de la autoestima.
- **Derecho a la salud:** definido en el territorio colombiano como un derecho fundamental consolidado por la Corte Constitucional en el año 2008, más precisamente dilucidado en el artículo 49 de la Constitución Política, como un servicio público a cargo del Estado, el cual debe ser garantizado bajo los principios de universalidad, igualdad, accesibilidad, calidad y continuidad para toda la población Colombiana.
- **Determinantes sociales de la salud:** enfoque que propone un modelo a partir de dos niveles: estructurales e intermediarios. Los determinantes estructurales involucran: la posición socioeconómica, el género y la etnia; frente a la posición socioeconómica, ésta comprende: la educación, la ocupación y el ingreso de las personas; dentro de los intermediarios están: factores biológicos y psicosociales que condicionan la salud y los sistemas de salud. Los determinantes estructurales impactan la equidad en salud por medio de su interacción sobre los intermediarios.
- **Cultura:** expresión de una manera de vivir y de actuar típica de las personas, incluye creencias, actitudes, valores, costumbres, normas, tabúes, artes, hábitos y modos de vida explícitos e implícitos aceptados por una comunidad de individuos en un momento histórico determinado.

Prólogo

Prólogo

Julio Eduardo Mazorco-Salas

La Atención Primaria en Salud, al igual que la enfermería, tiene sus orígenes en la búsqueda de la territorialización de los servicios, la descentralización de los hospitales y sus implicaciones en relación con el aislamiento, la asepsia, la distancia de contacto, la lejanía del hogar, la pérdida de la sazón de casa y de los lugares donde se cultivan los afectos. Esto se planteaba como una alternativa a la centralización de la salud en la medicina biológica, que se enfoca principalmente en la enfermedad y no en las personas.

Sin embargo, con el tiempo y la consolidación de la enfermería como disciplina, así como la transformación de los sistemas de salud en sistemas-negocio en el marco del complejo médico industrial y financiero -donde priman la economía y el papeleo-, han desviado el enfoque inicial. Se ha pasado de un modelo centrado en el cuidado del otro, sus historias, necesidades, contexto y territorio, a uno que retoma prácticas médicas tradicionales, orientadas principalmente a la curación de la enfermedad, en detrimento del cuidado integral y el florecimiento de la vida.

De manera que, muchas de las prácticas que se enuncian como comunitarias en enfermería en atención primaria se orientan a procesos de diagnósticos y estudio de prevalencias de enfermedades, su gestión y riesgos asociados, prácticas asistenciales, sanitarias y miradas epidemiológicas poblacionales para provisión de servicios. Esto genera un vacío en aspectos fundamentales de lo histórico, comunitario y territorial, como la gestión, las necesidades y capacidades de las personas, grupos y comunidades, sus activos y potencialidades para el cuidado de sí.

Al mismo tiempo, estas prácticas tienden a reducir el rol de los profesionales en la educación sanitaria, basadas en saberes expertos y prejuicios sobre lo que debe ser saludable y los estilos de vida deseados. También se limitan a visitas domiciliarias para atención básica, replicando así el modelo hospitalario, pero en el entorno del hogar.

Se evidencia así cómo el discurso médico se ha apropiado del sujeto comunitario, transformándolo en un cliente y desarticulando sus dimensiones al comprenderlo desde la enfermedad en lugar de la salud.

Este enfoque ha contribuido a la pérdida de soberanía del individuo sobre su relación consigo mismo, su cuerpo, su cuidado, los otros y su entorno. Desde esta perspectiva de la salud, no se profundiza en las estructuras y procesos vinculados a las condiciones sociales de inequidad. Como resultado, las líneas de intervención no se basan en una comprensión compleja de la vida, lo que limita la posibilidad de desarrollar acciones planificadas y efectivas para abordar dichos factores.

Desde una perspectiva ética y política, se ha desarrollado una propuesta en torno al cuidado como apuesta transformadora esencial y urgente para el presente y el futuro de la humanidad y la vida. Se ilustra la ausencia de cuidado como síntoma de la crisis civilizatoria de occidente y de las visiones centradas en el capital económico e ideas de progreso y desarrollo del mundo, a costa de su destrucción. Es por ello que a lo largo de este libro se plantea una práctica comunitaria centrada en el cuidado, reflexionando así sobre las dimensiones de este y las posibilidades del cuidado como modo-de-ser-en-el-mundo, de ser cuidado y cuidador. De esta manera, se traza una ruta de comprensión histórica sobre el cuidado y el futuro de la vida.

Esta forma de ser y estar en el mundo desde el cuidado, que hoy se torna urgente para la humanidad, ha sido el eje central de la enfermería desde sus orígenes históricos hasta su consolidación como saber ancestral, campo científico, disciplina, profesión y praxis transformadora. Esto mismo pervive en distintas apuestas formativas en enfermería. Así, la enfermería, en sus múltiples dimensiones, se posiciona como un saber clave para la construcción de aprendizajes que permitan afrontar los desafíos complejos derivados de las crisis civilizatorias en Occidente y sus crecientes impactos en la calidad de vida, el bienestar y el cuidado de la salud de las personas, grupos y comunidades.

Por ello, se busca enfatizar una ruta argumentativa en torno a la enfermería comunitaria y la Atención Primaria en Salud, sustentada en la hipótesis de que el desarrollo de los modelos teóricos en enfermería ha seguido un camino paralelo —y en ocasiones distante— a las concepciones y prácticas del cuidado. Este planteamiento pretende contribuir a la construcción de condiciones que favorezcan una práctica de cuidado holística dentro de la enfermería y otros saberes relacionados con la salud comunitaria y colectiva.

El devenir del saber y la práctica de la enfermería está marcado por procesos de transformación de las formas de ser, conocer y hacer en salud. Estos cambios se han dado en el marco de procesos históricos en la concepción del ser humano y la vida, desarrollos técnicos y tecnológicos, entornos sociales cada vez más complejos, aproximaciones más integrales de la práctica y esfuerzos por hacer del cuidado un eje transversal de la praxis de la profesión y su base bio-psico-socio-comunitaria.

El campo de la enfermería se ha nutrido de saberes milenarios sobre el cuidado humano y de los procesos de construcción como campo de conocimiento y práctica. Estos saberes han variado en el tiempo y el espacio, mutando de sentido y de rol a los cuidadores acorde a la época y las necesidades de cada momento. Por otro lado, se constituye como profesión en el siglo XIX, y como otras ramas de la salud, tiene un primer enfoque higienista que con los desarrollos teóricos e investigativos irá incorporando transformaciones de enfoque, de miradas fragmentadas de lo humano, hacia perspectivas más integradoras e integrales de la disciplina.

Algunos referentes que han contribuido a la construcción de la enfermería como campo de conocimiento plantean una ruta de humanización que transita desde sus raíces en el asistencialismo y la caridad, influenciadas por el legado cristiano-católico de la profesión, así como por los enfoques higienistas del paradigma médico hegemónico. Esta evolución ha derivado en enfoques centrados en los sistemas y las necesidades humanas. Los avances de la enfermería como disciplina se han nutrido de desarrollos en teorías comunicacionales, sociológicas, psicológicas y filosóficas, consolidando así una praxis propia del cuidado.

Este proceso de humanización del saber enfermero facilitó la adopción de enfoques integradores que vinculan el entorno con la persona, así como teorías de relaciones interpersonales y perspectivas que promovieron transformaciones en las concepciones y prácticas sobre el ser humano y la vida. Esto supuso un tránsito desde la visión de la persona como un objeto enfermo y pasivo, hacia la comprensión de sujetos-clientes parte de su propio proceso de salud-enfermedad-cuidado.

Los cambios en la enfermería y en la Atención Primaria en Salud han ampliado el rol del personal de enfermería. Así, se ha pasado de funciones centradas en la sujeción del cuerpo y la administración de medicamentos, a

una participación activa en el acompañamiento de terapéuticas personales, familiares y comunitarias. No obstante, esta transformación también ha implicado la asunción de procesos administrativos y burocráticos relacionados con el aseguramiento de la calidad dentro de los sistemas de salud.

A partir de esta intersección, se sugieren reflexiones sobre el lugar de la enfermería y sus prácticas comunitarias en la Atención Primaria en Salud, sus saberes y prácticas en el cuidado de la enfermería como alternativa al discurso biomédico, es decir, un abordaje del cuidado en salud que vincule al sujeto, con sus relaciones, saberes, prácticas y el propio cuerpo. Se pretende favorecer de esta manera la resignificación del sujeto-cliente del entorno de la salud, para devenir en sujeto apropiado de sus procesos de salud-enfermedad-cuidado en su vida cotidiana y en sus propios contextos.

Enunciado así, se exige repensar los retos del saber y la práctica de la enfermería en el campo de la salud en Colombia contemporánea. Es necesario poner en diálogo las distintas perspectivas de la enfermería y de la Atención Primaria en Salud en la búsqueda de aproximaciones más holísticas sobre lo humano y la salud. Existe la necesidad de que la enfermería continúe su búsqueda de prestación de servicios humanizados, centrados en la vida y el cuidado integral del ser.

Es urgente la construcción de una enfermería que se cuide a sí misma para cuidar así de los otros y de lo otro. Este panorama reconfigura y potencia la tarea de la enfermería, como una tarea de la humanidad, construir presentes posibles desde el cuidado y el reconocimiento como seres colectivos y sujetos de derechos.

En este marco problémico, este libro tiene un doble significado, por un lado se constituye como un aporte y línea de fuga para el pensamiento y la praxis alternativa en torno al rol de la enfermería y sus prácticas comunitarias en Atención Primaria en Salud, tanto en el desarrollo de marcos conceptuales y metodológicos, como en las experiencias presentadas, y por otro lado, como un aporte a la construcción de públicos pluridisciplinarios y de otros saberes dentro y fuera del campo de la enfermería y de la salud.

Introducción

Introducción

La enfermería comunitaria es un campo dinámico y fundamental para enfrentar los problemas de salud del siglo XXI. Este libro presenta una visión integral de sus prácticas, desde las raíces históricas de la salud pública hasta las experiencias innovadoras que hoy transforman el cuidado.

Tradicionalmente, la práctica de la enfermería se ha asociado casi exclusivamente al ámbito hospitalario y al cuidado individual. Sin embargo, su propósito trasciende la atención clínica o las visitas domiciliarias; busca reconocer y trabajar en conjunto con las comunidades para desarrollar e implementar soluciones que respondan a sus necesidades de salud.

A diferencia de otros textos, esta obra integra la formación profesional en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS) bajo un enfoque sociocrítico. No solo se brinda atención técnica, sino que se analiza la interseccionalidad y las desigualdades sociales. A lo largo de estas páginas, se destacan experiencias que ponen en valor los conocimientos locales, como el uso de cartografía social creada por los vecinos para resolver problemas comunes. Es, en esencia, una herramienta que conecta la teoría académica con la praxis investigativa territorial.

En este sentido, se invita al lector a emprender un viaje intelectual a través de siete capítulos que exploran la relación entre comunidad y salud.

El *Capítulo 1*, “Comunidad y salud: un viaje a través del tiempo”, dilucida cómo las dinámicas sociales y los cambios civilizatorios han moldeado las concepciones y prácticas de salud en las comunidades. El *Capítulo 2*, “Prácticas de enfermería para cuidar en comunidad: Atención Primaria en Salud”, identifica áreas clave que enfrenta la formación de profesionales de enfermería para brindar cuidados integrales, el papel de docentes y estudiantes en los entornos comunitarios de aprendizaje.

El *Capítulo 3*, “Atención Primaria en Salud: La necesidad de vincular actores clave (Stakeholders)”, se centra en la importancia crítica de la colaboración activa y coordinada de la sociedad civil, líderes comunitarios, organizaciones gubernamentales, instituciones educativas, personal de salud, organizaciones no gubernamentales, y el sector privado. El *Capítulo*

4, “Tejer cuidados: enfoque interseccional y formación sociopolítica en las prácticas comunitarias”, introduce estas herramientas para comprender las complejidades de la salud y su necesaria inclusión en la formación académica.

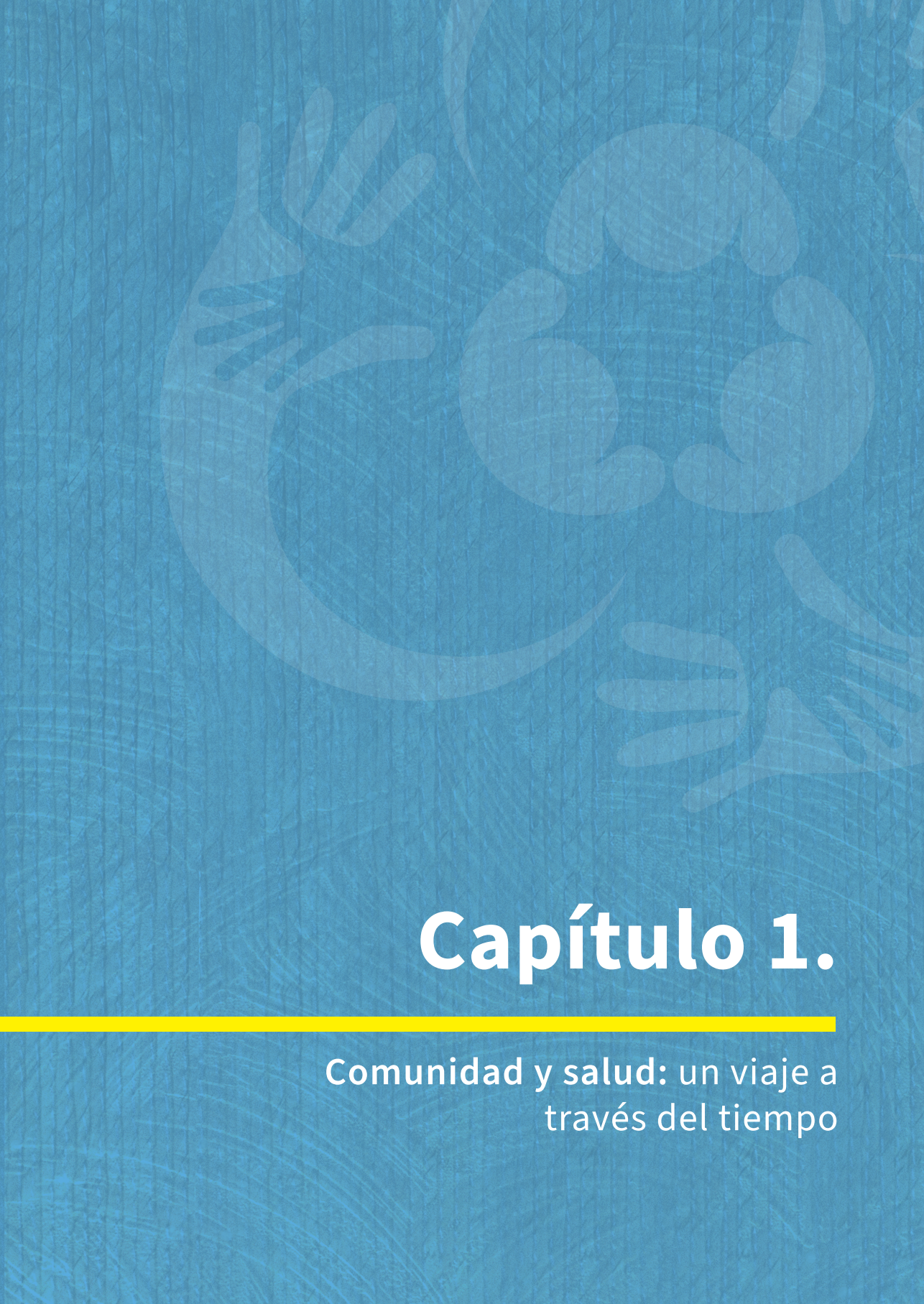
El *Capítulo 5*, “Experiencia investigativa en las prácticas de enfermería comunitaria: el caso del Eje Cafetero”, presenta un estudio que profundiza en las prácticas de enfermería comunitaria en esta región colombiana, reflexiona sobre la formación del ser, analiza el componente comunitario de currículos de enfermería y las percepciones de docentes y estudiantes sobre las prácticas.

El *Capítulo 6*, “Caso para la praxis: el desarrollo de las capacidades para la crianza”, presenta un apartado de un estudio de caso que examina una iniciativa de educación popular centrada en la crianza, los métodos participativos empleados para guiar el proceso y el marco general de la crítica al desarrollo, el desarrollo humano y la expansión de las capacidades humanas.

El *Capítulo 7*, “Cartografía social y redes de salud mental comunitaria en Colombia: un enfoque sociocrítico”, presenta la cartografía social como herramienta participativa para fortalecer redes comunitarias de cuidado y promover una salud mental colectiva desde un enfoque crítico, intercultural y de justicia social. Este capítulo complementa la visión del libro al integrar nuevas perspectivas sobre el papel de la enfermería en la comprensión y transformación de los territorios de vida y bienestar en las comunidades.

Finalmente se dan unas recomendaciones generales, se identifican elementos clave para el fortalecimiento de la formación en Enfermería, la consolidación de prácticas comunitarias con presencia territorial sostenida y la toma de decisiones en política pública. Estas orientaciones, que se presentan de manera integrada al final, buscan aportar a la transformación de las prácticas formativas, profesionales e institucionales, en coherencia con un enfoque preventivo, comunitario y centrado en los territorios.

Este libro busca inspirar a los actuales y futuros profesionales en enfermería a adoptar un enfoque crítico y reflexivo. Valora la diversidad y el trabajo conjunto entre actores sociales, educativos y de salud desde la perspectiva de la enfermería comunitaria para transformar los territorios.

The background of the entire page is a textured blue. Overlaid on this is a large, faint, light-blue illustration. It depicts several hands of different sizes and orientations, some reaching upwards and others downwards, as if they are collectively holding or supporting a large, glowing globe in the center. The globe has a grid-like pattern, suggesting latitude and longitude. The hands are stylized with simple lines for fingers and palms.

Capítulo 1.

Comunidad y salud: un viaje a
través del tiempo

Capítulo 1. Comunidad y salud: un viaje a través del tiempo

Luz Adriana Suárez Jaramillo

“La forma de expresión más natural y orgánica de toda relación interhumana es la Comunidad, entendida como el agrupamiento colectivo que tiene entre sus elementos componentes un vínculo de unión de carácter espontáneo y natural”.

Alfredo Poviña

Breve historia de la salud pública

Desde tiempos ancestrales, la salud ha sido un elemento fundamental en el desarrollo de las comunidades humanas. A medida que las sociedades evolucionan y las relaciones sociales se complejizan, la salud se ve influenciada por una serie de factores interconectados. Las transformaciones en los estilos de vida, la organización social, el acceso a recursos y las interacciones con el entorno dejaron su huella en la salud de las poblaciones (Figura 1).

Figura 1. La Evolución de la Salud en las Comunidades Humanas



Fuente: elaboración propia.

Desde las primeras comunidades primitivas hasta las sociedades modernas del siglo XXI, la relación entre comunidad y salud ha experimentado cambios significativos, impulsados por avances científicos, tecnológicos, sociales y culturales (1-4).

Comunidades primitivas y cuidado colectivo (Prehistoria – 3000 a. C.)

En el Paleolítico, la etapa más antigua del desarrollo humano, nuestros antepasados vivían en grupos pequeños y nómadas, dedicados a la caza y la recolección de alimentos. A pesar de su estilo de vida aparentemente simple, estas sociedades ya contaban con estructuras sociales organizadas y evidencia del uso del fuego, herramientas de piedra y expresiones artísticas.

Durante este período, los humanos modernos (*Homo sapiens*) evolucionaron en África y se expandieron por todo el mundo, adaptándose a diferentes entornos y condiciones climáticas. La última Edad de Hielo, que terminó entre el 11.000 y el 8.000 a. C., jugó un papel importante en la dispersión de la humanidad por las diferentes masas terrestres.

El Mesolítico fue un período de transición en el que algunas sociedades de cazadores-recolectores comenzaron a adoptar la agricultura como principal medio de subsistencia. Este cambio, conocido como la Revolución Neolítica, se produjo por primera vez en Oriente Medio entre el 9000 y el 8000 a. C., y llegó a Europa alrededor del 3000 a. C.

La domesticación de animales y el cultivo de plantas trajeron consigo nuevas habilidades, como el almacenamiento y la cocción de alimentos, la alfarería y el comercio. Estas innovaciones no solo mejoraron las técnicas de supervivencia, sino que también impulsaron el crecimiento demográfico y la expansión de las comunidades.

A medida que las sociedades crecían y se volvían más complejas, la vivienda comunitaria se hizo esencial para adaptarse a los cambios ambientales y los peligros. La vida en comunidad permitió a las personas protegerse mutuamente, compartir recursos y desarrollar nuevas formas de organización social.

La organización social dio lugar a innovaciones en herramientas, técnicas de caza, vestimenta, refugio, uso del fuego, entierro de muertos y eliminación de desechos. Sin embargo, la vida en comunidad también trajo consigo nuevos desafíos para la salud. Las enfermedades relacionadas con el medio ambiente y los patrones de vida se convirtieron

en una preocupación constante. Las personas buscaban tratamientos herbales y recurrían a prácticas mágicas y religiosas para prevenir y curar enfermedades.

Civilizaciones antiguas: organización social y primeros sistemas de higiene pública (3000 a. C. – 500 d. C.)

La agricultura y el desarrollo de las ciudades, si bien trajeron progreso, también propiciaron la propagación de enfermedades, lo que impulsó a las comunidades a buscar soluciones para proteger la salud de sus miembros.

Las primeras civilizaciones combinaron creencias místicas con conocimientos prácticos de medicina. La escritura permitió documentar estos saberes, como en el Código de Hammurabi, que regulaba la práctica médica. La formación de médicos y las normas éticas evolucionaron en diversas sociedades, con escuelas que funcionaban como gremios.

Civilizaciones como la china, egipcia, hebrea, india e incaica implementaron medidas para el manejo del agua, alcantarillado y drenaje, reconociendo la importancia de la higiene.

China e India se destacaron por sus avances en salud pública. China implementó medidas de protección del agua potable y sistemas de alcantarillado, mientras que India desarrolló la medicina ayurvédica, con escuelas de medicina y “hospitales públicos”. Ambas civilizaciones reconocieron la importancia de la higiene personal y el saneamiento.

Egipto e Israel también hicieron importantes contribuciones. Egipto desarrolló habilidades quirúrgicas y la organización de la atención médica, con especialización y capacitación. La ley mosaica hebrea, por su parte, enfatizaba la prevención de enfermedades a través de la higiene, el aislamiento de enfermos y la regulación de la conducta sexual.

Durante este periodo, la salud se interpretaba bajo el modelo hipocrático-galénico, el cual la concebía como el equilibrio (eucrasia) entre los cuatro humores o fluidos corporales: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra; su desequilibrio (discrasia) era considerado la causa de la enfermedad. En consecuencia, las prácticas para restaurar la salud se basaban en la observación clínica, la dieta, los remedios naturales y la higiene.

Bajo esta concepción de la salud, tanto Grecia como Roma sobresalieron por su enfoque en los hábitos de higiene y el saneamiento de los espacios (higiene pública). Hipócrates, en Grecia, articuló el método clínico de observación y estableció los primeros códigos de ética médica. Enfatizó en la relación entre las enfermedades y el entorno (los aires, las aguas y los lugares). Roma, por su parte, se distinguió por la implementación de sistemas de acueductos, alcantarillado y planificación urbana.

Edad Media: comunidades religiosas y hospitales caritativos (500 – 1500)

Tras la caída del Imperio Romano en el siglo V d.C, la Iglesia cristiana se convirtió en la principal fuerza en la vida de las personas, influyendo en todos los aspectos de la sociedad, incluida la salud. Se mantiene el modelo hipocrático-galénico, pero la enfermedad se interpreta también, como un castigo divino por los pecados, y la curación se buscaba a través de la oración, la penitencia y el exorcismo.

Los monasterios, con sus instalaciones sanitarias bien desarrolladas, se convirtieron en centros de aprendizaje, atención médica, hospicio para viajeros y cuidado para enfermos y pobres. Los monjes eran los principales médicos, guiados por la doctrina y la ética de la Iglesia, y su conocimiento se basaba en las enseñanzas de Galeno.

La escolástica, o el estudio de textos antiguos, limitó el desarrollo de la ciencia experimental. La población, mayoritariamente rural, vivía en condiciones precarias, con alta mortalidad infantil y materna. Enfermedades como la lepra, la malaria, el sarampión y la viruela eran comunes.

A pesar de las limitaciones en el conocimiento médico y las condiciones de vida, la Iglesia y los monasterios desempeñaron un papel fundamental en el cuidado de los enfermos y necesitados, siguieron la tradición de la medicina griega y romana. Su labor caritativa y su enfoque en el bienestar espiritual sentaron las bases para el desarrollo de la atención médica en la Edad Media.

El período medieval tardío (siglos XI al XV) fue un período de importantes cambios y transformaciones en la salud comunitaria. Durante este tiempo,

los antiguos conceptos de salud hebreos y grecorromanos se conservaron y florecieron en el Imperio musulmán, mientras que, en Europa, los hospitales monásticos fueron gradualmente reemplazados por hospitales municipales, voluntarios y gremiales. Además, la práctica médica secular se promovió y reguló, y las universidades se convirtieron en centros de erudición y educación médica.

En el mundo islámico, figuras destacadas como el rabino, filósofo y médico judío del siglo XII, Moisés Maimónides (Rambam), ayudaron a sintetizar la medicina romana, griega y árabe con los conceptos mosaicos de aislamiento de enfermedades contagiosas y saneamiento. Sus obras influyeron en la medicina tanto en el mundo islámico como en Europa.

El auge de los hospitales

Entre los siglos VIII y XII, se establecieron hospitales en los monasterios para brindar caridad y cuidados a los enfermos y moribundos. Estos hospitales eran centros de alfabetización y atención médica, y promovieron la ética de cuidar al paciente enfermo como un acto de caridad. Sin embargo, entre los siglos XII y XVI, estos hospitales monásticos fueron gradualmente reemplazados por hospitales municipales, voluntarios y gremiales. Estos nuevos hospitales brindaban atención médica a una gama más amplia de personas y, a menudo, estaban equipados con mejores instalaciones y personal.

La promoción de la práctica médica secular

A principios de la Edad Media, la mayoría de los médicos en Europa eran monjes. Sin embargo, en 1131 y 1215, las resoluciones papales restringieron cada vez más el trabajo médico de los clérigos, lo que promovió la práctica médica secular. En 1224, el emperador Federico II de Sicilia publicó decretos que regulaban la práctica médica y establecían los requisitos para obtener la licencia, lo que sentó un precedente para la regulación de la profesión médica en Europa.

El papel de las universidades

Las universidades, fundadas en virtud de cartas reales en varias ciudades europeas, se convirtieron en refugios para la erudición fuera del ámbito de la Iglesia. Estas universidades proporcionaron un entorno para el estudio y la enseñanza de la medicina, y ayudaron a promover el desarrollo de la ciencia y la medicina seculares.

El desarrollo de las ciudades y los problemas de salud pública

A medida que la servidumbre rural y el feudalismo declinaban en Europa occidental, las ciudades se desarrollaban en condiciones de hacinamiento e insalubridad. Las ciudades medievales carecían de sistemas de alcantarillado o tuberías de agua, y la basura y los desechos humanos se arrojaban a las calles. Estas condiciones insalubres propiciaron la propagación de enfermedades infecciosas.

La peste negra

La peste negra, una pandemia devastadora cuya causa hoy se atribuye a la bacteria *Yersinia pestis*, asoló Europa entre 1346 y 1353 y eliminó a un tercio de la población. En aquel entonces, bajo la vigencia de la Teoría Miasmática, se creía que la transmisión se debía a los ‘miasmas’: vapores nocivos (aire corrupto) que emanaban de la materia en putrefacción, aguas estancadas o cuerpos enfermos. Este modelo explicativo persistirá durante siglos, asociándose también a otras patologías como la malaria y el cólera.

El impacto social de la peste, forzó la adopción de medidas como la cuarentena en ciudades portuarias para contener la propagación, así como el aislamiento de los enfermos para proteger a la población sana.

El Renacimiento y la Ilustración: el despertar de la conciencia social y su influencia en la salud de las comunidades

Entre los siglos XIV y XVIII, fue una época de grandes cambios sociales y económicos que tuvieron un impacto significativo en la salud pública. El auge del comercio, la industria y las ciudades trajo consigo nuevos desafíos, como la propagación de enfermedades infecciosas debido al aumento de la movilidad y la concentración de personas en áreas urbanas con condiciones insalubres.

La sífilis, una enfermedad de transmisión sexual, se propagó rápidamente por Europa a finales del siglo XV. Las comunidades respondieron con medidas de control como el examen de prostitutas, el cierre de baños públicos y el aislamiento de enfermos. A pesar de los esfuerzos, la sífilis persistió como un problema de salud pública durante siglos.

El crecimiento de las ciudades y la migración de campesinos a las áreas urbanas plantearon nuevos desafíos para la salud pública. Los gobiernos municipales comenzaron a asumir un papel más activo en la higiene pública, establecieron hospitales y desarrollaron sistemas de atención para los pobres.

El Renacimiento también fue testigo de importantes avances científicos en la medicina. La anatomía, la fisiología, la química y la microscopía sentaron las bases para una comprensión más científica de la enfermedad. Las universidades y los hospitales se convirtieron en centros de aprendizaje e innovación médica.

La teoría del contagio, propuesta por Fracastoro y Paracelso, desafió las ideas tradicionales sobre la enfermedad y abrió nuevas vías para la prevención y el control de las epidemias.

Los gobiernos también comenzaron a desempeñar un papel más activo en la salud pública. En Inglaterra, las Leyes de Pobres isabelinas de 1601 establecieron la responsabilidad del gobierno local en la atención médica de los pobres. En Rusia, el zar Iván IV estableció un sistema de atención médica para la corte y el ejército, y se crearon farmacias y hospitales en todo el país.

El período comprendido entre 1600 y 1800, marcado por la Ilustración, la ciencia y la revolución, con su énfasis en la razón y el progreso, impulsó avances científicos y tecnológicos que revolucionaron la medicina y la higiene pública.

Avances científicos y médicos

Durante los siglos XVII y XVIII, se produjeron descubrimientos científicos que sentaron las bases de la medicina moderna. Un hito fundamental fue el perfeccionamiento del microscopio por Anton van Leeuwenhoek (hacia 1676), lo que permitió la primera observación de microorganismos. Este hallazgo abrió un nuevo universo visible que, con el tiempo, revolucionaría la etiología de las enfermedades infecciosas, que desafió progresivamente la hegemonía de la antigua teoría humoral. Se inició así un periodo de auge en la investigación empírica enfocado en comprender mejor el proceso salud-enfermedad.

En Rusia, Pedro el Grande implementó reformas políticas, culturales y sanitarias, enviando a jóvenes aristócratas a estudiar medicina en Europa occidental y fundando la primera escuela de medicina en San Petersburgo. También se realizaron encuestas sobre enfermedades epidémicas y métodos de tratamiento en todo el imperio ruso.

Revolución agrícola y crecimiento demográfico

Para comprender la evolución de la salud en el mundo moderno, es importante remitirse a la primera revolución industrial, cuyo impacto trascendió las fábricas para revolucionar la producción de alimentos y la supervivencia humana. Este periodo marcó un cambio en los sistemas económicos mundiales: la transición hacia un capitalismo incipiente. Bajo esta nueva lógica, la tierra y el trabajo dejaron de ser bienes de subsistencia para convertirse en medios de producción orientados a la generación de plusvalía.

Las mejoras agrícolas, impulsadas por la mecanización industrial y las nuevas técnicas de cultivo (como la rotación de cultivos), generaron gran productividad. Esto tuvo dos consecuencias fundamentales para la salud pública y la demografía, la primera, la mejora nutricional: la mayor disponibilidad de alimentos se asoció con la reducción de las tasas de mortalidad y aumento en la natalidad (crecimiento demográfico). La segunda, la migración y la urbanización: la eficiencia tecnológica redujo la necesidad de trabajadores en el campo (despoblación rural), creando una masa de mano de obra desplazada que migró a las ciudades para sostener las fábricas del nuevo orden industrial.

La introducción de nuevos cultivos procedentes de América, como la patata, el tomate, los pimientos y el maíz, así como la mejora en la cría de animales y el uso de la tierra, contribuyeron a la seguridad alimentaria y la nutrición.

Urbanización y desafíos para la salud pública

El rápido crecimiento de los centros urbanos industrializados, superpoblados y mal equipados, planteó nuevos desafíos para la higiene pública. Las áreas urbanas sufrían de hacinamiento, viviendas deficientes, saneamiento deficiente, mala nutrición y duras condiciones de trabajo, lo que producía condiciones de salud deplorables.

La consolidación de la documentación sistemática y el análisis estadístico sobre las enfermedades proporcionó la base científica necesaria para abordar los problemas de salud pública. Estas metodologías se convirtieron en el pilar de las ciencias sociosanitarias, lo que impulsó el desarrollo de la demografía y la epidemiología.

La aplicación práctica de este enfoque analítico encontró su máximo exponente en el médico inglés John Snow (1813–1858). Durante el brote de cólera de Broad Street (Londres, 1854), Snow utilizó el mapeo de casos y la estadística para desafiar el paradigma dominante. Su investigación demostró que la transmisión no se debía a ‘miasmas’ (aire corrupto), sino al consumo de agua contaminada, y establece así la piedra angular de la epidemiología moderna.

Reformas sociales y de salud

Los movimientos intelectuales del siglo XVIII, inspirados por la Ilustración, promovieron los derechos del hombre y dieron lugar a revoluciones como la estadounidense y la francesa. Estos movimientos influyeron en la creciente conciencia de que la sociedad tenía la obligación de servir a todos, no solo a los privilegiados, lo que tuvo un profundo impacto en los enfoques de la salud y las cuestiones sociales.

Se establecieron hospitales voluntarios en los principales centros urbanos, y se llevaron a cabo reformas en hospitales, prisiones y lazaretos, mejorando las condiciones de atención y trato de los pacientes. Philippe Pinel fue pionero en el desarrollo de un enfoque más humano para el cuidado de los pacientes psiquiátricos, promoviendo la eliminación de las cadenas y el trato digno en los hospitales mentales.

Los movimientos sociales, apoyados por pioneros y la prensa popular, lograron reformas significativas en áreas como el consumo de alcohol y la esclavitud. El movimiento antiesclavista, liderado por iglesias cristianas protestantes, influyó en la prohibición de la esclavitud y la trata de esclavos por parte del gobierno británico.

Medicina del trabajo y epidemiología

Bernardino Ramazzini es considerado el “padre de la medicina del trabajo” por su obra sobre enfermedades profesionales (*De Morbis Artificum Diatriba*), donde destacó los riesgos específicos para la salud en el lugar de

trabajo y aplicó principios epidemiológicos para su estudio. Se realizaron estudios de observación de enfermedades prevalentes en trabajadores de diversos oficios, sentó las bases para el desarrollo de la epidemiología investigativa.

Revolución Industrial y urbanización: emergencia de la salud pública moderna (1750 – 1900)

Los primeros movimientos reformistas

Después de la Guerra Civil Inglesa en 1646, veteranos del Ejército Parlamentario abogaron por escuelas y atención médica gratuitas como parte de una reforma democrática, aunque sus ideas no lograron el apoyo necesario en ese momento.

En Rusia, el Estado promovió activamente la introducción de la medicina occidental, y durante el gobierno de Catalina la Grande, se tomaron medidas para controlar una epidemia de peste en Moscú (1771-1772).

En Francia, tras la Revolución Francesa, se creó una Comisión de Salud y se fortalecieron las Oficinas de Salud municipales. En 1802, la Oficina de París abordó una amplia gama de cuestiones de salud pública, lo que sirvió como precedente para otras ciudades francesas.

El rol del gobierno en la salud pública

Johann Peter Franck articuló el enfoque gubernamental de la salud pública en su obra “Un sistema completo de policía médica” (1779-1817). Franck abogó por un papel fuerte del Estado en la promoción de la higiene pública. Incluyó la regulación de la salud personal y la provisión de atención médica. Si bien este enfoque fue influyente en Rusia, encontró resistencia en otros países occidentales debido a su dependencia de gobiernos autoritarios.

A finales del siglo XVIII y principios del XIX, se establecieron juntas de salud municipales en algunas ciudades británicas y estadounidenses. En Gran Bretaña, se creó una Junta Central de Salud en 1805 para regular la cuarentena y prevenir la entrada de enfermedades.

Las reformas en Gran Bretaña fueron impulsadas por los Radicales Filósofos, quienes abogaron por abordar los problemas públicos de

manera racional y científica. Se aprobaron leyes de reforma laboral para proteger a niños y mujeres en el ámbito laboral.

La Ley de modificación de la Ley de pobres británica de 1834 trasladó la responsabilidad del bienestar de los pobres al gobierno central, y las nuevas condiciones industriales obligaron a los pobres a emigrar a las ciudades en busca de trabajo.

El deterioro de las condiciones de vida, saneamiento y trabajo en las ciudades industriales dio lugar a un aumento de las tasas de mortalidad. En 1842, el Informe Chadwick sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña impulsó una serie de reformas, incluyendo la Ley de Salud de las Ciudades y la Ley de Salud Pública de 1848.

En Estados Unidos, la Comisión Sanitaria de Massachusetts, presidida por Lemuel Shattuck, publicó un informe en 1850 que se convirtió en un documento clásico de salud pública; promovió el concepto de juntas municipales de salud y las bases de la infraestructura de salud pública en el mundo angloparlante.

La seguridad social

La seguridad social ha sido un proceso gradual y complejo que busca proteger a los ciudadanos ante diversos riesgos sociales. Sus orígenes se remontan al siglo XIX, con iniciativas aisladas como la de los veteranos del Ejército Parlamentario en Inglaterra que, tras la Guerra Civil de 1646, abogaron por la atención médica gratuita. En Rusia, durante el gobierno de Catalina la Grande, se implementaron medidas para controlar una epidemia de peste en Moscú (1771-1772).

El desarrollo de la seguridad social se aceleró a finales del siglo XIX y principios del XX. En Rusia, se establecieron departamentos de higiene en las universidades y se implementó un sistema de atención médica rural a través de los Zemstvos. Alemania, bajo el liderazgo de Otto von Bismarck, fue pionera en implementar un sistema de seguro social moderno en 1883, que incluía seguros obligatorios para trabajadores en caso de accidente o enfermedad.

El modelo alemán inspiró a otros países europeos, como el Reino Unido, que en 1911 estableció un seguro obligatorio para trabajadores y sus

familias. Tras la Revolución Rusa, se implementó un programa de salud estatal que garantizaba el acceso a la atención médica a toda la población.

A pesar de los avances, la seguridad social aún enfrenta desafíos en el siglo XXI. Persisten desigualdades en el acceso a la atención médica, y la lucha por lograr una cobertura universal continúa en muchos países. En Estados Unidos, por ejemplo, la atención médica universal aún es un tema de debate político.

El descubrimiento de tratamientos para las enfermedades infecciosas

El siglo XIX fue testigo de una revolución en la comprensión y el tratamiento de las enfermedades infecciosas gracias a los descubrimientos de científicos pioneros como Louis Pasteur, Ferdinand Julius Cohn, Robert Koch y Joseph Lister.

El químico francés Louis Pasteur es reconocido por sus contribuciones fundamentales a la ciencia de la inmunología. Desarrolló la vacuna contra la rabia, una enfermedad mortal transmitida por animales infectados. Su enfoque sentó las bases para la prevención de enfermedades a través de la inmunización.

El botánico alemán Ferdinand Julius Cohn es considerado el padre de la bacteriología moderna. Desarrolló métodos sistemáticos para el estudio de microorganismos, incluyendo la morfología, la tinción y las características del medio de cultivo. Su trabajo fue fundamental para la identificación y clasificación de bacterias.

Discípulo de Cohn, el médico alemán Robert Koch realizó investigaciones innovadoras sobre el ántrax y la tuberculosis. Desarrolló técnicas bacteriológicas esenciales, incluyendo métodos de cultivo y tinción de bacterias. Koch demostró la transmisión de enfermedades específicas por microorganismos específicos y aisló e identificó el bacilo de la tuberculosis y la bacteria del cólera. Además, formuló los “postulados de Koch”, criterios clave para establecer la causalidad de una enfermedad por un organismo específico.

Inspirado por el trabajo de Pasteur, el cirujano británico Joseph Lister desarrolló la teoría de la antisepsia en la práctica quirúrgica. Introdujo el uso de ácido carbólico para rociar quirófanos y limpiar heridas

quirúrgicas, lo que redujo drásticamente las infecciones y mejoró los resultados quirúrgicos.

En conjunto, los descubrimientos y avances de Pasteur, Cohn, Koch y Lister marcaron un hito en la historia de la medicina y la salud pública. Sus contribuciones sentaron las bases para la comprensión moderna de las enfermedades infecciosas y revolucionaron la prevención y el tratamiento de enfermedades.

En el tercer cuarto del siglo XIX, el movimiento sanitario se extendió rápidamente por las ciudades de Europa, América y otros lugares, con un éxito demostrable en la reducción de enfermedades en zonas abastecidas por desagües cloacales, mejoras en el suministro de agua, pavimentación de calles y eliminación de desechos. Al mismo tiempo, se produjeron innovaciones en los hospitales, que enfatizaron la higiene y la profesionalización de la enfermería y la administración. Estas innovaciones fueron acompañadas por avances en el establecimiento de aplicaciones científicas y prácticas de la bacteriología y la inmunología.

Siglo XX: la salud pública como derecho y la participación comunitaria (1900 - 1978)

A comienzos del siglo XX, la Fundación Rockefeller desempeñó un papel determinante en la internacionalización de un nuevo paradigma sanitario. Bajo el modelo de la “filantropía científica”, la fundación financió campañas globales contra enfermedades específicas (como la anquilostomiasis y la fiebre amarilla), lo que fomentó una visión biomédica, tecnocrática y eficiente de la salud.

Estas intervenciones marcaron la transición desde las antiguas prácticas de saneamiento hacia un enfoque estructurado, en el que la gestión estatal de la salud se basaba en la evidencia científica. Para sostener este modelo, la Universidad Johns Hopkins creó la escuela de salud pública cuya formación se convirtió en el estándar de oro académico, diferenciándose de la medicina clínica y del antiguo higienismo decimonónico.

El nuevo modelo académico se cimentó en la formación especializada, la investigación científica con ejes centrales como la epidemiología y la estadística y la interdisciplinariedad con bacteriología, administración

sanitaria y la política pública.

El siglo XX fue testigo de logros notables en la salud pública, por ejemplo, la erradicación de la viruela, el control de enfermedades infecciosas como la poliomielitis, sarampión y tuberculosis, y la reducción de la mortalidad infantil y materna. Se realizaron avances significativos en la lucha contra enfermedades crónicas como el cáncer, enfermedades cardiovasculares y diabetes, lo que permitió desarrollar estrategias de prevención y tratamiento más efectivas.

A pesar de estos logros, la salud pública en el siglo XX también enfrentó desafíos persistentes y nuevos. Las desigualdades en el acceso a la atención médica y en los resultados de salud persistieron entre diferentes grupos sociales, económicos y étnicos. Nuevas enfermedades infecciosas, como el VIH/SIDA, surgieron como importantes problemas de salud pública. Las enfermedades crónicas, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, se convirtieron en las principales causas de muerte y discapacidad en muchos países.

A mediados del siglo, se consolidó el concepto de que la salud es el bienestar físico, mental y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) jugó un papel esencial en la promoción de la salud como un derecho humano fundamental, al declarar que “el disfrute del nivel más alto de salud posible es uno de los derechos esenciales de todo ser humano”.

La Declaración de Alma-Ata, adoptada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) en 1978, marcó un hito en la historia de la salud pública. En ella, los países se comprometieron a lograr “Salud para todos” para el año 2000, se reconoció a la Atención Primaria como la base para lograr este objetivo. La APS se definió como la atención esencial de salud, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y al costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La Declaración de Alma-Ata impulsó un enfoque comunitario en la salud pública, al reconocer que las comunidades deben ser involucradas en la

planificación, implementación y evaluación de los programas de salud que les afectan. La participación comunitaria se considera esencial para lograr la sostenibilidad y el éxito de las iniciativas de salud.

Globalización y Determinantes Sociales de la Salud (1980 – actualidad)

En 1986, la Carta de Ottawa marcó un hito al impulsar el concepto de salud como un estado positivo y se centró en los factores que la promueven; enfatiza en los recursos sociales y personales, las capacidades físicas y mentales de las comunidades. Lo que distingue la promoción de la salud de la prevención de la enfermedad.

La promoción de la salud se caracteriza por ser participativa, intersectorial, sensible al contexto y operar en múltiples niveles. Priorizó cinco áreas de acción que, a pesar del tiempo transcurrido, siguen vigentes en las políticas públicas y han sido retomadas en diversas conferencias internacionales: 1) elaboración de políticas públicas saludables; 2) creación de entornos saludables; 3) reforzamiento de la acción comunitaria; 4) desarrollo de aptitudes personales; y 5) reorientación de los servicios de salud.

Para esta época, el análisis de la relación entre las estructuras socioeconómicas de la población y el proceso de obtención de salud y bienestar adquirió relevancia por el enfoque de los determinantes sociales de la salud (DSS). Este paradigma emergente aborda las inequidades en salud, es decir, las diferencias en salud por grupo racial o étnico, o por factores socioeconómicos como ingresos y educación. Los DSS explican los factores que condicionan el estado de salud de las personas, va más allá de una lógica epidemiológica y biomédica para identificar las causas fundamentales de los problemas o diferencias en la salud.

La educación y promoción de la salud evolucionaron, enfatizaron en cambiar comportamientos de riesgo asociados con enfermedades crónicas y lesiones. Se abordaron procesos de planificación participativa para la comprensión y resolución de problemas de salud centrada en los contextos sociales.

Hasta la fecha, la salud pública ha expandido su alcance global adoptando perspectivas como el enfoque de “One Health” (Una Salud). Este paradigma, de corte predominantemente positivista, busca integrar la salud humana,

animal y ambiental para enfrentar amenazas complejas. Bajo esta lógica técnico-científica, y mediante la colaboración público-privada, se han logrado avances notables en la erradicación de la polio y el control del SIDA y la malaria, así como intervenciones efectivas en tabaquismo, seguridad vial y manejo de enfermedades crónicas.

Sin embargo, a pesar de estos logros biomédicos, persisten profundas crisis estructurales que este modelo no logra resolver. Aquí surge la salud colectiva como su antítesis. Desde esta perspectiva, se evidencia que los efectos del cambio climático, las guerras y la crisis económica global no son meros “factores de riesgo”, sino consecuencias de un orden social desigual. La salud colectiva denuncia cómo la pobreza, el desempleo y la privatización de la atención médica restringen el derecho a la vida, exacerbando las inequidades que el modelo tecnocrático a menudo ignora.

Ante este escenario, la escasez de recursos humanos y las brechas técnicas no pueden solucionarse solo con más tecnología. Es necesario trascender el enfoque de elecciones individuales para intervenir en los contextos sociales y territoriales que determinan la enfermedad. Esto implica reorientar los servicios de salud para responder a las necesidades reales de las comunidades y recuperar la promoción de la salud no como una herramienta de marketing, sino como una defensa política y social de la vida en un contexto de incertidumbre (Figura 2).

Figura 2. Evolución de la salud pública a lo largo de la historia



Fuente: elaboración propia

Orígenes y desarrollo del concepto de comunidad

El término *comunidad* proviene del latín *communitas*, cuya raíz *munus* hace referencia al cumplimiento de un deber, una responsabilidad o una obligación. Desde esta perspectiva, la comunidad no se define únicamente por la posesión de bienes en común, sino por el compromiso compartido que une a sus miembros (5).

En este sentido, cada individuo dentro de la comunidad posee algo valioso que aportar, una contribución que fortalece el bienestar colectivo. Este vínculo genera una relación de reciprocidad, donde la responsabilidad mutua se convierte en un elemento central de la vida en común.

En la concepción de *communitas*, dicho compromiso no implica necesariamente recibir una recompensa a cambio. Más que una transacción, representa una obligación moral orientada al cuidado y fortalecimiento del grupo. La palabra *communis*, derivada de *munus*, hace referencia a esta carga compartida, entendida como un lazo que promueve la colaboración y el sentido de pertenencia.

En esencia, *communitas* expresa una forma de comunidad en la que el elemento unificador no es la propiedad ni el interés individual, sino el compromiso mutuo de contribuir y de apoyar sin la expectativa de una retribución directa (6).

Comunidad y sociedad

La noción de “comunidad” surge a finales del siglo XIX en las reflexiones de pensadores como Hegel y Marx, y ha servido como base para varias disciplinas como la sociología, antropología y psicología (7, 8).

En su esencia más simple, una comunidad es un grupo de personas que comparten características, intereses o lazos en común. La noción de comunidad evoca sentimientos positivos de pertenencia, conexión y apoyo mutuo. Remite a experiencias familiares, amistosas y a la idea de un origen compartido. La comunidad invita a construir un “nosotros” que trasciende lo individual (9) (Figura 3).

Figura 3. Contraste entre comunidad y sociedad según Ferdinand Tönnies

Fuente: elaboración propia

El sociólogo alemán Ferdinand Tönnies (1855-1936) fue uno de los primeros en diferenciar, desde un enfoque científico, los conceptos de comunidad y sociedad. Según él, los seres humanos tienen una inclinación natural a relacionarse con otros, algo que llamó “Voluntad”, la cual puede manifestarse de dos formas principales (7):

“Comunidad es lo antiguo y sociedad lo nuevo, como cosa y nombre. [...] comunidad es la vida en común (Zusammenleben) duradera y auténtica; sociedad es solo una vida en común pasajera y aparente. Con ello coincide el que la comunidad deba ser entendida a modo de organismo vivo, y la sociedad como agregado y artefacto mecánico (TÖNNIES, Comunidad y sociedad).”

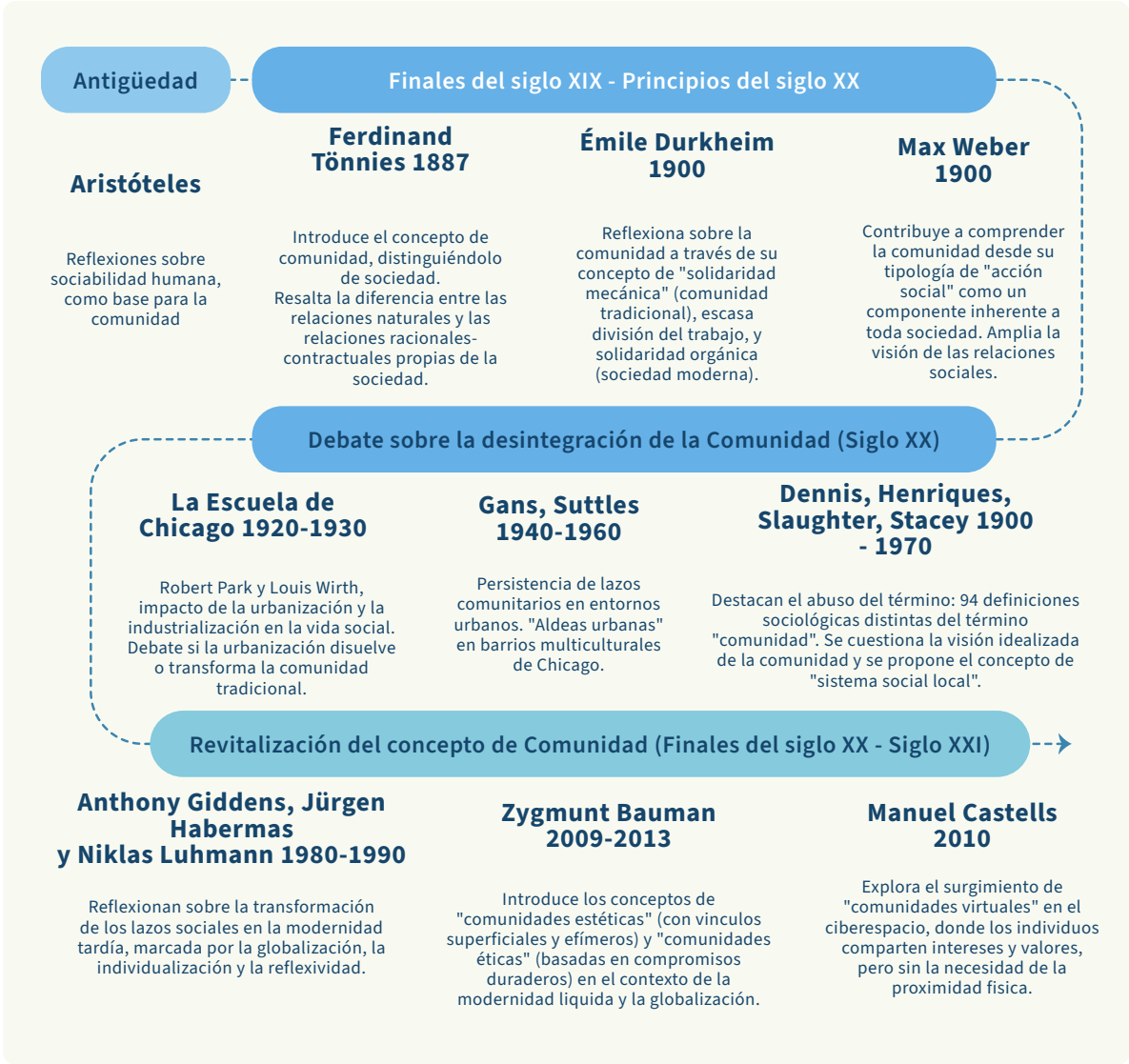
La primera es la “voluntad natural”, basada en los sentimientos, lazos afectivos e instintos que llevan a las personas a formar comunidades. En estas, las relaciones son cercanas y se valoran mutuamente como individuos, sin tratarse como simples medios para un fin. Un ejemplo claro de esto es la familia, donde los lazos se sostienen por el afecto y la convivencia.

La segunda es la “voluntad racional-instrumental”, donde prima la razón y el cálculo en las relaciones humanas. Aquí, las personas se vinculan con otros como un medio para lograr sus propios objetivos, lo que da origen a las asociaciones. En este tipo de vínculos, las relaciones son más estratégicas y funcionales, como sucede en un banco, una fábrica o el Estado.

Para Tönnies, la comunidad representa lo tradicional, lo estable y lo genuino, como un organismo vivo, mientras que la sociedad es algo más reciente, pasajero y artificial, parecido a una máquina construida para un propósito específico (7).

El desarrollo de la noción de comunidad desde el punto de vista sociológico ha ido cambiando conforme evoluciona la sociedad. La figura 4 presenta los hitos más importantes al respecto del concepto de comunidad.

Figura 4. Línea de tiempo del concepto de comunidad



Fuente: elaboración propia a partir de De Marinis, P. (2011) y Lopez, P. S. (2020)

La comunidad desde una perspectiva psicológica, social y geográfica

A lo largo del tiempo, la idea de “comunidad” ha cambiado y se ha entendido de diferentes maneras. Algunos la ven como un grupo de personas unidas por lazos emocionales y apoyo mutuo, otros la relacionan más con el lugar donde viven y cómo se organizan, y otros combinan ambos aspectos.

Los autores que han adoptado las nociones de comunidad haciendo énfasis en las relaciones y sentimientos han expresado que la comunidad es, en esencia, “una forma de relacionarse basada en el afecto, en compartir objetivos y valores, y en la confianza y lealtad mutuas” (8).

Otro lo define como algo que va más allá de la ubicación geográfica, y la describe como “un grupo de personas con una historia común, intereses compartidos, costumbres, símbolos y normas que los unen” (Socarrás). Asimismo, se ha mencionado que quienes forman parte de una comunidad poseen un conocimiento y un sentido de lealtad que se puede llamar “conciencia comunitaria” (9), una característica que no suele encontrarse en las grandes sociedades (Barthe).

En las comunidades tradicionales, en áreas rurales, o grupos minoritarios, las personas mantienen una cultura propia y una organización social que surge del convivir diario, donde las normas se establecen entre los mismos miembros en lugar de basarse únicamente en leyes oficiales. Por otro lado, algunas corrientes de las ciencias sociales modernas entienden la comunidad como la simple presencia de personas juntas, lo que se comparte es la existencia y la comunicación, más que un territorio definido físicamente (8).

En segundo lugar, se encuentran los autores que han definido la comunidad en relación con un área geográfica. Algunos, como Begel, se centran en los aspectos relacionados con el lugar y la función de la comunidad, dejan de lado los elementos psicológicos o emocionales, como el “sentimiento de nosotros” (9).

Desde esta perspectiva, la comunidad se entiende como un grupo de personas que comparten un mismo espacio físico y establecen entre sí diversos vínculos y estructuras organizativas. En lo geográfico, las personas viven en el mismo territorio, que se convierte en el escenario de su vida diaria; en lo funcional, se reconocen las interacciones y relaciones –económicas, sociales, culturales, entre otras– que aportan cohesión y unidad al grupo.

Murray señala que la comunidad es parte de la sociedad, es decir, se utiliza el término para distinguir grupos humanos con características particulares dentro de cualquier territorio. Por su parte, Gómez define

la comunidad como la relación entre las personas y el territorio, basada en cuatro elementos básicos: (1) un grupo de personas que conviven en un área geográfica debido a su interacción social y con el entorno, (2) un territorio continuo sin límites estrictos, (3) intereses funcionales comunes que van más allá de la simple vecindad, y (4) una unidad funcional que expresa la solidaridad entre sus miembros (8).

Arias, en su artículo “La comunidad y su estudio”, describe la comunidad como un organismo social que ocupa un espacio geográfico determinado. Este organismo es influido por la sociedad de la que forma parte, pero al mismo tiempo funciona como un sistema organizado, integrado por unidades menores como familias, individuos, grupos, organizaciones e instituciones. Estas interacciones definen tanto el carácter subjetivo (psicológico) como el objetivo (material) de la comunidad, según su organización y el papel que desempeña en su entorno (8).

Sánchez conceptualiza la comunidad como un grupo social de raíz local que se distingue del resto de la sociedad por las características e intereses compartidos de sus miembros. Este concepto abarca elementos como la ubicación geográfica, la interacción social estable y el sentido de pertenencia e identificación con símbolos comunes. Además, Sánchez y Wiensenteld describen la comunidad utilizando varios términos: se la entiende como un sistema de relaciones socio-políticas y económicas claramente definido; como una forma de asentamiento humano, ya sea urbano o rural, en el que los residentes comparten rasgos similares en sus interacciones; como un conjunto de personas que habitan una zona regida por una dirección política, económica y social; y, finalmente, como un grupo social que se percibe a sí mismo como distinto del resto de la sociedad debido a sus características e intereses comunes (8).

En tercer lugar, se destaca la propuesta de Causse-Cathcart, quien integra en el concepto de comunidad aspectos geográficos, emocionales y sociales. Según este autor, el término “comunidad” puede referirse a las relaciones emocionales y sociales entre las personas, a un grupo humano, a un territorio específico o incluso a la forma en que se utiliza el lenguaje y se comparten hábitos culturales. En otras palabras, se trata de un conjunto de personas que, viviendo en un mismo lugar, comparten actitudes, sentimientos, tradiciones y modos de comunicación que les permiten reconocerse como una comunidad (1).

A lo largo de este capítulo, se ha explorado la evolución de la relación entre comunidad y salud, desde las formas de cuidado colectivo instintivo hasta los complejos sistemas de salud pública contemporáneos y cómo las sociedades han influido y han sido moldeadas por sus concepciones y prácticas de salud a lo largo del tiempo. Además, se ha destacado la recurrencia de los determinantes sociales de la salud como un factor clave en esta dinámica histórica. En este contexto, se señala que el cuidado de la salud es una responsabilidad compartida que demanda la participación activa de todos los miembros de la sociedad. La enfermería comunitaria, con su conocimiento, habilidades y compromiso, está llamada a formar parte de este proceso.

Referencias bibliográficas

1. Tulchinsky TH, Varavikova EA. A history of public health. *The New Public Health*. 2014;1-42. doi:10.1016/B978-0-12-415766-8.00001-X
2. Blanco JH, Maya JM. Fundamentos de salud pública. Tomo I: Salud pública. Medellín: Corporación para Investigaciones Biológicas CIB; 2015. Disponible en: https://books.google.com.co/books?id=bpfGDwAAQBAJ&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
3. Conill EM, Xavier DR, Piola SF, Silva SFD, Barros HDS, Báscolo E. Social determinants, conditions and performance of health services in Latin American countries, Portugal and Spain. *Cien Saude Colet*. 2018 Jul;23(7):2171-2186. doi:10.1590/1413-81232018237.07992018
4. Public health in the twentieth century: advances and challenges. *Annu Rev Public Health*. 1999;20(1).
5. Martínez EA. Esposito, Roberto (2003-2005). *Communitas*. Origen y destino de la comunidad e *Immunitas*. Protección y negación de la vida. Buenos Aires: Amorrortu. Papeles del CEIC. *Int J Collect Identity Res*. 2018;(1):1-7.
6. García Masip F. El giro viopolítico. Violencia y desconstrucción. *Política y Cultura*. 2016;(46):33-53. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26748252002>
7. Álvaro D. Los conceptos de “comunidad” y “sociedad” de Ferdinand Tönnies. Papeles del CEIC. *Int J Collect Identity Res*. 2010;(1):1-24. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=76512779009>
8. Díaz OM, Chaple EB, Chacón DP. Evolución histórica del concepto de comunidad y su relación con la salud pública. *Rev Cubana Salud Pública*. 2024;50. <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/16798>
9. Segura Del Pozo J. *Comunitaria*. Tres Cantos: Ediciones Salud Pública y Otras Dudas; 2018. Disponible en: <http://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/>

Capítulo 2.

Prácticas de enfermería para cuidar en comunidad: Atención Primaria en Salud

Capítulo 2. Prácticas de enfermería para cuidar en comunidad: Atención Primaria en Salud

Daniela Ocampo Restrepo
Diana Paola Betancurth Loaiza

“La reflexión sin acción, se reduce al verbalismo estéril y la acción sin reflexión es activismo. La palabra verdadera es la praxis, porque los hombres deben actuar en el mundo para humanizarlo, transformarlo y liberarlo”.

Paulo Freire

¿Qué aborda la enfermería comunitaria?

La enfermería comunitaria en el contexto de la Atención Primaria en Salud (APS) conserva un papel fundamental, contribuye a la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la participación activa de la comunidad en su calidad de vida y la recuperación guiada por principios éticos y de dignidad humana. Se considera entonces la enfermería comunitaria como una disciplina integral que abarca la atención de salud del individuo, que no puede desligarse de la familia y de la comunidad (1).

¿Qué es importante para la formación en enfermería comunitaria?

Los programas de enfermería han integrado las prácticas comunitarias como una estrategia para fortalecer la formación de los estudiantes y desarrollar competencias enfocadas en la intervención en diversos territorios, bajo un enfoque integral, multidisciplinario e intersectorial. La formación en enfermería ha evolucionado para responder a las necesidades de las poblaciones; sin embargo, esta evolución no puede explicarse únicamente desde el enfoque de los Determinantes Sociales de la Salud (DSS). La formación ha estado influida por una diversidad de marcos conceptuales, entre ellos la determinación social de la salud, la salud colectiva y los fundamentos de la medicina social latinoamericana, que plantean comprensiones distintas sobre los procesos salud-enfermedad-cuidado. Así, más que una trayectoria lineal hacia los DSS, la formación en enfermería se ha configurado a partir de una pluralidad de corrientes que conviven, dialogan y en ocasiones tensionan la manera en que se interpreta la realidad sanitaria y se orienta el cuidado. A través de estas prácticas, los estudiantes pueden familiarizarse con el entorno social, político y cultural de las personas y colectivos, lo que les permite comprender los distintos

factores que influyen en la salud, ya sea como elementos protectores o como factores de exposición (1).

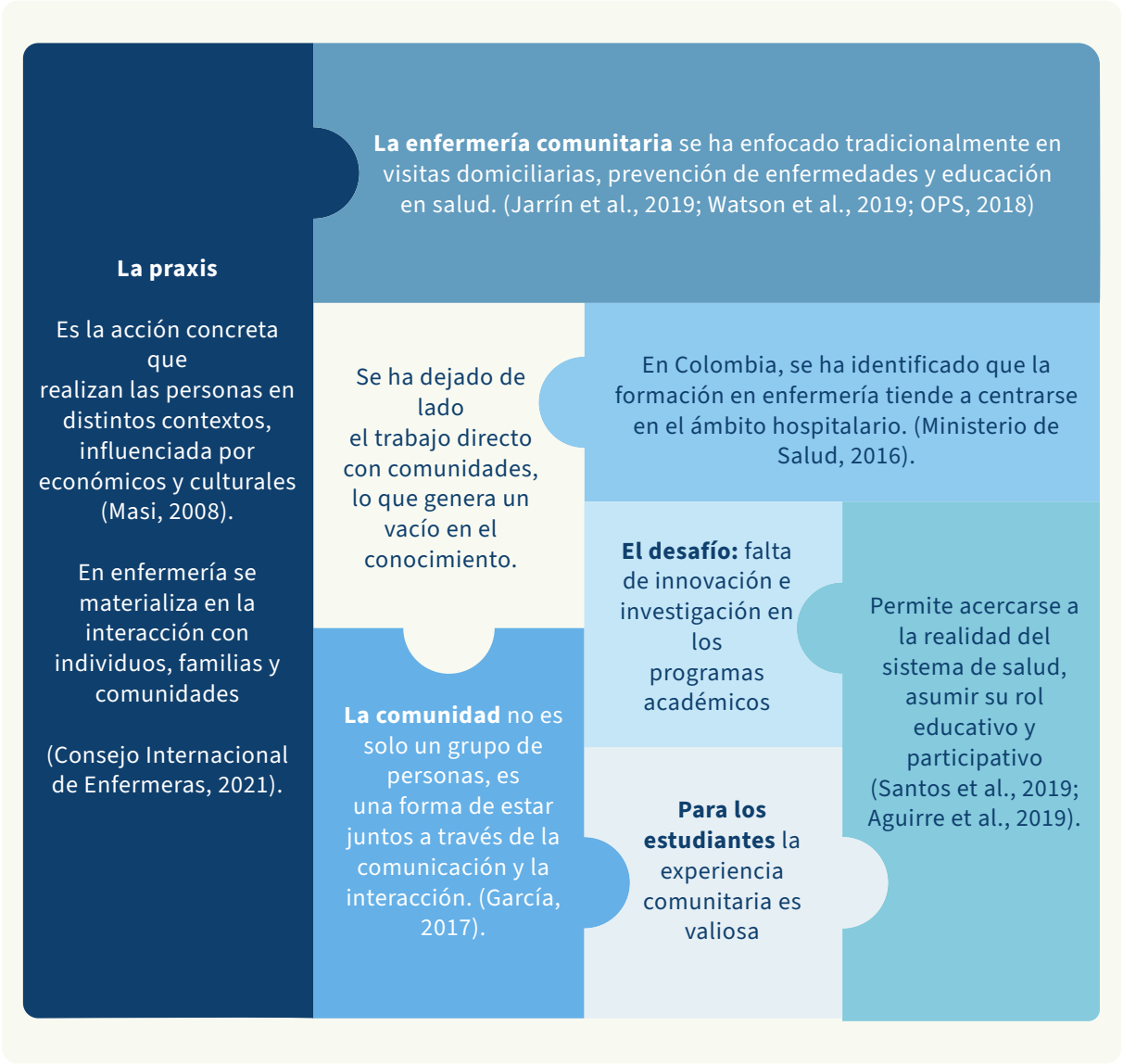
La necesaria revisión de literatura sobre las prácticas comunitarias

La práctica de la enfermería comunitaria se ha construido a partir de diversas perspectivas que integran dimensiones sociales, políticas, psicológicas, económicas, históricas, culturales, institucionales y éticas. Sin embargo, la literatura actual sobre el cuidado comunitario en enfermería tiende a centrarse en actividades como visitas domiciliarias, controles preventivos y educación individual, dejando en segundo plano el trabajo directo con comunidades como colectivos, lo que evidencia una brecha en el conocimiento sobre intervenciones comunitarias más amplias (1).

Esta situación no es casual ni aislada. En gran medida, responde a la lógica del complejo médico-industrial y financiero, que estructura los sistemas de salud contemporáneos y privilegia la atención individualizada, al ser más rentable, fácilmente cuantificable y alineada con intereses económicos del sector. En sistemas como el colombiano, altamente mediados por aseguradoras y esquemas de facturación, los procedimientos clínicos individuales generan ingresos directos, mientras que las acciones colectivas —propias de la salud pública y la enfermería comunitaria— son de bajo costo, de impacto a largo plazo y no encajan en la lógica de rentabilidad inmediata.

En Colombia, la Política Integral de Atención en Salud (PAIS) señala que profesiones como la enfermería han visto disminuida su capacidad para articular programas e intervenciones comunitarias, debido a una formación predominantemente hospitalaria. Para los estudiantes, las prácticas comunitarias representan experiencias complejas que resaltan la importancia de acercarse a la realidad del contexto de salud, enfatizando el rol educativo y la participación activa en la comunidad. Además, se destaca la necesidad de un trabajo interinstitucional en el marco de la APS para abordar eficazmente los desafíos de salud pública (1) (Figura 5).

Figura 5. Contexto de la APS.



Fuente: elaboración propia

En este sentido a través de una revisión narrativa en relación con las prácticas comunitarias en los programas de enfermería, con énfasis en su rol dentro de la Atención Primaria en Salud (APS) (Ver Figura 6).

Figura 6. ¿Cómo se hizo la revisión narrativa?



Fuente: elaboración propia

Resultados

El análisis identifica tres categorías clave a saber: 1) Entre la complejidad y la simplicidad de las prácticas comunitarias de enfermería; 2) Enfermería Comunitaria: La Brecha entre la Teoría y la Práctica; y 3) La acción y creación relacional en la educación. Integrar los aspectos teóricos y prácticos resulta fundamental para una formación en enfermería comunitaria ética, crítica y socialmente comprometida (1).

Entre la complejidad y la simplicidad de las prácticas comunitarias de enfermería

Algunos estudiantes y docentes ven estas prácticas como algo fácil y repetitivo. En muchos casos, las actividades se vuelven monótonas, lo que puede generar desmotivación y hacer que los estudiantes sientan que su trabajo en la comunidad no tiene un impacto real.

“Fue un buen curso; pensamos que es un receso para el próximo curso clínico que es difícil” [5:10]
(Ildarabadi, *et al.*, 2018, p. 459).

Aunque la práctica comunitaria abarca temas clave como salud pública, epidemiología y políticas de salud, los estudiantes suelen sentirse abrumados por la cantidad de información y tienen dificultades para aplicarla en la realidad. Esta reflexión incluye: a) en la teoría se enfatizan los aspectos colectivos, pero en la práctica los estudiantes terminan trabajando más con individuos o familias b) temas como la mejora de los servicios de salud y el impacto de la política en la salud quedan en un segundo plano.

“[...] que los docentes deben tener doble especialidad, es decir, deben ser especialistas en un campo particular del conocimiento (comunitario) y en la docencia”
[1:28] (Falcón, Álvarez, Caso, *et al.*, 2019, p. 844-845).

Los profesores no solo deben transmitir conocimientos, sino también comprender el contexto en el que se desarrollan las prácticas. Sin embargo, lograr un impacto real en la comunidad es un reto, ya que muchas veces las acciones están dirigidas a los líderes comunitarios y no a toda la población. Para que los estudiantes se involucren

más, los docentes deben contar con habilidades sociales que los ayuden a interactuar con la comunidad y servir de inspiración.

Las experiencias en la comunidad permiten que tanto estudiantes como docentes adquieran conocimientos, habilidades y valores éticos. Estas prácticas ayudan a desarrollar liderazgo y trabajo en equipo, beneficiando a los estudiantes y a las personas a las que atienden. Participar en estas prácticas no solo ayuda a mejorar las competencias en salud, sino que también fomenta la reflexión y el aprendizaje basado en la experiencia. Esto permite a los futuros enfermeros fortalecer su compromiso con el cuidado de la comunidad (1).

“Los resultados demuestran que la propuesta curricular del escenario de estudio tiene características que favorecen el aprendizaje mediado por la experiencia y la reflexividad, movilizandando el desarrollo de competencias para la promoción de la salud” [2:54].

Enfermería Comunitaria: La Brecha entre la Teoría y la Práctica

Los estudiantes aprenden en la universidad ciertos conceptos sobre enfermería comunitaria, pero cuando los aplican en el mundo real, encuentran diferencias con la realidad de las comunidades en términos sociales, culturales, políticos y económicos. Los conocimientos adquiridos en la universidad están plasmados en textos escritos o en recursos digitales, sin embargo, en la realidad enfermería aborda la salud de las personas no solo desde el punto de vista físico, sino también considerando su bienestar

emocional, social y familiar, lo que puede diferir de lo que se enfatiza en los textos académicos. Esto no desconoce la importancia de dar contexto a lo visual y a las historias de las personas.

“Con respecto al enfoque de los estudiantes en el paciente o en el contexto, es útil presentar imágenes, historias y casos de pacientes que contrasten con las visiones estereotipadas comúnmente sostenidas en los medios y la sociedad.” [15:39] (Van Iersel, Latour, Van Rijn, De Vos, Kirschner & Scholte, 2018, p. 61).

Las prácticas comunitarias no solo se desarrollan en un territorio físico, sino también en entornos sociales donde estudiantes, docentes y trabajadores de la salud interactúan con la comunidad. Muchas experiencias y conocimientos

adquiridos en el campo no están documentados en los textos académicos, lo que dificulta que los estudiantes puedan prepararse completamente antes de enfrentarse a la realidad comunitaria.

Para que los estudiantes comprendan mejor la realidad de las comunidades, es útil utilizar historias, imágenes y casos concretos que contrastan con los estereotipos difundidos por los medios de comunicación. A pesar de los desafíos, los estudiantes suelen sentirse cómodos en la relación con la comunidad y encuentran apoyo de sus miembros y de otras partes interesadas en mejorar la salud colectiva.

”

“Nos sentimos cómodos en la interacción con la comunidad.”
 “Todos los miembros de la comunidad y las partes interesadas fueron muy solidarios y cooperativos.” [7:20]
 (Mohammad, *et al.*, 2019, p. 1255).

”

“La educación requiere que este tema determinantes sociales de la salud (DSS) se incluya en [...] los currículos escolares [...] abogando por políticas públicas saludables” [2:46-10:17]
 (Mangold, Bartell, Doobay-Persaud, *et al.*, 2019, p. 1355; Valaitis, Schofield, Akhtar-Danesh N, *et al.* 2014, p. 1).

Los estudiantes a menudo desconocen aspectos clave de las comunidades donde trabajan, como su ubicación geográfica, su acceso a los servicios de salud y los factores que afectan su bienestar. Factores como la pobreza, la educación y el acceso a los servicios de salud influyen en la salud de las comunidades, pero estos aspectos no siempre están bien integrados en la formación académica de los estudiantes (1). Comprender que los procesos de salud-enfermedad-cuidado están atravesados por condiciones sociales,

económicas, culturales y territoriales es esencial, pues el trabajo con comunidades exige una mirada capaz de incorporar esta complejidad y trascender intervenciones fragmentadas o simplificadas.

La acción y creación relacional en la educación

La educación en enfermería comunitaria no solo implica transmitir conocimientos, sino también fomentar la creatividad y la acción relacional en contextos diversos. La enseñanza debe adaptarse a las realidades de las comunidades, teniendo en cuenta sus necesidades específicas y

promoviendo el empoderamiento de sus miembros. En este sentido, los estudiantes y docentes deben desarrollar una comprensión profunda del entorno en el que trabajan, lo que les permitirá fortalecer los lazos con la comunidad y fomentar la participación activa en la toma de decisiones sobre salud.

Para que la formación en enfermería tenga un impacto real, es fundamental que la educación comunitaria trascienda la simple transmisión de información. Es necesario superar enfoques tradicionales que se centran exclusivamente en el individuo y en problemas específicos de salud sin considerar los determinantes sociales que influyen en el bienestar de la población. A menudo, las acciones en salud se enfocan en grupos institucionalizados, como escuelas o asociaciones de adultos mayores, dejando de lado el enfoque territorial y comunitario que permite un cambio más profundo y sostenible. Por ello, es clave que los futuros profesionales comprendan que la promoción de la salud implica un cambio en la manera de pensar y actuar, requiriendo competencias específicas para implementar estrategias efectivas (1) (Figura 7).

Figura 7. La comunidad, el docente y el estudiante.

La comunidad

No debe ser vista únicamente como un receptor pasivo de las intervenciones en salud, sino como un actor clave en la construcción de alternativas de bienestar. Cuando sus miembros participan activamente en los procesos educativos, se genera una dinámica de cooperación que fortalece el trabajo conjunto y potencia la capacidad creativa de todos los involucrados. La interacción con la comunidad requiere paciencia y apertura para construir relaciones sólidas basadas en el respeto y la colaboración.

El docente

Debe contar con experiencia en salud pública y habilidades sociales que le permitan guiar y motivar a los estudiantes. Su rol debe generar espacios de aprendizaje reflexivo e innovador donde la integración entre docencia, servicio y comunidad sea una realidad. La creatividad en la formación también se relaciona con el uso de herramientas tecnológicas que faciliten el aprendizaje y la comunicación. Las simulaciones virtuales, el desarrollo de materiales educativos interactivos y la creación de escenarios prácticos innovadores permiten a los estudiantes adquirir conocimientos de manera dinámica y adaptada a las necesidades de cada población.

El estudiante

Desarrollar confianza en su propio proceso de aprendizaje es esencial para fomentar la creatividad en la práctica comunitaria. Cuando los estudiantes se sienten aceptados y respaldados, experimentan una mayor seguridad para aportar ideas originales y soluciones innovadoras. Esta confianza les permite establecer conexiones significativas con la comunidad, fortaleciendo su sentido de pertenencia y su capacidad para generar un impacto real en el entorno.

Fuente: elaboración propia

¿Cómo se interpretan y se relacionan estos resultados con el contexto de la investigación?

Las prácticas en enfermería comunitaria son concebidas como un producto sociocultural e interdisciplinario, resultado de la integración de saberes y experiencias entre docentes y estudiantes. Sin embargo, estudios en Chile y México han señalado la falta de espacios adecuados para la práctica en contextos reales, especialmente en los niveles iniciales de formación, lo que limita la adquisición de competencias esenciales para la atención comunitaria (2, 3).

Tabla 1. *Diferencias a nivel comunitario y en el ámbito educativo.*

A nivel comunitario	A nivel comunitario
La enfermería se desarrolla dentro del marco de normativas nacionales que, si bien orientan la práctica, también pueden generar restricciones al imponer modelos rígidos o acartonados de atención en salud. Esto ha desplazado el enfoque comunitario hacia la atención institucional, priorizando la prevención de enfermedades sobre la promoción de la salud (4).	Existen diferencias significativas en la formación en enfermería comunitaria entre países. Mientras algunos carecen de un sistema de enseñanza efectivo, otros han desarrollado enfoques teóricos y metodológicos que permiten un análisis reflexivo de la disciplina. La falta de integración entre teoría y práctica es un desafío recurrente, dado que muchos estudiantes perciben los contenidos teóricos como desvinculados de la realidad profesional (3).

Fuente: *elaboración propia.*

Dado el extenso contenido curricular en enfermería comunitaria, los estudiantes pueden experimentar sobrecarga académica y dificultades en el aprendizaje. Para abordar este problema, se han propuesto enfoques educativos innovadores, como el aprendizaje basado en la comunidad y la formación en equipos pequeños, que facilitan la integración del conocimiento teórico con la experiencia práctica (5).

El docente juega un papel clave en este proceso, no solo como transmisor de conocimientos, sino como facilitador del aprendizaje, al promover la reflexión y la creatividad en los estudiantes. Además, la interacción con docentes y compañeros favorece el desarrollo de habilidades interpersonales y profesionales, fortalece la capacidad de los estudiantes para enfrentar los desafíos de la enfermería comunitaria (3).

Tabla 2. Estrategias a desarrollar en enfermería comunitaria.

Se recomienda la implementación de estrategias educativas que estimulen la creatividad y el pensamiento crítico (6).	Se ha propuesto la integración de métodos pedagógicos alternativos, como la Pedagogía Basada en las Artes, que ha demostrado mejorar la participación estudiantil, el pensamiento crítico y el aprendizaje socioemocional (7).	La enseñanza interdisciplinaria y basada en evidencia (EBE) se presenta como un componente clave para mejorar la formación en enfermería comunitaria.
Las prácticas comunitarias deben ir más allá del "saber hacer" técnico y fomentar competencias como el análisis crítico, la innovación y la toma de decisiones (8).	También se destacan estrategias innovadoras como la simulación comunitaria y el uso de técnicas de gamificación, que han mostrado eficacia en la enseñanza de enfermería(9).	La implementación de enfoques innovadores en la educación para la salud es fundamental para preparar a futuros enfermeros con un compromiso social sólido y una capacidad crítica (10).

Fuente: elaboración propia.

Estas estrategias permiten a los estudiantes desarrollar habilidades profesionales fundamentales para la toma de decisiones y la práctica reflexiva (11, 12).

El estudio evidencia que en la práctica de enfermería comunitaria prevalece un paradigma estático entre estudiantes y docentes, centrado exclusivamente en la atención individual, lo que limita su alcance hacia lo comunitario y lo político, aspectos fundamentales para el desarrollo disciplinar.

Es crucial que estudiantes y profesores de enfermería reconozcan el valor de los entornos comunitarios de aprendizaje, ya que estos favorecen la integración entre la teoría (texto) y la práctica (contexto) y pueden impactar positivamente tanto el proceso educativo como el cuidado de las personas.

La acción educativa y la capacidad creativa operan de manera relacional para formar a los estudiantes desde posturas epistemológicas coherentes con el contexto comunitario, lo que resalta la importancia de las dimensiones éticas y políticas.

En este sentido, resulta necesario fortalecer las prácticas comunitarias de los estudiantes de enfermería dentro del marco de la Atención Primaria en Salud, con el fin de abordar las necesidades actuales en salud y mejorar los resultados relacionados con los determinantes sociales.

Referencias bibliográficas

1. Betancurth-Loaiza DP, Pico-Merchán ME, Castillo LO. Community practice in nursing programs in the context of primary health care. *Entramado* [Internet]. 2024;20(1):1-. doi: 10.18041/1900-3803/entramado.1.10286
2. Félix MA, Garay JR, Santos MI. El enseñar/aprender de la enfermería comunitaria en la licenciatura. *RIDE Rev Iberoam Investig Desarro Educ*. 2017;7(14):1-17. doi: 10.23913/ride.v7114.283.
3. Muñoz ME, Illesca M, Gallego J, Cabezas M, Hernández A, Godoy J. Experiencia de aprendizaje mediante el modelo integral de salud familiar y comunitario: opiniones de estudiantes de enfermería de Chile. *Rev Fund Educ Med*. 2021;24(5):263-269. doi: 10.33588/fem.245.1147.
4. Mondragón EJ, Bernal LK, Corpus J. Proceso de trabajo de enfermería en la Atención Primaria en Salud: estudio observacional. *Rev Cienc Cuid*. 2021;18(3):22-31. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/2850>
5. Lersel M, De Vos R, Rijn M, Latour C, Kirschner P, Scholte Op Reimer W. The effect of a more community-oriented curriculum on nursing students' intervention choice in community care: A quasi-experimental cohort study. *Nurse Educ Pract*. 2022;63:103410. doi: 10.1016/j.nepr.2022.103410
6. Seah B, Rong Tan G, Eriksson M, Wang W, Ramazanu S. Re-orienting healthcare for healthy living communities: A qualitative exploration of nursing students utilising the salutogenic theory for community health practice. *Nurse Educ Today*. 2022;119:105545. doi: 10.1016/j.nedt.2022.105545
7. Obara S, Perry B, Janzen KJ, Edwards M. Using arts-based pedagogy to enrich nursing education. *Teach Learn Nurs*. 2022;17(1):113-120. doi: 10.1016/j.teln.2021.09.003.
8. Cai D. Community health nursing courses in baccalaureate nursing programs in China: A descriptive study based on website information. *Int J Nurs Sci*. 2020;7(4):433-439. doi: 10.1016/j.ijnss.2020.09.001.

9. Arnold H, Willis S, Watts T. Co-developing and implementing a community nursing simulated learning resource for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract.* 2021;56:103192. doi: 10.1016/j.nepr.2021.103192.
10. Betancurth DP, Vélez C, Sánchez N, Jaramillo CP. Atención Primaria Social en Colombia: una mirada desde una experiencia exitosa. *Salud UIS.* 2022;54:I-11. doi: 10.18273/saluduis.54.e22016.
11. Mikkonen K, Kuivila HM, Sjögren T, Korpi H, Koskinen C, Koskinen M, et al. Social, health care and rehabilitation educators' competence in professional education—Empirical testing of a model. *Health Soc Care Community.* 2022;30(1):75-85. doi: 10.1111/hsc.13414
12. Betancurth DP, Mejía AM, Sánchez N, Orozco ML, Giraldo A. Enfermería en atención primaria: plan de decisiones y acciones basado en la transculturalidad. *Av Enferm.* 2021;39(3):385-394. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/86692>



Capítulo 3.

Atención Primaria en Salud: la necesidad de vincular los actores clave (los Stakeholders)

Capítulo 3. Atención Primaria en Salud: la necesidad de vincular los actores clave (los Stakeholders)

Diana Paola Betancurth Loaiza

Luz Adriana Suárez Jaramillo

“Llámallo vehículo, llámalo red, llámalo tribu, llámalo familia: lo llames como lo llames, seas quien seas, lo necesitas”.

Jane Howard.

Atención Primaria en Salud

La Atención Primaria en Salud (APS) es una estrategia que busca reducir las desigualdades y garantizar que todas las personas tengan acceso a servicios de salud de calidad. Esto se basa en el reconocimiento de que la salud es un derecho de todos y en el fomento de las capacidades individuales para mejorar las condiciones sociales, ambientales y económicas que influyen en el bienestar (1,2).

La definición de APS surge en la declaración de Alma-Ata de 1978 como: “la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”(1)

Desde Alma-Ata (1978), la definición de la APS ha oscilado entre ser una estrategia de transformación social o un nivel asistencial. Durante el auge neoliberal, se impuso la ‘APS Selectiva’, un modelo tecnocrático de bajo costo focalizado en la pobreza. Esta reducción estigmatizó la atención primaria como ‘medicina para pobres’ y provocó una profunda fragmentación de los sistemas de salud.

Como respuesta a este fracaso, la OPS/OMS impulsó en 2005 la ‘APS Renovada’. Esta nueva visión trasciende la entrega de servicios básicos para posicionarse como el eje estructurante de Sistemas Integrales de

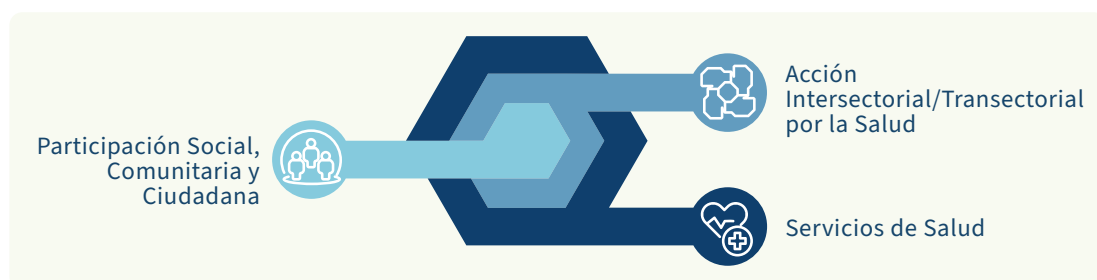
Salud, diseñados para garantizar el derecho universal a la salud, la equidad y la solidaridad, para superar la segmentación del pasado .

En Colombia, la APS se definió como “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud” (4).

A través de las políticas públicas se definen los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud. Entre ellos se encuentran el liderazgo del Ministerio de Salud, los servicios de salud, la colaboración de otros sectores del país como educación, vivienda, transporte y la participación activa de la comunidad.

Uno de los pilares fundamentales de este enfoque es la participación de la comunidad en la identificación, seguimiento y evaluación de los problemas que impiden el pleno disfrute de la salud (5). Para que esta participación sea efectiva, es indispensable que diversos grupos y personas trabajen de manera coordinada y comprometida (figura 8). En este capítulo, nos referiremos a estos actores como “Stakeholder”, quienes unen sus esfuerzos para atender las necesidades de la población mediante acciones de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Figura 8. Componentes de la Atención Primaria en Salud en Colombia



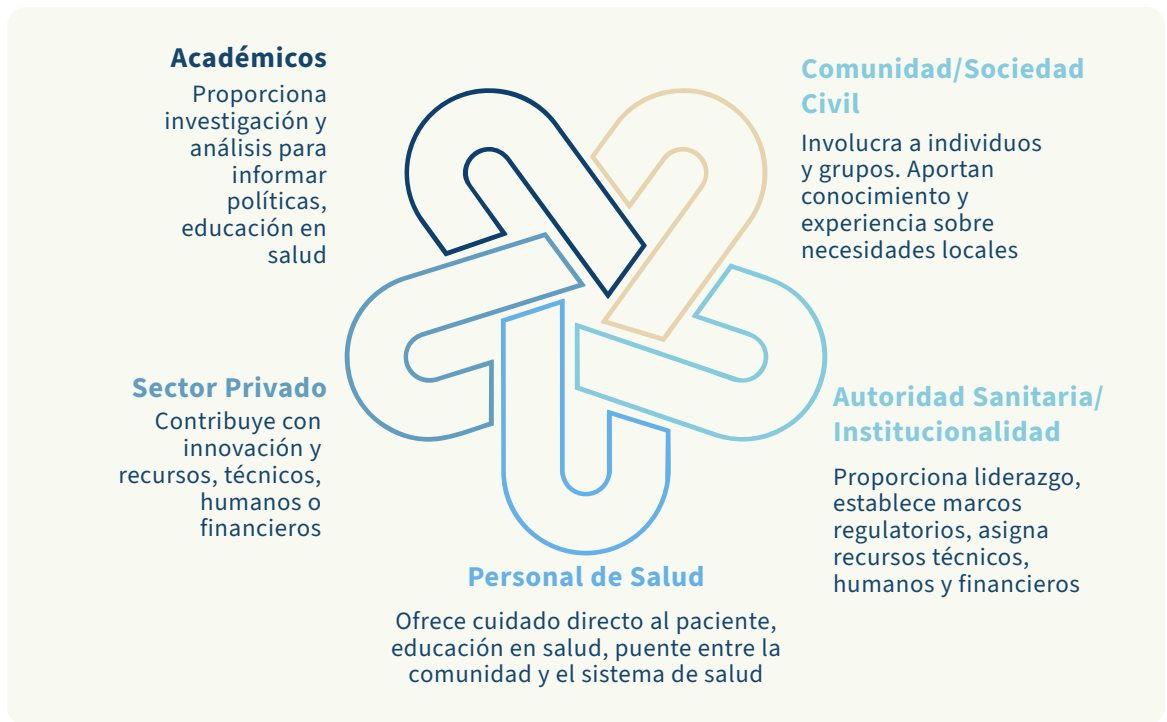
Fuente: Adaptado de Ley 1438 de 2011

¿Quiénes son los Stakeholders en la Atención Primaria en Salud?

Los Stakeholders son “individuos, organizaciones o comunidades que tienen un interés directo en el proceso y resultado de un proyecto, investigación o iniciativa política (6).

En la Atención Primaria en Salud participan al menos cinco grupos clave, “los Stakeholders”: la comunidad o sociedad civil, los directivos y representantes del Ministerio de Salud (autoridad sanitaria), los trabajadores de la salud, las Organizaciones No Gubernamentales, y los representantes de la academia junto con el sector privado (figura 9).

Figura 9. Los Stakeholders en el proceso participativo en la Atención Primaria en Salud



Fuente: elaboración propia

Estos actores se integran en los procesos participativos cuando la comunidad enfrenta situaciones complejas que afectan su salud o bienestar y necesita buscar soluciones (7, 8). Una forma de lograrlo es a través de un proceso que se desarrolla en cinco etapas (figura 10):

Diagnóstico Participativo: identificación de las necesidades de salud a través de la colaboración entre la comunidad y las diferentes partes interesadas utilizando métodos cualitativos.

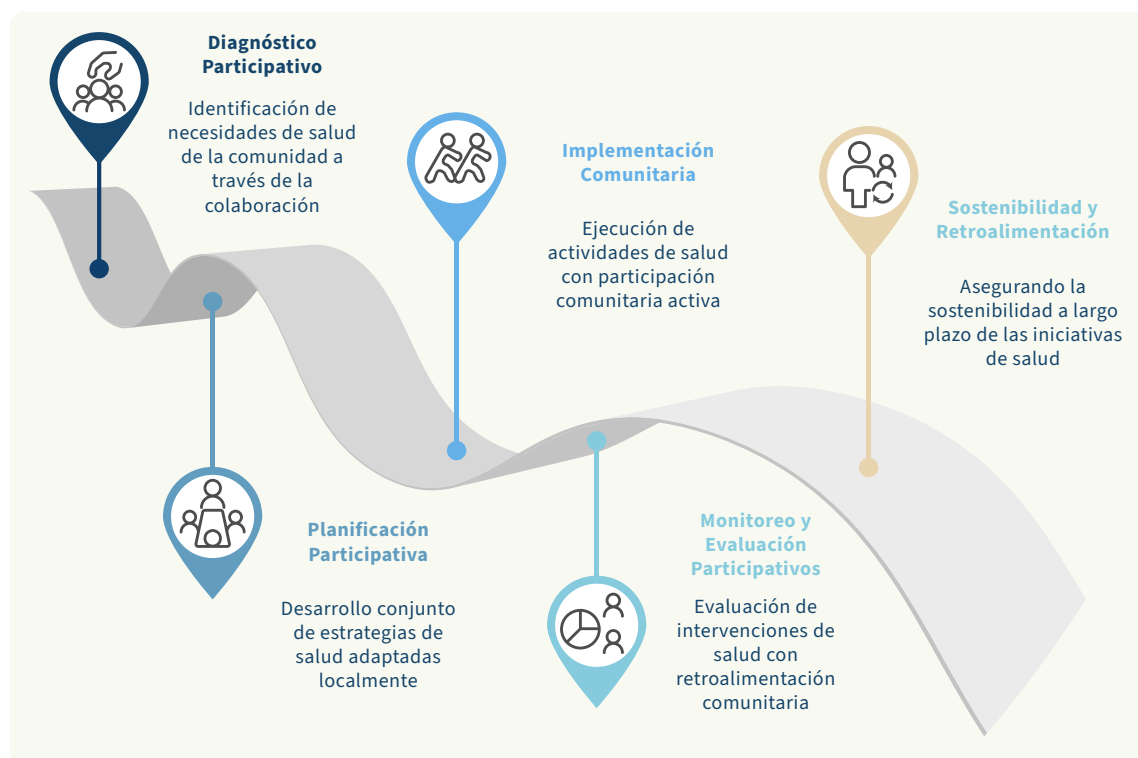
Planificación Participativa: desarrollo conjunto de estrategias y soluciones adaptadas al contexto local.

Implementación comunitaria: realización de actividades con la participación activa de la comunidad.

Seguimiento y evaluación participativos: Seguimiento y evaluación de los resultados, implicando a la comunidad en el análisis y ajuste de las intervenciones.

Sostenibilidad y retroalimentación: Fortalecimiento de la capacitación de la comunidad para mantener las acciones a largo plazo.

Figura 10. Etapas del proceso participativo en salud



Fuente: elaboración propia

¿Qué papel cumplen los stakeholders en el proceso participativo en salud?

En países con sistemas de salud basados en la Atención Primaria en Salud (APS), la interacción entre los stakeholders ha evolucionado a través de estrategias colaborativas que articulan a las autoridades sanitarias, el personal de salud y las comunidades.

Cada actor clave contribuye de manera diferenciada a la resolución de las necesidades comunitarias, aportando desde su conocimiento, experiencia, habilidades e influencia en la toma de decisiones.

Comunidad/Sociedad civil: incluye a pacientes y sus familias, los residentes locales, líderes, asociaciones, consejos comunitarios, voluntarios, trabajadores comunitarios voluntarios. Aportan conocimientos y experiencias valiosas sobre sus necesidades de salud, las barreras que enfrentan y las soluciones que consideran viables, las organizaciones que representan a la comunidad y abogan por sus necesidades actúan como representantes y defensores públicos.

Autoridad sanitaria/Institucionalidad: incluye a funcionarios de instituciones oficiales que se encargan de direccionar el sistema de salud a nivel local, departamental (intermedio) o nacional como gerentes, directivos, formuladores de política. Por ejemplo, funcionarios del Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, INVIMA), secretarías departamentales de salud, laboratorios de salud pública, secretarías locales de salud. Garantizan la gestión de la salud de los ciudadanos, tienen el mandato legal y la responsabilidad principal en la configuración de prioridades de atención en salud, encargados de la toma de decisiones y la implementación de políticas públicas, asignar recursos humanos, técnicos y financieros.

- **Personal de salud:** incluye profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos, nutricionistas), personal técnico de salud (auxiliares de enfermería, técnicos en salud pública, promotores de salud, y otros) trabajadores comunitarios (pagos por el sistema de salud). Desempeñan un papel multifacético. Brindan atención directa a la comunidad, actúan como facilitadores de la comunicación, educadores y promotores de la salud, defensores de la comunidad,

colaboradores en la investigación. Su trabajo fortalece la conexión entre la comunidad y el sistema de salud.

- **Sector privado:** incluye organizaciones u empresas que son de propiedad privada y no están controladas por el gobierno, por ejemplo, las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs). En ocasiones, se establecen Asociaciones público-privadas (APP) para la provisión de bienes y servicios públicos. Estas empresas operan con el objetivo de obtener beneficios económicos y son gestionadas por individuos o grupos de personas que invierten su capital en ellas. Algunas tienen interés en la salud de la población y proporcionan recursos humanos, técnicos o económicos, para contribuir a la mejora de condiciones de vida y bienestar.
- **Académicos:** la academia conformada por docentes, estudiantes e investigadores, juega un papel fundamental en la participación comunitaria dentro del sistema de salud. A través de la investigación participativa, la educación, capacitación, la asistencia técnica, y la incidencia política.

¿Colaboración o conflicto entre los Stakeholders?

La participación de los stakeholders en el abordaje de problemas de salud poblacional es un proceso complejo (9). Cada actor involucrado posee intereses y responsabilidades particulares, y existen múltiples mecanismos y metodologías para proponer soluciones (10, 11).

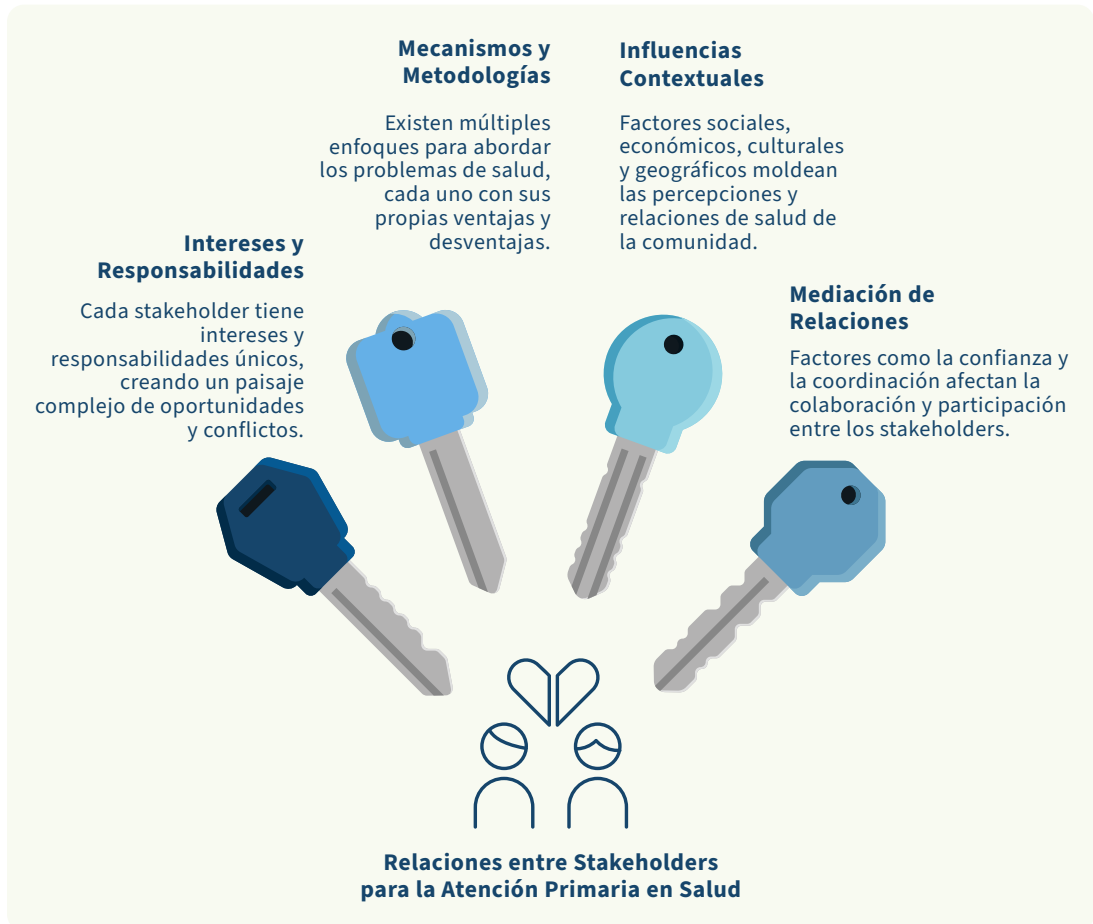
El contexto social, económico, cultural y geográfico, así como la percepción individual sobre las nociones de salud y comunidad (12, 13), influyen en cada actor. El enfoque adoptado para la Atención Primaria en Salud, ya sea el desarrollo comunitario, la atención de la enfermedad o la prestación de servicios, determina la posición de la comunidad en las alternativas de solución (acciones top-down o bottom-up) (5, 14).

Las relaciones entre los stakeholders están mediadas por factores como el compromiso, la confianza, la motivación, la transparencia, la jerarquía, el poder, la coordinación intersectorial y la gobernanza del sistema de salud, los cuales modulan su conducta (15) (Figura 11). Por esas razones, en los procesos de toma de decisiones, es fundamental garantizar la igualdad

en la participación de todos los stakeholders. La ausencia de igualdad puede generar desequilibrios de poder, donde los actores más influyentes ejercen un dominio desproporcionado. Esta situación también está interseccionada por las relaciones de clase, género y raza.

En el ámbito de la salud, algunos autores han estudiado la interacción de los stakeholders en función de su legitimidad, poder y urgencia con el propósito de evaluar su influencia en el establecimiento de prioridades de la atención sanitaria. La legitimidad se define como el reconocimiento y la aceptación social del rol del stakeholder; el poder, como la capacidad de influir en las decisiones y acciones de otros; y la urgencia, como la necesidad de atención inmediata y la sensibilidad temporal (16) (tabla 3).

Figura 11. Tensiones en la interacción de Stakeholder en Atención Primaria en Salud.



Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Atributos de los Stakeholders y su influencia en un proceso de toma de decisiones para establecer prioridades de atención sanitaria.

<i>Stakeholder</i>	<i>Legitimidad</i>	<i>Poder</i>	<i>Urgencia</i>
<i>Funcionarios del Ministerio de Salud</i>	Alta (Mandato legal y responsabilidad)	Moderado (Influenciado por actores no estatales)	Variable (Depende del tema y la presión pública)
<i>Organizaciones No Gubernamentales (ONGs)</i>	Moderada (Representan diversos intereses en salud)	Moderado (Depende de recursos y redes)	Variable (Depende de la misión y el enfoque)
<i>Organizaciones de la Sociedad Civil</i>	Alta (Representan a la comunidad y abogan por sus derechos)	Moderado (Depende de la movilización y la influencia)	Alta (Necesidades de la comunidad y problemas urgentes)
<i>Académicos</i>	Alta (Investigación y conocimiento técnico)	Bajo (Limitado a la influencia intelectual)	Baja (Salvo temas de gran relevancia)
<i>Personal sanitario</i>	Alta (Conocimiento del contexto local)	Bajo (Dependencia de decisiones y recursos centrales)	Variable (Depende de las necesidades locales)

Adaptado de: Kapiriri L, Razavi SD. Salient stakeholders: using the salience stakeholder model to assess stakeholders' influence in healthcare priority setting. *Health Policy OPEN* [Internet]. 2021;2:100048. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.hopen.2021.100048>

Beneficios de la interacción de los Stakeholders

Diversos estudios han documentado el impacto positivo de iniciativas, intervenciones y programas de Atención Primaria en Salud (APS) que han integrado activamente a la comunidad en todas las fases del proceso participativo (17-19). Estas experiencias han abordado problemáticas clave como VIH/SIDA, salud mental, enfermedades crónicas, salud materno-infantil, promoción de la salud y atención en contextos rurales.

Los resultados han demostrado mejoras significativas en (Figura 12):

- **Salud y bienestar:** Mayor adopción de hábitos saludables, fortalecimiento del autocuidado, bienestar emocional y aumento de la autoestima.
- **Calidad de los servicios de salud:** Optimización de la accesibilidad, aceptabilidad y pertinencia de la atención, junto con una reducción en los costos del sistema de salud.
- **Gestión y gobernanza en salud:** Mayor control comunitario sobre la planificación en salud, mejor toma de decisiones y optimización en la gestión y movilización de recursos.
- **Impacto social:** Fortalecimiento del sentido de pertenencia, aumento de la capacidad de asociación, mayor cohesión social y empoderamiento comunitario.

Figura 12. Beneficios de la interacción de los Stakeholders



Fuente: elaboración propia

El potencial de la colaboración en la Atención Primaria en Salud

Comprender las relaciones entre los Stakeholders es vital en la definición de prioridades sanitarias por diversas razones:

Identificación de actores clave: permite reconocer a los stakeholders más relevantes e influyentes en la toma de decisiones sobre las prioridades en salud. Al analizar quiénes poseen autoridad, legitimidad y urgencia, se pueden focalizar esfuerzos en aquellos con mayor capacidad de generar impacto.

Fortalecimiento de la participación: favorece una interacción más efectiva y significativa de los diferentes actores. Al comprender sus características y expectativas, es posible diseñar estrategias de participación adaptadas a sus necesidades, aumentando la probabilidad de que sus voces sean escuchadas e incorporadas en los procesos de decisión.

Toma de decisiones más informada: contribuye a la formulación de decisiones más equilibradas y fundamentadas. Al integrar los distintos puntos de vista e intereses de los stakeholders, se pueden adoptar medidas que representen mejor las necesidades de la comunidad y gocen de mayor legitimidad.

Gestión estratégica de conflictos: facilita la prevención y resolución de disputas de manera proactiva. Identificar las dinámicas de poder, legitimidad y urgencia entre los actores permite anticipar tensiones y diseñar estrategias para mediar diferencias, favoreciendo consensos sostenibles.

Mayor viabilidad en la implementación: aumenta la probabilidad de éxito en la ejecución de políticas y programas de salud. Al considerar la legitimidad y la influencia de cada stakeholder, se pueden diseñar acciones más alineadas con la realidad del contexto, optimizando su aceptación y sostenibilidad.

En este capítulo se ha evidenciado que la colaboración entre comunidad, autoridades, personal de salud, sector privado y academia permite una gestión integral y sostenible de la estrategia de APS. A pesar de la heterogeneidad de intereses y asimetrías de poder, superarlos mejora la respuesta a necesidades de salud.

En este sentido, la academia juega un rol crucial al formar profesionales de enfermería con una sólida base teórica y práctica en APS capaces de liderar y participar activamente en equipos multidisciplinarios. Asimismo, la investigación participativa desde la academia permite identificar las necesidades de salud de la comunidad, evaluar el impacto de las intervenciones y generar evidencia para la toma de decisiones.

En un contexto de transformación constante en el ámbito de la salud, la integración de los stakeholders se presenta como un elemento clave para la innovación y la mejora continua de los servicios y bienestar de las comunidades.

Referencias bibliográficas

1. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). International Conference on Primary Health Care (1978: Alma-Ata, USSR). Geneva: WHO; 1978. Available in: who.int/publications-detail-redirect/declaration-of-alma-ata
2. World Health Organization. A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. No. WHO/HIS/SDS/2018.15. World Health Organization, 2018. Available in: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.15>
3. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C. La renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Rev Panam Salud Publica. marzo de 2007;21(2-3)<http://dx.doi.org/10.1590/s1020-49892007000200003>
4. Congreso de Colombia. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 47.957. 19 de enero de 2011.
5. Rifkin SB. Lessons from community participation in health programmes. Health Policy Plan. 1986 Sep 1;1(3):240-9. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/heapol/1.3.240>.
6. Deverka PA, Lavalley DC, Desai PJ, Esmail LC, Ramsey SD, Veenstra DL, et al. Stakeholder participation in comparative effectiveness research: defining a framework for effective engagement. J Comp Eff Res. 2012;1(2):181-94. doi: 10.2217/cer.12.7
7. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Community Engagement: Improving Health and Wellbeing (QS148) [Internet]. London: NICE; 2017. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/qs148/resources/community-engagement-improving-health-and-wellbeing-pdf-75545486227141>
8. Smith LU. Community engagement framework for community assessment and improvement planning. J Public Health Manag Pract. 2017;23(Suppl 4):S22-S28.DOI: 10.1097/PHH.0000000000000600

9. Armas CS, García MH, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de «salud comunitaria»? Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:5-12. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.07.005>
10. Álvarez OS, Álvarez AM, Busto BG, Martín SP. Claves para el éxito de la participación comunitaria: diálogos sobre participación en el ámbito local. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:48-51. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.06.003
11. López-Sánchez MP, Alberich T, Aviñó D, García FF, Ruiz-Azarola A, Villasante T. Herramientas y métodos participativos para la acción comunitaria. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit.* 2018;32:32-40. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.06.008
12. Garcia ML, Mizrahi T, Korazim-Körösy Y. The complexity of community participation: Professional perspectives on the definition and inclusion of community. *Community Dev.* 2022;53(4):413-28. DOI: 10.1080/15575330.2021.1959361
13. Martín BA, Peralta ER, Blanco DG, Vidriales RC. ¿Qué sabrá una bata de comunidades? Diálogos sobre salud comunitaria y sus múltiples conjugaciones. *Gac Sanit.* 2018;32:13-6. DOI: 10.1016/j.gaceta.2018.06.009
14. Luisi DR, Hämel K. Understandings of community participation and empowerment in primary health care in Emilia-Romagna, Italy: A qualitative interview study with practitioners and stakeholders. *PLoS ONE.* 2024;19(9):e0310137. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0310137>
15. Báscolo E. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria en Salud. *Rev Salud Pública.* 2010;12:8-27. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642010000700002&lng=en.
16. Kapiriri L, Razavi SD. Salient stakeholders: Using the salience stakeholder model to assess stakeholders' influence in healthcare priority setting. *Health Policy OPEN.* 2021;2:100048. <https://doi.org/10.1016/j.hopen.2021.100048>
17. Van Bortel T, Wickramasinghe ND, Morgan A, Martin S. Health assets in a global context: a systematic review of the literature. *BMJ Open.* 2019;9(2):e023810. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-023810

18. Chuah FLH, Srivastava A, Singh SR, Haldane V, Koh GCH, Seng CK, et al. Community participation in general health initiatives in high and upper-middle income countries: a systematic review exploring the nature of participation, use of theories, contextual drivers and power relations in community participation. *Soc Sci Med*. 2018;213:106-122. DOI: 10.1016/j.socscimed.2018.07.019
19. George AS, Mehra V, Scott K, Sriram V. Community participation in health systems research: a systematic review assessing the state of research, the nature of interventions involved and the features of engagement with communities. *PLoS One*. 2015;10(10):e0141091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141091>



Capítulo 4.

Tejer cuidados: enfoque interseccional y
formación sociopolítica en las prácticas
comunitarias

Capítulo 4. Tejer cuidados: enfoque interseccional y formación sociopolítica en las prácticas comunitarias

Juan Andrés Arango Londoño

“El cuidado no es solo un acto personal, sino una práctica política que sostiene nuestras comunidades”.

Joan Tronto

En un asentamiento irregular dentro de una ciudad, una persona profesional en enfermería comunitaria atiende a una mujer migrante gestante que, debido a su situación legal y económica, no ha podido acceder a controles prenatales. Estas desigualdades en salud se agravan por la discriminación, las violencias basadas en género y la xenofobia. La necesidad de abordar estos factores desde las prácticas comunitarias, considerando tanto los elementos estructurales como socioculturales, surge del análisis interseccional y sociopolítico.

El análisis interseccional permite identificar la relación entre las distintas estructuras de poder, tanto sociales como políticas, que se reproducen a través de desigualdades relacionadas con el género, la pertenencia étnica, la clase social o la orientación sexual (1). La intersección de estas desigualdades genera barreras mayores en la garantía de derechos, lo cual profundiza las brechas de acceso a la salud (2). Estudios recientes en la región de las Américas han mostrado que el enfoque interseccional permite comprender de manera más precisa cómo múltiples ejes de desigualdad interactúan y producen inequidades en salud en contextos específicos (3).

Por otro lado, el análisis sociopolítico brinda herramientas para comprender y abordar las desigualdades estructurales que afectan la salud a través de una mirada crítica sobre las estructuras de poder que las producen y reproducen, permitiendo cuestionar la aparente neutralidad de las prácticas profesionales (4).

Integrar estos enfoques en las prácticas comunitarias permite formar a las personas profesionales con herramientas pertinentes para la incidencia social a través de proyectos, programas y políticas públicas diseñadas desde y para las comunidades, así como para la promoción y garantía de derechos en poblaciones vulnerables (3). En el campo de la

enfermería, revisiones recientes evidencian un creciente uso del enfoque interseccional para comprender experiencias de cuidado, formación profesional y desigualdades en salud (5).

El objetivo de este capítulo es desarrollar el análisis interseccional y sociopolítico como estrategia para enriquecer las prácticas comunitarias a través de su implementación en la formación de profesionales, así como una reflexión sobre los desafíos y oportunidades al trabajar con diversas comunidades en situaciones de vulnerabilidad.

La interseccionalidad como herramienta de análisis y acción comunitaria

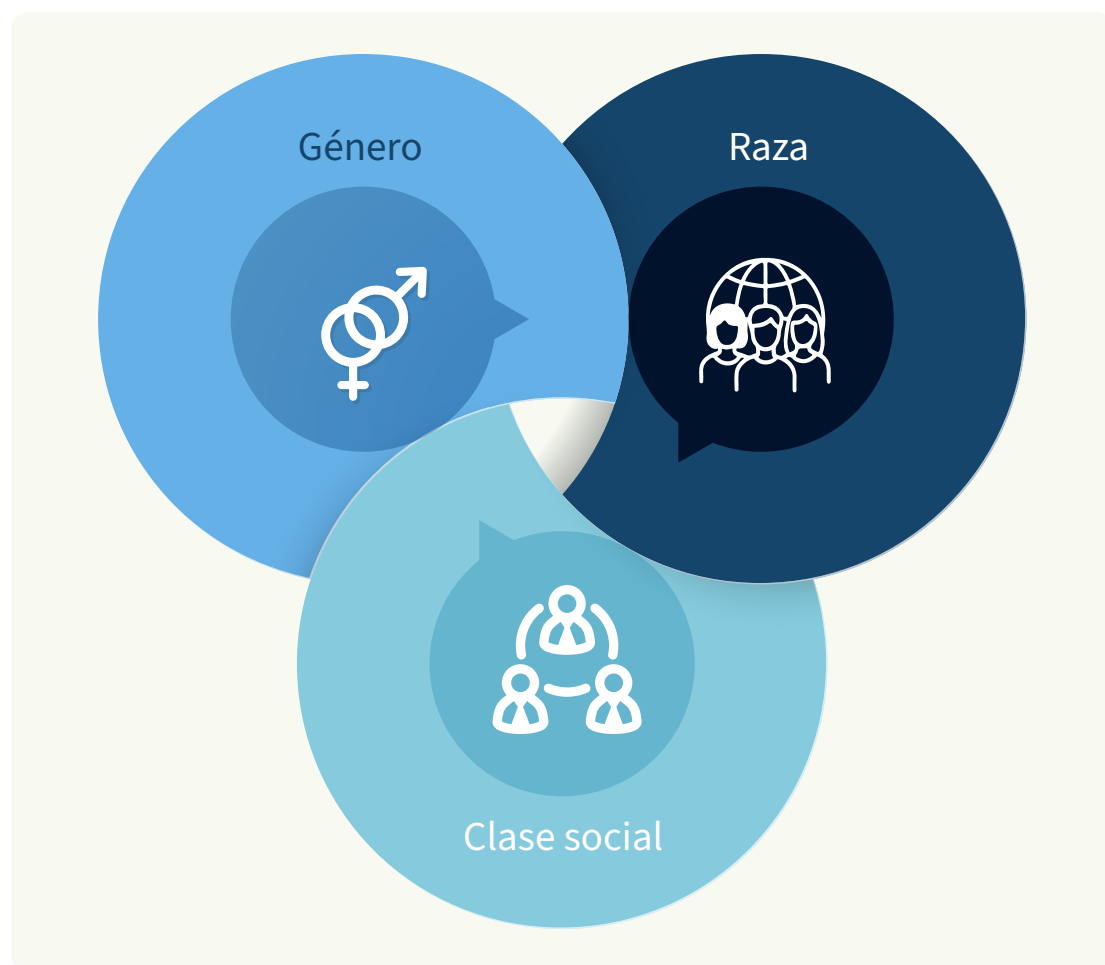
El concepto de interseccionalidad nace de las luchas de las mujeres negras en Estados Unidos, a partir de la reflexión en momentos clave como la abolición de la esclavitud, la conquista del derecho al voto de las personas negras y la eliminación de la segregación racial (1). A lo largo del tiempo, el feminismo negro y otras corrientes teóricas han desarrollado este concepto para entender cómo diferentes formas de opresión —como el racismo, el sexismo y la desigualdad económica— no existen de manera aislada, sino que se combinan y refuerzan entre sí.

Si bien este origen es fundamental, en las últimas décadas la interseccionalidad ha sido ampliamente desarrollada en América Latina desde enfoques críticos, comunitarios y decoloniales, que dialogan con las realidades históricas de colonialismo, racialización, desigualdad territorial y exclusión social propias de la región (1,6). Estos aportes han permitido ampliar la interseccionalidad más allá de una categoría analítica, consolidándola como una herramienta política y situada para la transformación social y la acción comunitaria.

Cuando hablamos de interseccionalidad, nos referimos a la forma en que diversas identidades y circunstancias de una persona o grupos poblacionales pueden generar barreras o desigualdades en la sociedad (7). Tradicionalmente, se han identificado tres grandes ejes de opresión: género, raza y clase social (Figura 13). Si bien esta triada ha sido ampliamente utilizada como esquema analítico inicial, los enfoques interseccionales contemporáneos —especialmente en América Latina— advierten sobre la necesidad de superar lecturas fijas y jerárquicas de la desigualdad (1). Se

evidencia que la realidad es mucho más compleja, pues intervienen otros factores como la edad, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género, la condición migratoria y el territorio, elementos ampliamente documentados en investigaciones recientes en salud pública y enfermería (3,5,8).

Figura 13. Triada de opresión dentro de la interseccionalidad.



Fuente: adaptado de Viveros Vigoya M. *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute; 2023.

El valor de la interseccionalidad como herramienta de análisis es que permite abordar la desigualdad desde múltiples escalas. A nivel microsocial, ayuda a comprender cómo estas desigualdades afectan la vida

cotidiana, el acceso a derechos y el bienestar. A nivel macrosocial, permite analizar cómo las políticas públicas y las instituciones pueden reproducir desigualdades si no incorporan enfoques interseccionales, territoriales y culturalmente pertinentes (3).

Un ejemplo concreto es el caso de una mujer migrante en estado de embarazo, como se menciona al inicio del capítulo. Si ella no recibe atención médica adecuada, el problema no se reduce a la falta de acceso a servicios de salud. Desde una perspectiva interseccional se identifican barreras que influyen en su contexto, tales como la dificultad para obtener documentos, la discriminación por su origen o las normas culturales que afectan su interacción con el sistema de salud.

Es por esto que un enfoque interseccional en el marco de la atención en salud permite desarrollar estrategias para superar las diversas formas de opresión, entre ellas programas dirigidos a poblaciones migrantes, asesoría legal y procesos de atención eliminan barreras administrativas y culturales (9).

Un ejemplo concreto es el caso de una mujer migrante en estado de embarazo, como se menciona al inicio del capítulo. Desde una perspectiva interseccional, la falta de atención médica no se explica únicamente por la ausencia de servicios, sino por la convergencia de barreras administrativas, discriminación por origen, género y clase social, así como prácticas institucionales excluyentes.

Por ello, un enfoque interseccional en el marco de la atención en salud permite desarrollar estrategias integrales orientadas a reducir estas formas de opresión, incluyendo procesos de atención culturalmente pertinentes y acciones institucionales que reconozcan las experiencias históricamente marginadas (3,8, 10).

Análisis sociopolítico: comprender las desigualdades estructurales en las prácticas comunitarias

La formación en enfermería debe integrar la enseñanza de conocimientos técnicos y científicos con el desarrollo del pensamiento crítico y la comprensión del entorno sociopolítico en el que se ejerce la profesión, especialmente en las comunidades (4). En este contexto, las prácticas

comunitarias permiten a los estudiantes enfrentarse a realidades complejas donde el cuidado se configura como una práctica social y política.

El análisis sociopolítico busca cuestionar las condiciones estructurales que afectan la salud de la población, reconociendo el papel de las políticas públicas, las relaciones de poder y los determinantes institucionales en la producción de desigualdades (4).

Adoptar una visión sociopolítica en las prácticas comunitarias implica reconocer que los profesionales de la salud son agentes de cambio, con capacidad de incidir en la formulación de políticas públicas, la defensa de derechos y la construcción de estrategias colectivas orientadas a mejorar la calidad de vida de las comunidades.

Sin embargo, persiste un desequilibrio en la formación en enfermería entre el enfoque clínico y el comunitario. Fortalecer este último requiere incorporar enfoques interseccionales que permitan comprender la complejidad de las desigualdades contemporáneas y responder de manera contextualizada a las necesidades de las poblaciones.

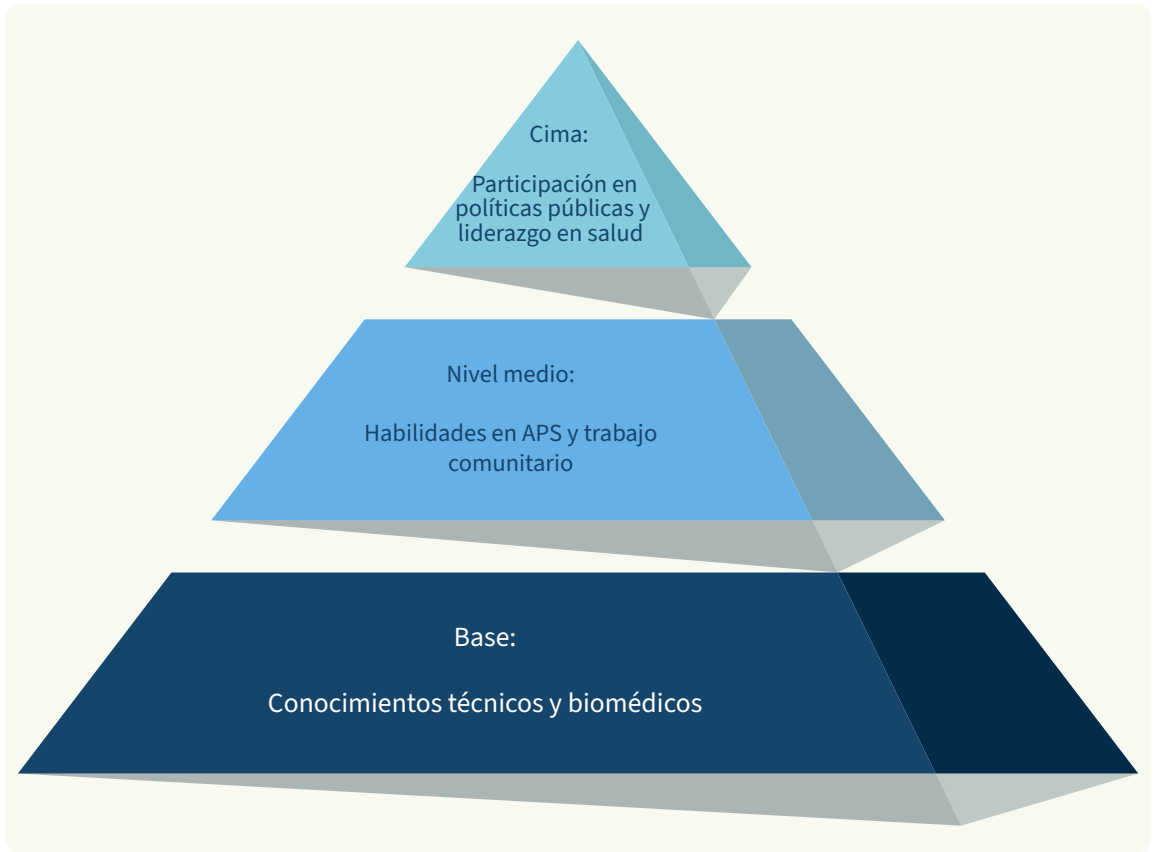
Desafíos y oportunidades en la aplicación de estos enfoques

La integración de la interseccionalidad y el análisis sociopolítico en las prácticas comunitarias representa un avance significativo, pero enfrenta desafíos como la limitada formación docente en estos enfoques y la persistencia de modelos biomédicos hegemónicos.

No obstante, existen oportunidades claras. Estudios recientes muestran cómo metodologías innovadoras permiten analizar desigualdades interseccionales complejas y aportar evidencia para la toma de decisiones en salud (7).

La formación sociopolítica y el análisis interseccional son herramientas esenciales para el diseño e implementación de prácticas comunitarias orientadas a la transformación de desigualdades estructurales, fortaleciendo habilidades socioculturales y capacidades de incidencia social (11) (Figura 13 y Tabla 4).

Figura 14. Pirámide de competencias en enfermería desde una formación sociopolítica.



Fuente: elaboración propia.

Tabla 4. Habilidades socioculturales a desarrollar.

Habilidades	Descripción
Respeto	Valorar a lxs otrxs.
Autoconciencia/Identidad	Comprender los lentes a través de los cuales cada unx ve el mundo.
Ver desde otras perspectivas	Reconocer cómo las visiones del mundo son similares y diferentes.
Escuchar	Participar en un auténtico diálogo intercultural.
Adaptación	Ser capaz de cambiar temporalmente de perspectiva.
Construcción de vínculo	Forjar vínculos interculturales perdurables.
Humildad cultural	Combina respeto con autoconciencia.

Adaptado de: Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2367 de 2023. Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental 2023-2033. Bogotá: MinSalud; 2023. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf.

La interseccionalidad y el análisis sociopolítico se consideran herramientas para comprender las desigualdades en salud dentro de las prácticas comunitarias. La integración de ambos enfoques en la formación de profesionales de la salud fortalece su capacidad para diseñar intervenciones contextualizadas, culturalmente pertinentes y orientadas a la promoción de derechos.

A pesar de los desafíos institucionales y políticos que aún limitan la implementación de estas perspectivas, existen oportunidades para su fortalecimiento a través de la articulación entre la academia, las organizaciones comunitarias y las políticas públicas.

Referencias bibliográficas

1. Viveros Vigoya M. Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI Transnational Institute; 2023.
2. Tovar Neira LA, Cacante Caballero JV. Cuidado de Enfermería en cáncer infantil. *Investig Enferm Imagen Desarr*. 2022. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.ie24.ceci>
3. Arias-Urión AM, Losantos M, Bedoya P. La interseccionalidad como herramienta teórico-analítica para estudiar las desigualdades en salud en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.133>
4. Osorio Castaño JH. Patrón de conocimiento socio-político en enfermería: reflexiones conceptuales. *Rev Cuid*. 2016;7(2):1352–9. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v7i2.319>
5. Sherman AD, et al. Intersectionality in nursing research: a scoping review. *PLoS One*. 2023;18(10):e0291960. <https://doi.org/10.1016/j.ijnnsa.2023.100155>
6. Lugones M. Colonialidad y género. *Tabula Rasa*. 2008;(9):73–101. <https://www.revistatabularasa.org/numero-9/05lugones.pdf>
7. Rodó-Zárate M. Interseccionalidad: desigualdades, lugares y emociones. Barcelona: Virus Editorial; 2021. Disponible en: <https://revistas.uam.es/relacionesinternacionales/article/view/14645>
8. Butler H, Gott M, Robinson J. Intersectionality and healthcare experience for people diagnosed with mental illness – a scoping review. *Int J Ment Health*. 2025;54(4):1–38. <https://doi.org/10.1080/00207411.2025.2526215>
9. Barbek R, Lüdecke D, von dem Knesebeck O. Intersectional inequalities in health anxiety: multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy in the SOMA. SOC study. *Front Public Health*. 2024;12:1388773. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1388773>

10. He JW, Terry AL, Lizotte D, Bauer G, Ryan BL. Understanding intersectional inequality in access to primary care providers using multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy. PLoS One. 2024;19(1):e0296657. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296657>
11. Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución No. 2367 de 2023. Política Nacional de Salud Mental 2023–2033. Bogotá: MinSalud; 2023. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No%202367%20de%202023.pdf

Capítulo 5.

**Experiencia investigativa en las prácticas
de enfermería comunitaria: el caso del Eje
Cafetero**

Capítulo 5. Experiencia investigativa en las prácticas de enfermería comunitaria: el caso del Eje Cafetero

Diana Paola Betancurth Loaiza

Liliana Orozco Castillo

María Eugenia Pico Merchán

Daniela Ocampo Restrepo

“He estado conscientemente alejado de la academia, porque ahí no se está haciendo nada, están huyendo por la vía de los libros, de la conceptualización y no conocen una vereda, ni un barrio, sino conocen eso mucho menos van a meterse con algo tan complicado como la paz”.

Alfredo Molano

En la actualidad las perspectivas sociales y comunitarias entran en conflicto con las dinámicas de los “tiempo modernos” que se caracterizan por la vivencia de lo actual, el presente, la virtualidad, “relaciones líquidas”, fraccionadas y velocidad en la concepción de la vida (1, 2), lo que deja a un lado la perspectiva de horizonte hacia un mejor futuro para determinadas comunidades, sin mayores oportunidades de mejorar su calidad de vida y con esto aumentar las posibilidades de entrar en condiciones de vulnerabilidad (2).

En este sentido, se puede mencionar la importancia que tienen los escenarios sociales y comunitarios en los cuales se llevan a cabo las prácticas comunitarias, dado que es en estos donde los docentes y estudiantes se vinculan con las personas y los medios disponibles a su alcance, con el fin de identificar problemáticas sociales, de vulnerabilidad y posterior a esto acompañarlos en los procesos de mejora.

Con base en lo anterior, se puede mencionar a la participación comunitaria como una herramienta básica que juega un papel importante en el proceso educativo de las prácticas comunitarias, en razón a que permite un diálogo e interacción entre personas, familias y comunidades para que estas logren mejoras acordes a sus necesidades, para su salud y bienestar (3).

En concordancia con las bases conceptuales de las prácticas comunitarias en Enfermería presentadas en capítulos anteriores, que dan cuenta de la pérdida de capacidades de la Enfermería para direccionar y liderar

programas propios de la disciplina en las comunidades, dada la tendencia hacia procesos de formación con énfasis en lo clínico, se muestra la necesidad de indagar por las percepciones e ideas expresadas dentro de los currículos y por los actores académicos de cinco universidades del Eje Cafetero -Universidad de Caldas, Universidad Libre seccional Pereira, Universidad del Quindío, Fundación Universitaria del Área Andina y Corporación Universitaria Empresarial Alexander Von Humboldt-, que para este capítulo son los docentes y estudiantes en el desarrollo de las prácticas comunitarias de los programas de enfermería, tema que además ha sido poco explorados (4) (Figura 15).

Figura 15. Práctica comunitaria, Fundación Universitaria del Área Andina.



Fuente: archivo personal de los autores.

Florecer en comunidad: reflexiones curriculares desde el Árbol de la Vida

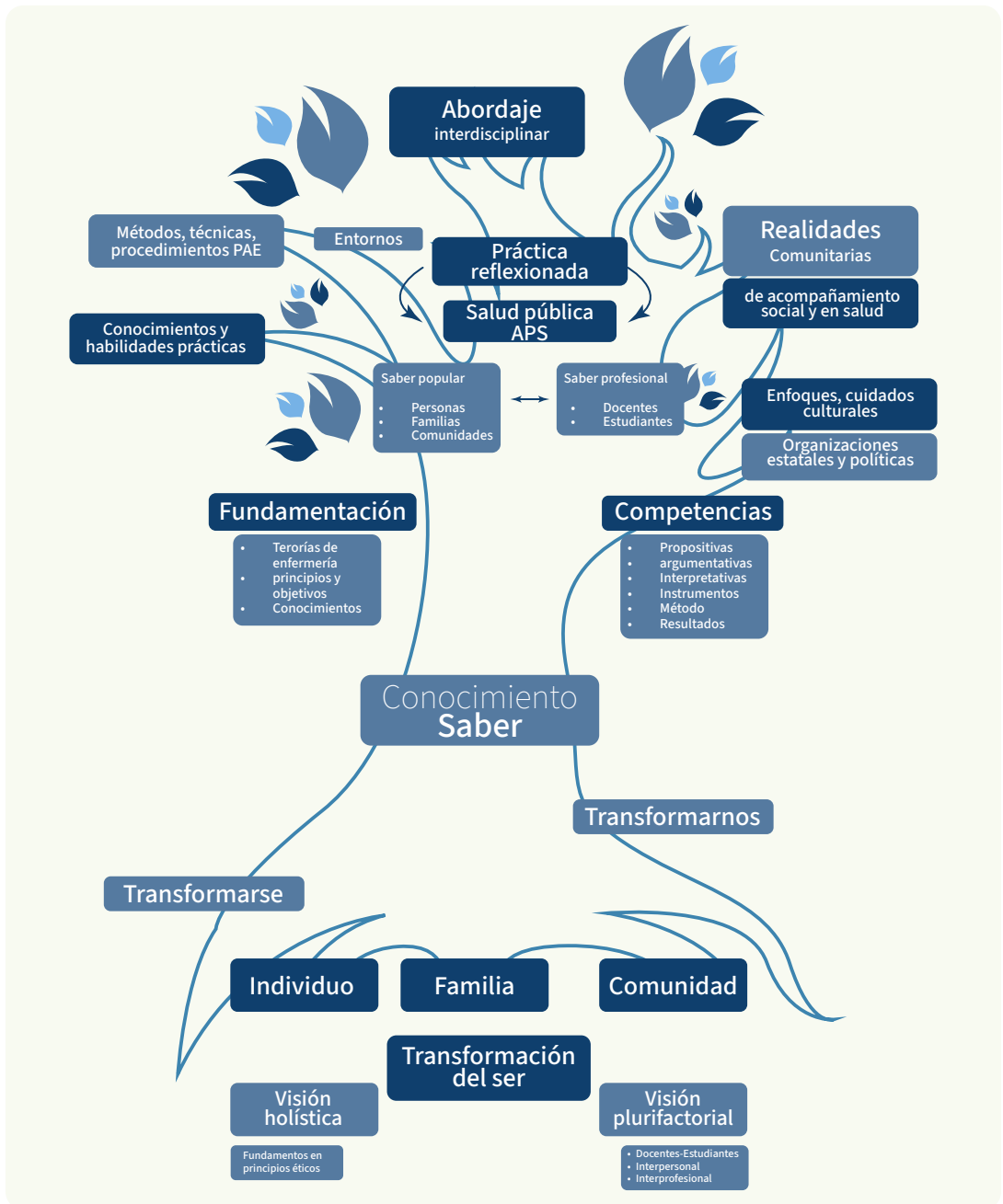
“La educación no es llenar un cubo, sino encender un fuego”

William Butler Yeats

En principio, la metáfora del Árbol de la Vida representa el proceso de transformación y crecimiento en la formación dentro de las prácticas comunitarias (Figura 16). Sus raíces simbolizan los valores y principios que sustentan este desarrollo, mientras que su savia representa la energía vital que fluye a través de cada persona en una conexión con los demás. A medida que el árbol crece, sus ramas se extienden, lo cual refleja la manera en que el conocimiento, la experiencia y el compromiso con el cuidado mutuo se expanden en la comunidad.

La transformación personal está estrechamente ligada a las experiencias que se viven durante el proceso de formación. A medida que avanza, la persona se conoce mejor, cambia y crece al generar conciencia de sí misma. Esto le permite tomar un papel activo en su propio desarrollo y comprometerse con el cuidado de los demás. En este sentido, el objetivo es que los estudiantes se involucren en la práctica comunitaria con un sentido de responsabilidad hacia las otras personas.

El *Árbol de la Vida* es una imagen que ayuda a comprender un patrón emergente en la formación en enfermería, donde convergen tres dimensiones interconectadas: el ser, el saber y el hacer. Cada una de ellas se representa en diferentes partes del árbol, el cual refleja su papel en el proceso de aprendizaje y transformación (5).

Figura 16. El Árbol de la Vida.

Fuente: Tomado de Ocampo-Restrepo D, Betancurth-Loaiza DP, Orozco-Castillo L, Pico-Merchán ME. El Árbol de la Vida en las Prácticas de Enfermería Comunitaria: Análisis Curricular de Cinco Universidades.

Las raíces del árbol representan el ser, la base sobre la que todo crece. En este nivel, se desarrolla un proceso de cambio profundo, donde cada persona, al igual que la savia que fluye por el tronco, se transforma al interactuar con su entorno. Aquí, el individuo no solo se reconoce como un ser único, sino también como parte de una red de relaciones que lo vinculan con su familia y comunidad. Esta raíz de identidad y conexión se nutre de la libertad y el interés del estudiante, quien, dentro de un espacio horizontal de aprendizaje, intercambia experiencias y conocimientos con otros, a partir de un crecimiento mutuo y significativo.

Además el ser constituye la raíz esencial, presente en diversos currículos y alineado con los valores fundamentales del cuidado comunitario. Más allá de una dimensión teórica, el ser se manifiesta en la vivencia cotidiana, en la construcción de vínculos y en la capacidad de generar impacto en la vida de los demás. La experiencia compartida se convierte en un motor para la colaboración y la solidaridad, lo cual impulsa un aprendizaje desde principios éticos y morales. Es así que la enseñanza debe fomentar el respeto por la diversidad y los derechos humanos, a partir de la integración de valores en la práctica profesional como pilares de un cuidado humano e integral.

El saber, representado en el tronco, proporciona la estructura que sostiene la práctica comunitaria. Este conocimiento, lejos de ser estático, se construye y transforma en función de las necesidades sociales y del contexto en el que se ejerce el cuidado. En la formación profesional se articula un andamiaje teórico, metodológico y analítico que permite comprender los Determinantes Sociales de la Salud y desarrollar estrategias de intervención efectivas. Así como el tronco conecta las raíces con el follaje, el conocimiento une la reflexión crítica con la acción, la cual se materializa en las prácticas comunitarias.

Finalmente, el follaje del árbol representa la práctica reflexionada, la manifestación viva del aprendizaje en acción. Así como las hojas captan la luz para nutrir el árbol, la práctica profesional de enfermería absorbe el conocimiento y lo proyecta en la realidad de las comunidades. Esta dimensión asume un rol activo en la transformación de condiciones que afectan la salud de la población. En este proceso, el trabajo colaborativo, las alianzas con stakeholders y la participación comunitaria emergen como ejes fundamentales. Los diagnósticos participativos del entorno

comunitario permiten la construcción de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales, lo cual asegura un abordaje desde las realidades culturales de cada población.

Así, el *Árbol de la Vida* desde las prácticas comunitarias simboliza un modelo educativo y un enfoque de cuidado enraizado en la identidad del ser, fortalecida por el saber y proyectada en la práctica reflexionada como un agente de transformación social.

Análisis curricular: caracterización de currículos relacionados con prácticas comunitarias

La formación en enfermería ha incorporado dentro de sus planes de estudio un enfoque comunitario que permite a los estudiantes desarrollar competencias esenciales para la atención integral en salud. Sin embargo, la manera en que dichas prácticas se estructuran dentro de los programas académicos varía significativamente entre las universidades participantes, lo cual se refleja en el número de créditos, los enfoques metodológicos y los contenidos impartidos. Analizar estas diferencias o similitudes permite comprender la priorización de distintos aspectos de la formación en salud comunitaria y el impacto que esto tiene en la preparación de los profesionales (Tabla 5).

En los programas analizados, el desarrollo de las prácticas comunitarias dentro de los currículos se establece, por lo general, entre el segundo y el cuarto semestre. Algunas universidades otorgan a estas asignaturas entre tres o cuatro créditos, otras les confieren una mayor carga horaria y profundidad, las cuales alcanzan hasta diez créditos. Esta variabilidad refleja la extensión de las asignaturas y el enfoque priorizado.

Tabla 5. Ficha descriptiva general de cinco universidades del Eje Cafetero

Componentes	Descripción
Presentación	Las universidades del Eje Cafetero han estructurado sus programas académicos en torno a la Atención Primaria en Salud (APS), la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. La formación está orientada al trabajo comunitario, con un enfoque integral que reconoce la importancia del trabajo intersectorial y la participación de la comunidad en la gestión de su propia salud.
Competencias ¹⁰	Las universidades forman en APS, salud comunitaria, trabajo interdisciplinario, pensamiento crítico, gestión del cuidado y normatividad vigente.
Resultados de aprendizaje	Las universidades evalúan conocimientos normativos, clasificación de sujetos de cuidado, pensamiento crítico y modelos de promoción en salud.
Metodología	Las universidades utilizan diferentes metodologías que apuntan a enriquecer el componente teórico y práctico: ABP, metodologías participativas, trabajo de campo, tecnologías educativas y ejercicios de simulación en laboratorios.
Perfil docente	El perfil docente varía según la institución, pero en general se requiere formación en APS, salud pública y promoción de la salud. Además, se valora la experiencia en docencia universitaria, investigación y trabajo comunitario, especialmente en el diseño e implementación de estrategias de intervención en salud. Algunas universidades sugieren fortalecer la cualificación docente en sus mallas curriculares para mejorar la formación en salud comunitaria.
Guía o manual de prácticas	Planeación didáctica, matrices de intervención comunitaria, fichas de caracterización en salud comunitaria durante las prácticas de campo.
Decretos, normas o circulares que apoyan las prácticas	Todas las universidades incluyen normatividad en salud pública y APS. Integran la normatividad general del sistema de salud colombiano, la ley 911/2004, Ley 266/1996, Resolución 3280/2018 y el Plan Decenal de Salud Pública 2022-2031, entre otros.

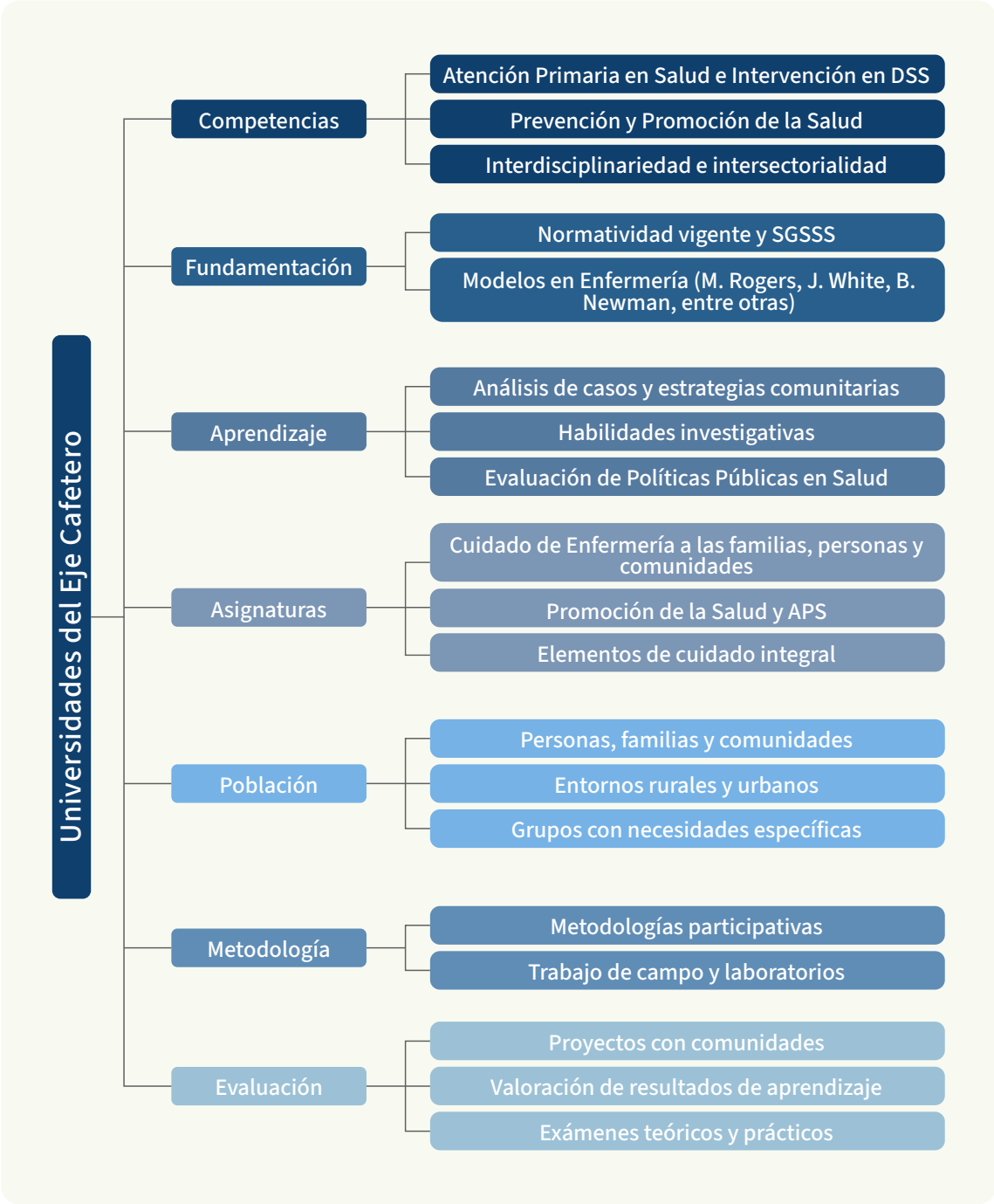
Fuente: elaboración propia.

¹⁰ Algunas de las instituciones participantes, a pesar de que trabajan con competencias, se encuentran en el proceso de construcción de resultados de aprendizaje.

Este enfoque puede centrarse en la formación actitudinal -desarrollo de habilidades como la empatía y la sensibilidad frente a los contextos sociales-, o también en conocimientos teóricos y el desarrollo de competencias procedimentales -valoración, diagnóstico, desarrollo de proyectos de intervención, entre otros-. Esta diversidad sugiere diferencias en la concepción del rol de la enfermería comunitaria dentro de cada institución, lo que puede incidir en la forma en que los estudiantes se aproximan a la práctica del cuidado en contextos sociales específicos.

Los programas de enfermería incluyen en sus currículos competencias, objetivos y resultados de aprendizaje que orientan la formación en salud comunitaria (Figura 18). En este sentido, se identifican aspectos clave relacionados con la gestión de programas y proyectos dentro del enfoque de Atención Primaria en Salud, bajo su planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de criterios éticos y normativos. Asimismo, se enfatiza la importancia de categorizar a los sujetos de cuidado, ya sean individuos, familias o comunidades, tomando en cuenta factores como el curso de vida, los niveles de exposición y herramientas de diagnóstico. Otro elemento fundamental es el desarrollo de estrategias de intervención que no solo respondan a principios éticos y normativos, sino que además integren teorías pertinentes y diagnósticos situacionales contruidos con la participación de las comunidades. De igual manera, se resalta la necesidad de que los estudiantes se involucren en la gestión de políticas y programas en el ámbito de la salud, asegurando una comprensión integral de los determinantes sociales y de los marcos regulatorios que guían la práctica profesional.

Figura 17. Análisis curricular de las universidades del Eje Cafetero.



Fuente: elaboración propia.

Desde el componente curricular de las prácticas comunitarias en enfermería, se propone la continuidad del análisis crítico y comprensivo, no solo desde el punto de vista técnico e instrumental, sino la posibilidad de incorporar las nuevas realidades y modelos sociosanitarios, territoriales y las políticas públicas establecidas en diversos ámbitos.

Percepción de los docentes: El acercamiento de lo teórico a lo práctico en enfermería comunitaria: una aproximación

“Enseñar no es transferir el conocimiento, sino crear las posibilidades para su propia producción o construcción.” Quien enseña aprende al enseñar y quien aprende enseña al aprender. Reflejar la idea de que enseñar no existe sin aprender y viceversa“.

Paulo Freire

La investigación realizada sobre las prácticas comunitarias en enfermería desde el enfoque de la Atención Primaria en Salud, encontró que los docentes basan o sustentan su quehacer en teorías de las ciencias sociales, la demografía, la epidemiología y las políticas públicas en salud. Además, fundamentan sus prácticas comunitarias con teóricas de la enfermería desde el enfoque de promoción de la salud y atención primaria tales como: Nola Pender, Madeleine Leininger, y Dorothea Orem y de manera complementaria, se mencionan otras como: Martha Roger, Jill White, Kristen Swanson, Katherine Kolcaba, Mishel, Hildegard Peplau, Virginia Henderson, Cornelia M. Ruland, Shirley M. Moore, Callista Roy, Betty Newman y Jean Watson (6), cuyas teorías posibilitan la organización, gestión, interpretación de información, apoyo para la toma de decisiones y puesta en marcha de acciones de cuidado de forma eficaz, herramientas valiosas que además permiten explicar y comprender las prácticas de enfermería comunitarias (6).

Lo anterior se muestra en las expresiones dadas por algunos docentes en las sesiones por citar así: *“Cuando realizaron el seminario, cada grupo eligió una teoría para defender, pero no todos eligieron la misma. Así que, en esos grupos, se escuchaban cosas como: creo que Dorothea Orem es la mejor, y luego se unían para argumentar por qué eligieron a esa teórica”* (Figura 19).

Figura 18. Trabajo con docentes y estudiantes, Fundación Universitaria del Área Andina.



Fuente: archivo personal de los autores.

Llama la atención que aún con el apoyo de estas perspectivas teóricas de las ciencias sociales y de enfermería, persiste una práctica comunitaria que enfatiza el enfoque de riesgo, la salud-enfermedad y las enfermedades comunes por curso de vida. Igualmente es necesario reconocer que los docentes de las instituciones de la investigación realizada incluyen aproximaciones más teóricas a partir de los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la atención primaria en salud, los factores favorecedores de los estilos de vida y los recursos que tienen las personas, familias y comunidades. Un profesor señaló: *“Estos estudiantes están enfocados en las enfermedades y no ven otros factores. Les digo que miren cómo interactúan las familias y si hay violencia, pero solo se enfocan en la hipertensión y la diabetes. A pesar de que nos esforzamos por enseñarles sobre atención primaria, promoción y prevención, es un desafío.”*

Un mecanismo novedoso, alternativo y adicional de las prácticas comunitarias que sirve de enlace entre lo teórico y lo práctico, lo constituyen los laboratorios de simulación de algunas situaciones que se evidencian en las prácticas, como las entrevistas a las personas de las comunidades, líderes e incluso encuentros con las autoridades gubernamentales, además de las visitas familiares, actividades educativas entre otros.

La simulación que se realiza en algunos contextos de las universidades participantes del estudio posibilita el desarrollo de habilidades comunicativas, tales como: la empatía, el liderazgo, el trabajo en equipo, la toma de decisiones, el acompañamiento entre otras, y además permite incrementar habilidades para transferir el conocimiento obtenido, aspecto novedoso que potencia el proceso de enseñanza aprendizaje de las prácticas comunitarias, tal como se evidencia en siguiente verbatim: *“Es que esta universidad a mí me parece que tiene un plus...y es que usted va a la clase, inmediatamente va al laboratorio de esa clase. Entonces casi que uno lleva al estudiante a la práctica de una”* (Figura 19).

Figura 19. Laboratorio de simulación en Salud Pública.



Fuente: archivo personal de los autores.

En síntesis, las simulaciones favorecen en docentes y estudiantes la posibilidad de potenciar habilidades cognitivas, motoras y sociales para que se desempeñen con más seguridad al brindar cuidado de enfermería a las comunidades.

Educación para la salud como herramienta medular del cuidado comunitario

Por otra parte, los resultados obtenidos dan cuenta de la importancia que tiene la educación para la salud cuando se brinda cuidado de enfermería a las personas, familias y comunidades en tanto, esta educación para la salud es central e inherente en el desarrollo de las prácticas realizadas en los diferentes escenarios.

La educación para la salud como elemento medular y articulador de las prácticas comunitarias en enfermería, se transversaliza en el proceso de cuidado, requiere planeación, organización, ejecución y evaluación para que con ésta se de voz, integración, acompañamiento, guía y orientación a las personas, familias y comunidades, lo que a su vez le da sentido y potencia al cuidado, como se refleja en el siguiente verbatim *“Esta rotación es considerada como un ‘estudio-práctico más observacional y educativo, dado que, además de realizar educación, se efectúa una inducción a la demanda, remitiendo al usuario (a) al centro de salud”*.

Los resultados muestran que solo una universidad de las participantes en el estudio, cuenta con una asignatura específica de educación para la salud en su currículo, lo que evidencia una debilidad académica al no destinar ni créditos ni horas para tan importante herramienta, que permite expandir y dimensionar el cuidado de enfermería de manera integral y holística.

Así, las prácticas comunitarias en enfermería se construyen a partir de diferentes mecanismos entre los cuales se destaca la educación para salud, desde algunas visiones como el enfoque de riesgo, la prevención de enfermedades, los determinantes sociales de la salud, la promoción de la salud, la atención primaria y la pedagogía crítica entre otras.

La educación para la salud que se realiza en las prácticas comunitarias se plasma a partir del enlace entre varios escenarios, que se constituyen tales como: el familiar, el comunitario, el escolar y los centros de salud. Para el caso de la educación para la salud en las familias, ésta se dirige hacia

dos corrientes, una de ellas es la conductista soportada en el cambio de comportamiento y la otra, le da protagonismo al diálogo de saberes en la búsqueda de la actitud reflexiva y de respeto, en un marco de negociación para concertar decisiones que mejoren la calidad de vida de las personas y las familias (7-9).

Lo expresado en el párrafo anterior se evidencia en la siguiente narración: *“encontramos a un señor con la presión alta, y los estudiantes dándole educación sobre la importancia de comer con bajo contenido de sal, hacer ejercicio, consultar a un médico, y esas son las cosas que nosotros, como enfermeros, tenemos mucho que ofrecer a las personas para que aprendan a cuidarse.”* Del mismo modo en estos entornos familiares, los profesores y estudiantes actúan como mediadores entre las familias y el sistema de salud, facilitando que los miembros de estas se conecten con las diferentes instituciones y servicios que necesitan.

Con relación a la educación para la salud en el escenario comunitario, éste enfatiza en el diagnóstico con el apoyos de mapeo (10), actividades con la comunidad, jornadas de salud y acciones que se pueden percibir como aisladas de la integralidad del cuidado de la salud a las personas, familias y comunidades; además, en éste se evidencia debilidad y marginalidad en el componente de participación comunitaria, sin que se logre la construcción colectiva, lo que impide que la educación para la salud tenga un impacto positivo que le permita a ésta desplegar su acción y pertinencia para que sea un cuidado holístico, social y culturalmente asumido por los diferentes interactuantes.

Es importante resaltar que los docentes universitarios intentan involucrar a los líderes locales por su legitimidad y proximidad con las personas de la comunidad, situación que puede verse como una fortaleza para la educación en salud, centrada en las necesidades que requieren soluciones de varios entes administrativos y gubernamentales. *“También hacemos caracterización de la población, generalmente lo que hacemos es tener unos... muchos encuentros con los líderes comunitarios y, de acuerdo pues a... como a esas necesidades de esos líderes, hacemos el trabajo con la población, lo que se vea como necesario dentro del barrio o dentro de la población que estemos visitando”.*

Un ejemplo de lo anterior se relaciona con la construcción de las huertas comunitarias, visto como proyecto innovador de una universidad

participante, la cual reúne a líderes, adultos mayores, jóvenes, gobierno local y otros miembros de la comunidad para fomentar la participación social, la comunicación y la colaboración (Figura 20).

“Las huertas comunitarias son una estrategia muy importante en las comunidades porque ahí trabajamos seguridad alimentaria, participación social, actividad física, etcétera. Es un espacio importantísimo para las comunidades y, la idea del municipio donde lo estamos trabajando, es esa... replicar esa experiencia que tenemos en esa huerta a otros barrios y poder implementarlas”.

Figura 20. Huerta urbana comunitaria Villa Juanita (Villamaría, Caldas).



Fuente: archivo personal de los autores.

El escenario escolar actualmente exclusivo para ofrecer educación para la salud al interior de las prácticas comunitarias en enfermería, se caracteriza por la debilidad en su programación y evaluación, puesto que las instituciones educativas acuden para que se les resuelvan

asuntos puntuales, sin que esta educación se enmarque dentro de un proceso coordinado y planeado que garantice su continuidad, por lo que este campo requiere mayor desarrollo y fortalecimiento de los vínculos interinstitucionales, para que se evidencie el impacto en la población escolar, adolescente y juvenil, quienes presentan algún tipo de vulnerabilidad según las nuevas tendencias de la realidad social.

Los centros de salud se constituyen en otro espacio vivido para el desarrollo de la educación para la salud en las prácticas comunitarias, estos lugares presentes en las comunidades como resultado de algunas políticas de salud del orden nacional (11), se instauran como un escenario limitado desde la visión de bienestar, puesto que es donde se gesta de manera inicial la solución a las situaciones de salud- enfermedad concretas, sin que se destaque el apoyo y educación a otros factores condicionantes y determinantes de la salud.

Otro elemento relacionado con la educación para la salud de las prácticas comunitarias es la información clara, oportuna y ajustada a las necesidades en salud y las relacionadas con los determinantes sociales, manifestada desde las personas, las familias y las comunidades con la que se pretende una gestión eficaz, puesto que docentes y estudiantes actúan como puente o mediadores entre los diferentes actores y las instancias institucionales, entidades gubernamentales, organizaciones públicas y privadas, con lo que se conforma un trabajo cooperativo y mancomunado que propicia el bienestar en doble vía institucional y comunitaria.

Las prácticas comunitarias en enfermería cuentan con un amplio y sólido bagaje teórico, en tanto apoyan procesos de consolidación del conocimiento enfermero de manera integral y para la construcción de herramientas metodológicas y didácticas, que permitan mejorar la enfermería en la Atención Primaria en Salud, con lo que será posible ampliar el alcance hacia otros ámbitos como el clínico, el administrativo, el político entre otros.

Al profundizar sobre las expresiones de los docentes con las prácticas comunitarias de enfermería, se puede concluir que estas se basan en algunas ideas teóricas, pero la mayoría de las universidades no tienen una teoría específica que guíe el trabajo de los estudiantes, lo que puede limitar los desarrollos disciplinares y con ellos, la consolidación de la

investigación y la innovación- acción- creación en la práctica, en torno al cuidado de las comunidades.

El entorno comunitario compuesto por las familias, la comunidad, el ámbito educativo y el centro de salud, reúne y muestra diversos elementos y contextos propicios para el trabajo docente en las prácticas, que posibilita la adquisición de competencias en los estudiantes, dado que en estos escenarios se presentan múltiples situaciones sociales, políticas, culturales y administrativas que facilitan el proceso de enseñanza – aprendizaje.

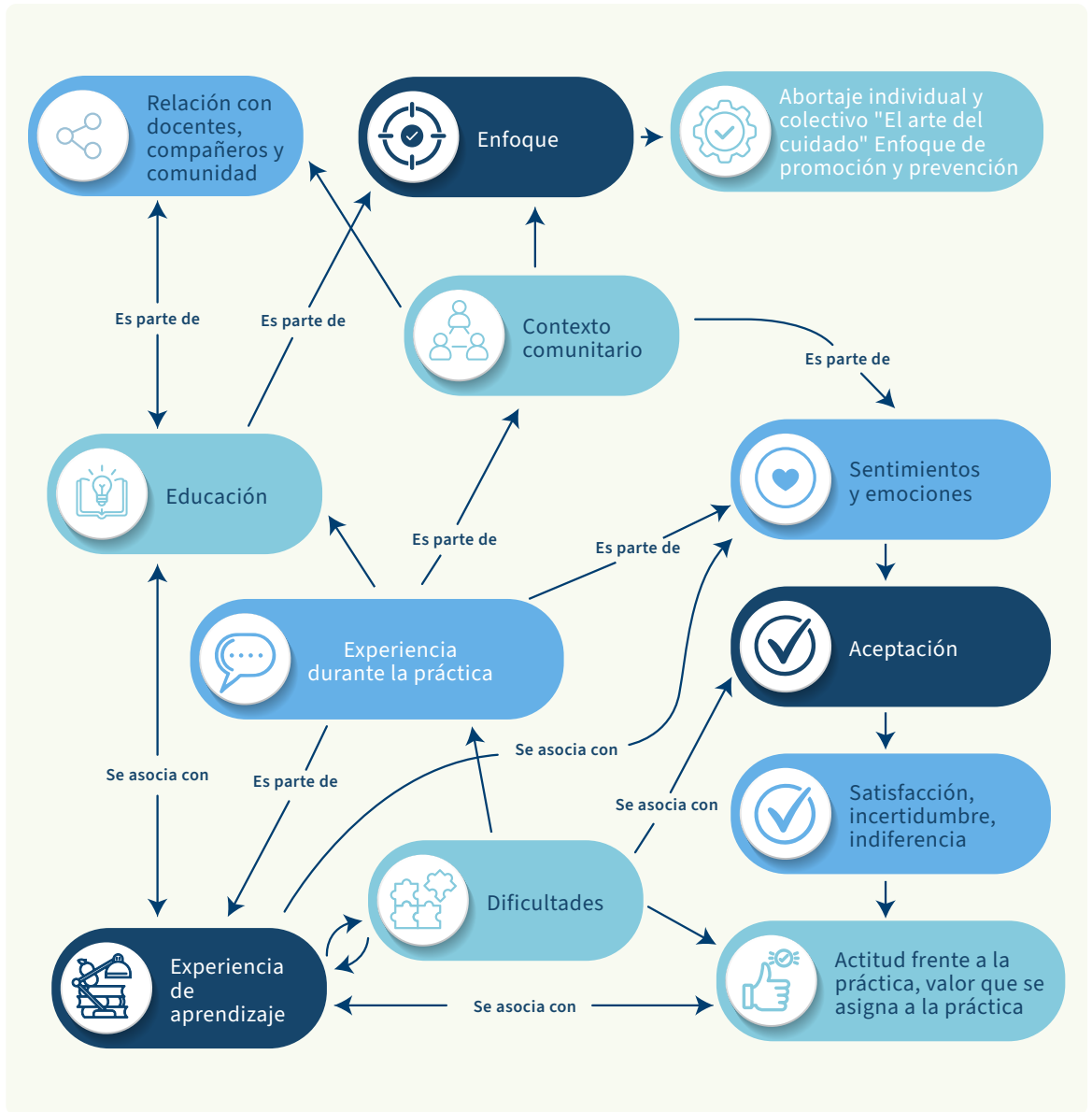
Percepción de los estudiantes: la enfermería comunitaria desde el reconocimiento

“Lo humano hay que estudiarlo como tal, desde la vida cotidiana, desde los problemas de contenido de la humanidad, desde los sentimientos, deseos, dolores, desde las alegrías. La matematización en las ciencias del hombre puede alejar la comprensión misma de la humanidad”.

Theodor W. Adorno

Las prácticas comunitarias representan un componente esencial en la formación de los estudiantes de enfermería que conducen a afianzar e integrar los conocimientos teóricos con la realidad social que viven las personas y comunidades. A través de estas prácticas los estudiantes asumen un rol activo y participativo, aplican lo aprendido en clase en entornos reales de manera reflexiva (12), situación que les permite enfrentarse y experimentar diferentes dinámicas y desafíos que moldean sus percepciones y sentimientos sobre la enfermería y su futuro profesional (Figura 21).

Figura 21. Experiencia de los estudiantes en relación con la práctica comunitaria



Fuente: Ocampo-Restrepo D, Betancurth-Loaiza DP, Orozco-Castillo L, Pico-Merchán ME. El reconocimiento de prácticas comunitarias: percepciones de los estudiantes de enfermería del Eje Cafetero, Colombia. *Index de Enfermería*. 2025; 34(1): e15527. <https://doi.org/10.58807/indexenferm20257151> <https://ciberindex.com/c/ie/e15527>

La didáctica de la práctica permite a los estudiantes el desarrollo de habilidades, actitudes y conocimientos así como la generación de una nueva experiencia educativa fuera del contexto clínico, el aprendizaje va más allá de un proceso unidireccional de solo adquisición de conocimientos, trasciende a un proceso dinámico y bidireccional al momento de retribuir a la comunidad. Además, los sentimientos íntimamente relacionados con la práctica permiten comprender la conexión que surge entre los estudiantes, el entorno de aprendizaje y la comunidad como un proceso fundamental en la formación de profesionales competentes y comprometidos.

En este sentido en el desarrollo del quehacer de los estudiantes de enfermería y el acercamiento a la vida comunitaria durante las prácticas, se establecen relaciones activas con las personas, familias y comunidades. Con relación a esto, la teoría de reconocimiento de Axel Honneth plantea tres esferas fundamentales (amor, derecho y solidaridad) a través de las cuales los estudiantes obtienen reconocimiento enfermero a partir de las condiciones y experiencias durante la práctica (13).

Para los estudiantes de enfermería que viven las prácticas comunitarias, estas esferas de reconocimiento no se estructuran de manera jerárquica, pero si coexisten dentro de una dinámica continua que configura relaciones socialmente reconocibles, lo que proporciona un marco útil para analizar y comprender cómo estas prácticas integran más que el enfoque educativo hasta una visión más holística y humana de la salud colectiva. Esta interacción continua puede dar lugar también a episodios de menosprecio durante las prácticas comunitarias, la falta o vulneración a una de estas esferas genera una experiencia de desconocimiento que puede impactar negativamente en la percepción final de los estudiantes (Figura 22).

Figura 22. Esferas de reconocimiento recíproco.

Fuente: elaboración propia.

Para Honneth, el reconocimiento recíproco implica necesariamente la existencia del otro, lo que facilita comprender su relevancia en el contexto comunitario. En el caso de las prácticas comunitarias de enfermería, este concepto cobra especial importancia, al ser un espacio de interacción que permite la formación de vínculos donde los estudiantes buscan, reciben y otorgan validación a sus acciones que finalmente resultan esenciales para la construcción de su identidad personal y profesional (14).

Desde la perspectiva del cuidado en enfermería, el amor, el derecho y la solidaridad son elementos fundamentales en el reconocimiento mutuo entre los estudiantes de enfermería y las personas, familias y comunidades que emerge de una relación recíproca donde se busca establecer el respeto a la dignidad y la autonomía (Figura 23).

Figura 23. Reconocimiento de las prácticas comunitarias en las esferas planteadas por Honneth



Fuente: elaboración propia.

Concepciones frente a la práctica: florecimiento de sentimientos en el cuidado a la comunidad

Las prácticas en entornos diferentes a los hospitalarios generan una primera aproximación que permite comprender mejor el rol del enfermero comunitario y el desarrollo de vínculos emocionales y afectivos con los individuos. De estas prácticas derivan concepciones y sentimientos que permiten entrever el compromiso de la enfermería con la comunidad. Cuando existe aceptación, la percepción de la experiencia durante la práctica es significativamente diferente, lo que influye positivamente y fortalece los conocimientos y habilidades que serán desarrolladas en el futuro profesional de los estudiantes.

En este sentido la forma como se desarrollan las prácticas comunitarias conserva estrecha relación con la actitud del estudiante frente a estas, con el gusto y la pasión con que se hacen las cosas, el deseo y la capacidad de trabajar con y para otros. El valor que cada estudiante asigna a estas prácticas se vincula con la manera como actúan y pueden contribuir en la persona - familia - comunidad en la armonización de todas las esferas que conforman a la persona como un ser integral y a la disciplina de enfermería de manera holística (15).

Estas prácticas comunitarias despiertan en los estudiantes sentimientos de gratitud y satisfacción, el tener un recibimiento cálido y contacto directo con las familias; el conocer y ser testigo de las diversas realidades en las que viven las personas les permiten reflexionar sobre su propia situación, desarrollar empatía y lazos afectivos con quienes brindan cuidado; Así se propicia un cambio en los estudiantes con relación a la percepción de “paciente” que es trasladada a “persona-familia” como una unidad integral que es influenciada por el contexto social, político y económico, en lugar de considerarlo como un sujeto o enfermedad. Lo anterior no solo contribuye a su proceso de formación y crecimiento académico y profesional, sino que también impacta y deja huella en su desarrollo personal. Lo que además produce mayor interés y atracción por la enfermería comunitaria.

Sin embargo, las prácticas comunitarias como un proceso dinámico también generan diversas vivencias para los estudiantes, lo que permite que existan sentimientos o experiencias negativas o de desasosiego como lo manifestó un estudiante durante una entrevista “Tocar una puerta es abrir otro mundo en donde no sabes cual va a ser la respuesta” (Figura 24).

Figura 24. Experiencias de los estudiantes Fundación Universitaria del Área Andina en las prácticas comunitarias.



Fuente: archivo personal de los autores.

Unido a lo anterior, al inicio de las prácticas comunitarias que en la mayoría de las universidades resulta ser la primera práctica académica fuera del aula, algunos estudiantes refirieron motivación, interés y expectativas positivas; otros al contrario refieren miedo, nervios, apatía, desánimo. Para otros estudiantes la falta de reconocimiento y prestigio hacia la enfermería comunitaria, la poca relevancia que han asignado al contexto comunitario a consecuencia del desconocimiento de las oportunidades de aprendizaje no les permite apreciar las oportunidades y el valor del entorno comunitario que les parece no cumple sus expectativas respecto a lo que consideran importante del contacto con la comunidad, en contraste revelan su preferencia por el ámbito clínico en diferencia con el enfoque comunitario (16).

Los sentimientos, tanto positivos como negativos, afloran de la interacción que surge de los estudiantes con los diferentes actores y escenarios donde se dan las prácticas y de las experiencias personales que tienen lugar en el desarrollo de estas. Las emociones positivas florecen cuando experimentan situaciones de alegría, satisfacción, amor, interacción con el otro donde se reconocen las diferencias, lo que se traduce en una respuesta emocional agradable. Por el contrario, las emociones desfavorables o “negativas” surgen de experiencias de rechazo, tristeza, lástima, e incertidumbre al enfrentarse a un mundo y una realidad para muchos de ellos desconocida.

El significado que le otorgan los estudiantes a las prácticas comunitarias se asocia con las vivencias - experiencias en el desarrollo de estas, como consecuencia de lo anterior se revelan diversas concepciones y sentimientos en torno a la atención comunitaria lo cual influye considerablemente en la percepción final de los estudiantes. Para Honneth el amor, entendido como el reconocimiento afectivo que reciben los estudiantes a través de la interacción con la comunidad juega un papel fundamental en la consolidación de su identidad profesional. Este tipo de reconocimiento no solo favorece la percepción de los estudiantes sobre la enfermería comunitaria, sino que también refuerza su compromiso con la Atención Primaria en Salud.

Vivencias de los estudiantes en el proceso educación – aprendizaje

Un componente central de las prácticas comunitarias es el rol dual que efectúan los estudiantes como educadores y educandos. Por un lado, tienen la responsabilidad de educar a la comunidad en temas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que les permite ejercer su función social como agentes de cambio. Por otro lado, también aprenden de la comunidad al adquirir conocimientos sobre las realidades y necesidades de la población con la que tienen contacto.

Este proceso de educación y práctica-aprendizaje permite un reconocimiento mutuo y recíproco entre estudiantes y comunidad, que a su vez está influenciado por diferentes factores como lo son las expectativas personales que se tengan frente a la práctica, las actividades desarrolladas y la metodología utilizada durante este proceso, en el que el enfoque de participación acción resulta ser más efectivo. Los estudiantes asumen un papel protagónico y participativo con el objetivo de generar conciencia y transformación en las conductas de la comunidad.

Para los estudiantes la profesión de enfermería y el enfoque del cuidado que la representa es un distintivo del enfermero y una función que aplica no solo en el área hospitalaria sino que se fundamenta y cobra protagonismo desde la atención primaria, permite además reconocer a la persona no como algo individual sino como algo integral, que además incorpora diversos conocimientos culturales, sociales, políticos y creencias para promover un enfoque más comprensivo de la realidad.

El proceso de integración enseñanza – aprendizaje; la relación docente – estudiante y estudiante – comunidad permite que se genere una práctica reflexiva y un aprendizaje más profundo y concreto. El desarrollo de esta práctica en situaciones reales, donde se desarrollan habilidades y competencias esenciales contribuye al desarrollo integral de los futuros profesionales de enfermería que marca una diferencia significativa en su perspectiva y enfoque hacia la salud y el cuidado (Figura 25).

Figura 25. Experiencia de los estudiantes en la comunidad, Fundación del Área Andina.



Fuente: archivo personal de los autores.

Las prácticas al servicio de la comunidad: contexto, dinámicas y desafíos

Como se expresó en párrafos anteriores, existen diferentes escenarios para el desarrollo de las prácticas comunitarias siendo algunos los barrios, colegios, escuelas y centros de salud, aclarando en este punto que estos varían según el pénsum académico de cada universidad. Estas prácticas

están íntimamente ligadas a los territorios donde se realizan la mayoría de actividades diarias y cotidianas, los barrios se convierten en el lugar más representativo, que además involucra diversos factores relacionados con el proceso salud-enfermedad y con los cuidados enfermeros, que surgen de la interacción entre los estudiantes y la comunidad, en respuesta a las necesidades que se observan con un enfoque familiar y comunitario; donde se priorizan actividades de educación a la población orientadas a la promoción y el mantenimiento de la salud.

Durante la práctica también se presentan desafíos para los estudiantes, los cuales pueden surgir en diferentes momentos de la práctica como son antes o durante el reconocimiento del barrio o al momento de realizar las actividades planeadas. Estas limitaciones o dificultades se manifiestan a través de la reticencia por parte de la comunidad, resistencia al cambio o la poca disposición para recibirlos ya sea por miedo, desconfianza, pereza o porque los horarios en que se desempeña la práctica no son compatibles con las labores domésticas.

Resultado de lo anterior, consideran que la falta de aceptación por parte de la comunidad puede afectar de manera negativa la experiencia de aprendizaje. Por ello, es fundamental el rol de los docentes que guían las prácticas comunitarias en el fomento de la motivación, la confianza, la actitud y el compromiso de los estudiantes durante su proceso de formación con las personas, familias y comunidades.

Aún ante las limitaciones que afrontan los estudiantes estos reconocen la importancia y trascendencia de la práctica comunitaria, así como el impacto de los currículos que siguen centrados en el enfoque patológico y clínico que aumenta las brechas en el conocimiento de los estudiantes sobre APS (17), de modo que no reconocen la importancia de su rol como futuros profesionales, lo que sugiere y plantea la necesidad de priorizar más este enfoque y su importancia, así como la falta de integración en el plan de estudio durante todo el pregrado y la importancia del trabajo interdisciplinario para un abordaje integral a las personas y las comunidades.

Finalmente, lograr el reconocimiento de la comunidad refuerza la identidad profesional de los estudiantes y genera mayor motivación y participación al momento de realizar las actividades o cuidados, así como

compromiso con el bienestar colectivo donde la solidaridad emerge como un factor clave que promueve y mejora el desempeño de los estudiantes.

Dificultades que conducen al desconocimiento social

En el hacer de las prácticas comunitarias, los estudiantes se enfrentan a barreras y limitaciones que trascienden lo metodológico y que fueron previamente mencionadas (resistencia de la comunidad a aceptar sus intervenciones, la indiferencia o escaso aprecio por su esfuerzo y en otros casos, la subvaloración del trabajo que realizan). Estas experiencias no solo dificultan su proceso de aprendizaje y de conexión con la comunidad, sino que también tienen un impacto emocional y formativo para ellos.

Desde la perspectiva de Honneth, el reconocimiento es una condición fundamental para la identidad y el desarrollo moral del individuo. La ausencia de este manifestado en el rechazo o el “menosprecio” afecta la autoestima y la autopercepción de validez personal y profesional. En el caso de los estudiantes de enfermería, la falta de reconocimiento en sus prácticas comunitarias se traduce en sentimientos de frustración, desmotivación y, en algunos casos, en la falta de interés y compromiso con la Atención Primaria en Salud (APS). Esta percepción, frecuente entre los estudiantes, se relaciona con la ausencia de resultados inmediatos y visibles, a diferencia de los escenarios clínicos donde los logros son más rápidos y directamente atribuibles a su accionar. En la APS, los procesos de transformación comunitaria requieren tiempo, continuidad y articulación intersectorial, lo que puede generar la sensación de poco impacto a corto plazo. Esta tensión evidencia la necesidad de fortalecer la formación para que los estudiantes comprendan que, aunque menos tangibles de manera inmediata, las acciones comunitarias son esenciales para la salud pública y para el sentido social del cuidado.

El menosprecio, en este contexto, no solo impacta a nivel individual, sino que también tiene repercusiones en la consolidación de la enfermería como disciplina con un rol esencial en la salud pública. Del análisis de las percepciones de los estudiantes de enfermería sobresale que el reconocimiento por parte de la comunidad y de ellos mismo es fundamental para sentirse y verse a sí mismos valorados y dignos de afirmación lo que les permite su integración en la sociedad y el desarrollo de la identidad profesional. La ausencia de reconocimiento de las prácticas comunitarias

evidenciada en el desconocimiento, la desvalorización y la ausencia de aprecio tanto por parte de los estudiantes de enfermería, como de la sociedad en general, se traduce en el distanciamiento de los escenarios comunitarios lo que conduce a una preferencia inicial por la práctica clínica (18).

Las prácticas comunitarias en estudiantes de enfermería son un espacio fundamental para el desarrollo de la identidad profesional y fomentar el compromiso con la salud pública, de ahí la necesidad de pensar en estrategias académicas y educativas que puedan influir positiva y directamente en la percepción que tienen los estudiantes sobre su rol en la comunidad y que den respuesta a la necesidad social de profesionales en enfermería comunitaria.

Es fundamental animar a los estudiantes a participar de manera más activa en su formación en el contexto comunitario y en la Atención Primaria en Salud (APS). Esto implica presentarlo como una cara atractiva que no sea solo un compromiso académico. Quizás la metodología actual necesita ser reinventada para que, al finalizar el pregrado, los estudiantes adquieran habilidades sociales que contribuyan al cuidado de la comunidad, estén preparados para promover la educación, la acción y la participación colectiva y de esta manera, mejorar la salud y el bienestar, que son la esencia de la enfermería.

La Educación para la Salud en las prácticas de enfermería comunitaria presenta desafíos importantes que requieren procesos de resignificación y transformación educativa, complementados con elementos innovadores y alternativos. Estos procesos deben aportar no solo al ámbito cognitivo, sino también a las dimensiones afectivas, al desarrollo ético y moral, y deben tener en cuenta los conocimientos, costumbres y creencias de las personas, familias y comunidades.

En las prácticas comunitarias, es esencial fortalecer el trabajo interinstitucional y los vínculos con la diversidad de actores comunitarios, así como promover la interdisciplinariedad de manera concreta y explícita. Esto se sugiere desde diversas instancias académicas, institucionales y gubernamentales con el propósito de potenciar y abordar problemas sociales complejos desde perspectivas y horizontes más amplios.

Referencias bibliográficas

1. Bauman Z. Modernidad líquida. 2ª ed. España: Fondo de Cultura Económica; 2005.
2. Albarrán Y, Guajardo A, Macías A, Méndez AC, Narro S. Economic development, competitiveness and globalization in modern times. Munich Personal RePEc Archive [Internet]. 2020 [cited 2024 Sep 4];20(05):1-14. Available from: https://mpra.ub.uni-muenchen.de/100500/1/MPRA_paper_100500.pdf
3. Siles Moriana S, Castillejo Higuera M. La fiesta vecinal como práctica híbrida entre el arte, la educación, la investigación y la salud comunitaria. Tercio Creciente [Internet]. 2020 Nov 30 [cited 2024 Nov 1];(Extra 3):75-83. Available from: <https://doi.org/10.17561/rct.extra3.5732>
4. Orozco-Castillo L, Betancurth-Loaiza DP, Pico-Merchán ME. Tree of Life in Community Nursing Practices: Curriculum Analysis of Five Universities. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2024 Jan 23 [cited 2024 Nov 1];28(2):124-37. Available from: <https://doi.org/10.17151/hpsal.2023.28.2.9>
5. Orozco-Castillo L, Betancurth-Loaiza DP, Pico-Merchán ME. El Árbol de la Vida en las Prácticas de Enfermería Comunitaria: Análisis Curricular de Cinco Universidades. Hacia Promoc Salud [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Feb 25];28(2):124-37. Available from: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/8627>
6. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 10ª ed. España: Elsevier; 2022.
7. Orozco Covarrubias VH, Cabrera-Pivaral CE, Aguilera-Velasco M de los Ángeles. Efectividad de las intervenciones educativas constructivista cognitiva y conductista para mejorar conocimientos y prácticas del cuidado de los pies en personas con diabetes mellitus tipo 2. SU [Internet]. 2024 [citado 17 de febrero de 2025];40(3):729-43. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/1569> <https://doi.org/10.14482/sun.40.03.200.961>

8. Freire P. Pedagogía del oprimido. México: Siglo XXI; 2007. p. 31-129.
9. González AL, Villada D. Diálogo de saberes y conciencia crítica: Una mirada desde el pensamiento de Paulo Freire. *bol.redipe* [Internet]. 2024 Jun 1 [citado 2025 Feb 17];13(6):92-113. Disponible en: <https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/2138>
10. Betancurth-Loaiza DP, Vélez Álvarez C, Sánchez Palacio N. La georreferenciación al servicio de la salud, una experiencia desde los activos comunitarios. *ÁNFORA* [Internet]. 2023;30(Interculturalidad e inclusión social. Un desafío para las ciencias sociales y humanas):236-53. Disponible en: <https://publicaciones.autonoma.edu.co/index.php/anfora/article/view/912>
11. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud [Internet]. Bogotá, D. C.; 2016. p. 1-92. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
12. Félix Amézquita MA, Garay Núñez JR, Santos Quintero MI. El enseñar/aprender de la Enfermería Comunitaria en la licenciatura. *RIDE Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*. 2017 Jun 5;7(14):248. DOI: <http://dx.doi.org/10.23913/ride.v7i14.283>
13. Revuelta B, Hernández-Arencia R. La teoría de Axel Honneth sobre justicia social, reconocimiento y experiencias del sujeto en las sociedades contemporáneas. *Cinta de Moebio* [Internet]. 2019 [cited 2024 May 5];66(66):333-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-554x2019000300333>
14. Dos Reis AG, Sauthier M, Machado Soares AM, Pacheco de Araújo F, Pitta Lopes RO, Gomes Brandão MA. Contributions of the theory of recognition to healthcare. *Rev Bioét*. 2021;29(4):806-13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021294514>
15. Doicela RP, Concha PJ. Desafíos para la formación de enfermeras en salud global. *Enferm Investiga* [Internet]. 2020;5(3):53-62.

Available from: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/enfi/article/view/912>

16. Arnold H, Willis S, Watts T. Co-developing and implementing a community nursing simulated learning resource for undergraduate nursing students. *Nurse Educ Pract*. 2021 Oct;56:103192. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103192>
17. Calma Kaara RB, Halcomb E, Stephens M. The impact of curriculum on nursing students' attitudes, perceptions and preparedness to work in primary health care: An integrative review. *Nurse Educ Pract*. 2019 Aug;39:1–10. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.07.006>
18. Velásquez-Vergara S, Cacante-Caballero J. El concepto de reconocimiento y su utilidad para el campo de la enfermería. *Temperamentvm*. 2022 [citado 2024 May 5];16. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-60112020000100019

Capítulo 6.

Caso para la praxis: el desarrollo de las capacidades para la crianza

Capítulo 6. Caso para la praxis: el desarrollo de las capacidades para la crianza¹¹

Diana Paola Betancurth Loaiza

Lilliana Villa Vélez

Julio Eduardo Mazorco-Salas

“Cada persona, cada espacio alternativo, requiere un facilitar tanto la relación del sujeto consigo mismo, su individualización, como las relaciones significativas, la vida del pequeño grupo de pertenencia, la comunidad, el país, América Latina, el mundo(...).”

Luis Weinstein

Este capítulo vincula tres ejes de reflexión e intersección. Una experiencia investigativa de educación popular en crianza, el vínculo de este caso con los métodos participativos que orientaron el proceso y el marco general de la crítica al desarrollo, el desarrollo humano y la expansión de capacidades humanas. Para tratar sobre el caso, se empieza por el marco general, para luego describir la experiencia.

El enfoque de las capacidades humanas

Distintos autores a lo largo de la historia han anunciado la crisis de los modelos de pensamiento en la historia occidental. Con la crisis de estos, se ha puesto de presente que la forma de mundo propuesta por el conocimiento científico de carácter meramente racionalista y su método, muestran una visión que en sí misma es parcial, debido a que da cuenta de apenas una parte de la experiencia de mundo enmarcada en dinámicas complejas. Esta crisis no se reduce a la forma de pensamiento o las formas científicas de producción de conocimiento, sino que se extiende de manera holística por la historia de la humanidad. Así como el conocimiento científico que inspiró el desarrollo de las ciencias y, con éstas, de las ideas de sociedad, instituciones, producción económica, principios, formas políticas y un marco de control y regulación de la vida; la crisis se expresa precisamente en las formas de vida construidas hasta la actualidad.

¹¹ Experiencia enmarcada en el proyecto de investigación: El desarrollo de las capacidades para la crianza desde un proceso educativo sustentado en el diálogo de saberes, en una experiencia con cuidadoras de la vereda Granizal, Bello. Código: 2023-58511. Financiado por el Comité de Desarrollo de la Investigación – CODI – de la Universidad de Antioquia. Investigadora principal: Lilliana Villa Vélez, profesora de la Universidad de Antioquia.

Esta forma de construcción social se desarrolló históricamente en lo que Fuenmayor (1) enuncia como una crisis epocal en torno a dos tendencias de humanización: una concepción *unificante* o estandarizada de la vida y una concepción *diversificante* o plural.

La primera tendencia se basa en la noción moderna de progreso, como una visión fragmentada del mundo que impone una manera de ser, pensar y actuar. Esta perspectiva conserva estructuras universalistas y objetivistas de la realidad, manifestándose no solo en la ciencia, sino también en la economía, la producción de alimentos, la producción de sujetos y en distintos procesos de estandarización de la vida (2).

Por ejemplo, en la agricultura latinoamericana con la diversidad más grande del planeta, las variedades de papa y maíz que mayoritariamente se cultivan, producen y consumen, provienen de semillas transgénicas fabricadas por multinacionales que controlan las cadenas productivas, los insumos y la propiedad de bienes culturales ancestrales.

También se evidencia en la configuración del proceso de inclusión y exclusión social, que considera algunos sujetos como aptos y otros no, a unos válidos y otros no, a partir de aspectos biológicos y sociales anclados en la desigualdad social de raza, sexo, género, estrato y formas de producción de conocimiento que han legitimado tales perspectivas. De modo que esta concepción unificante, conlleva pretensiones de verdad que desconocen la diversidad de la vida y, con esto, se legitiman acciones de violencia real y simbólica sobre otras formas y manifestaciones de diversidad y pluralidad de la vida.

La otra tendencia se centra en la concepción *diversificante* o plural de la humanidad, que atiende a las consideraciones sobre la diversidad racial, cultural, alimentaria, contextual, etc., tanto de los procesos biológicos, como de los sociales y culturales de distintas formas de vida, y por tanto reconoce la existencia y legitimidad de la diversidad de formas de conocer y actuar en el mundo. Fuenmayor señala que, cada año, se pierden varias lenguas y dialectos, lo que implica la desaparición de culturas y de las formas únicas de ver y entender el mundo que estas contienen. Se trata de la pérdida de aspectos esenciales de lo humano. Plantea entonces la pregunta de cómo valorar esta diversidad y pluralidad de miradas frente a la idea de un mundo unificado (1).

Esta concepción *diversificante* encarna los desarrollos dados por enfoques que piensan y sienten el mundo y la realidad de manera diferente y alternativa. Estos han planteado retos asociados a los enfoques críticos y ampliado el espectro en torno al reconocimiento de un desarrollo, así entendido, como endógeno y local que atienda a concepciones culturales situadas y propenda por el desarrollo de capacidades comunitarias.

En este marco de miradas alternativas, surge también el desarrollo humano y su propuesta para pensar la relevancia de las capacidades humanas. El enfoque de capacidades humanas es un elemento central para comprender y poner en práctica otro tipo de desarrollo. Esta noción, entendida por Amartya Sen, considera que las naciones no deben priorizar solamente el crecimiento económico, sino también el bienestar, la libertad y la calidad de vida de las personas, colectivos y la sostenibilidad misma de la vida.

Este fin mayor se concreta en torno a lo humano, y las posibilidades de las personas para elegir vivir una forma de vida plena, saludable, con calidad educativa y dignidad. Esta reconfiguración de fines y medios no es menor, implica reconocer lo humano, las personas, la vida más que como instrumento de producción, material o mano de obra con horas de trabajo, productos y vida de uso productivo definidas.

El desarrollo humano así entendido, se configura como fin en sí mismo y abre un marco histórico y social para resituar los problemas en torno a la calidad de vida, el bienestar y las libertades de las personas para ser y hacer aquello que realmente valoran, y no solo aquello a lo que han sido determinadas por intereses políticos o limitaciones económicas y sociales.

Para ello ha de ser necesario cultivar la expansión de capacidades en distintos ámbitos de la vida. Esta posibilidad, de acuerdo con Sen, se entrelaza en 3 categorías. En primer lugar, los recursos disponibles, en segundo lugar, las condiciones personales y sociales que permitan hacer uso de los recursos, como la edad, el género, el estado de salud y otros, y finalmente la acción realizada con dichos recursos y las posibilidades para su uso. Este conjunto de elementos requiere de la elección en un marco de oportunidades reales, respecto a la condición de ser capaz de elegir aquello que se valora para ser y hacer con los recursos disponibles, las aspiraciones y logros que aporten al bienestar de las personas.

Algunos autores han identificado una relación estrecha entre esta forma de pensar la libertad, las oportunidades y el desarrollo humano, vinculada con la posibilidad de la participación. De poder hacer parte de la toma de decisiones y la construcción de proyectos de vida a partir de valores que se aprecian. Boni y Frediani co-construyen un marco para pensar la investigación acción participativa como metodología para facilitar la expansión de capacidades (3).

De manera que la investigación sobre capacidades, en sí misma pueda favorecer procesos para el desarrollo de capacidades humanas, capacidades colectivas y agencia. Los autores encuentran puntos en común entre los valores del desarrollo humano y las distintas fases del proceso de investigación –diseño, recolección y análisis de información, difusión de resultados-. En esta relación, evidencian cómo las actividades investigativas funcionan como dispositivos para cultivar la participación y la colaboración entre distintos actores, en marcos de relaciones estructurales y tensiones de poder específicas.

En esta propuesta, se identifica que la expansión de capacidades puede darse en dos niveles, por un lado, para los participantes de la investigación, en términos de proceso de concienciación crítica, reconocimiento de relaciones y asimetrías de poder y compromiso con sus propias realidades resultantes de los procesos deliberativos y participativos de las actividades de investigación; por otro lado, en procesos de expansión del bienestar, el empoderamiento, la equidad, la sostenibilidad, el cambio social, la negociación de oportunidades reales y la agencia.

Este enfoque permite pensar y actuar en el propósito de ampliar las posibilidades de personas y grupos para vivir acorde a los que se valora. Por ello se considera un marco factible y necesario para procesos comunitarios, donde la participación, el bienestar y las oportunidades, sean una realidad.

A continuación, se encontrarán con una ampliación del vínculo entre el enfoque de capacidades, los procesos de educación popular en crianza y las metodologías e instrumentos participativos que han favorecido y/o problematizado el mismo.

La educación popular y las capacidades en esta experiencia

Se trata de pensar la educación para la salud centrada en el desarrollo humano y las capacidades, porque pone su atención en el sujeto, en la medida en que enfatiza que la calidad de vida de las personas son cualitativamente distintas (4). Esta mirada implica trascender que la educación formal que se pone en los resultados para enfocarse en el proceso; en este sentido, hay un punto de encuentro con la propuesta de Sen cuando plantea que las oportunidades son “comprehensivas” -tienen en cuenta el proceso de elección- y no solo un asunto entendido como una “culminación” o un fin. El autor manifiesta que las oportunidades sociales y las actividades o condiciones valiosas son esenciales para el desarrollo. Señala que un mayor nivel educativo en la población de algunos países ayuda a aprovechar mejor esas oportunidades, y sostiene que cuando la política social funciona bien, contribuye a mejorar la calidad de vida de las personas (5).

Al acercarse al trabajo educativo con grupos vulnerados, es necesario entender que el foco de la justicia se centra en la capacidad como libertad de elección de un conjunto de funcionamientos alternativos. Por lo tanto, el proceso educativo debe centrarse en fortalecer las capacidades de los estudiantes, entendiendo que no solo importa la vida que llegamos a vivir, sino también la libertad real que tenemos para elegir entre distintas formas de vida (6).

Desde esta perspectiva de justicia, se podría reconocer la educación para la salud como derecho y necesidad de las personas, dado que aporta a la garantía de la salud como un funcionamiento necesario para la vida buena; pero esencialmente como una capacidad en términos de oportunidad para decidir sobre la propia salud. Serían entonces el derecho a la salud y el derecho a la educación para la salud derechos interdependientes. Es así que la educación para la salud emancipadora, debería hacer parte de las políticas públicas de los países como apuesta pedagógica, para hacer frente a las injusticias sociales y el enfoque de las capacidades constituye un marco teórico para el desarrollo de esas políticas (7).

Los círculos de crianza

La educación para la crianza tiene una importante tradición en el campo de la salud, en particular desde el surgimiento de la pediatría, y como parte de esta, la puericultura (8). En la lucha contra la morbilidad infantil, como respuesta a la movilización internacional por los derechos de la infancia, la acción educativa se ha hecho más visible a través de múltiples estrategias y programas del sector salud, como salud materno infantil, lactancia materna, e iniciativas como instituciones amigas de las mujeres y la infancia (IAMI), entre otros.

En Colombia se cuenta con la Resolución 3280 del Ministerio de Salud y Protección Social (9), esta es la Ruta Integral de Atención en Salud Materno Perinatal, que establece una serie de acciones educativas en intervenciones que abordan la crianza, tales como: la atención para el cuidado prenatal; la preparación para la maternidad y la paternidad; la atención del parto y la atención del puerperio; y la atención para el cuidado del recién nacido y para el seguimiento al recién nacido.

Desde esta normativa, la educación para la salud debe estar organizada desde la lógica de la salud y no desde la lógica de la enfermedad y debe favorecer el desarrollo de capacidades personales, familiares y comunitarias para que logren comprender y transformar sus realidades y se conviertan en agentes sociales de transformación. Esta lógica de la salud implica superar la mirada morbicéntrica porque: “Se trata de generar condiciones subjetivas para que las personas, mediante el conocimiento, el desarrollo de valores y de prácticas –saludables- puedan vivir la mejor vida posible o aportar a cambiar las condiciones para que ello sea factible” (p.203) (9).

Para alcanzar una educación que sea pertinente para las personas, se propone realizar procesos pedagógicos críticos como los que se trabajan en la educación popular y fortalecer el diálogo. Así, la educación se orienta al desarrollo de las capacidades de los educandos en todas las dimensiones del ser humano: cognitiva, socioafectiva y de sus prácticas, que le permita aprender con los otros y avanzar en la solución de problemas (10).

Por lo anterior, esta experiencia ha desarrollado los “círculos de crianza” que se basan en el diálogo y la problematización para analizar la realidad de

las participantes, identificar las contradicciones y avanzar a comprender las causas de las experiencias que les ocurren. Esta forma de educación, parte de la relación horizontal entre el educador y el educando y establece un diálogo entre las participantes para aprender todos juntos.

En contraste, la educación tradicional en crianza ha estado centrada en temáticas que seleccionan los especialistas desde sus conocimientos y experiencias, y, que se presentan a las familias para que cambien sus comportamientos. Por lo tanto, se llevan a cabo experiencias educativas que dan indicaciones sobre cómo debería ser la crianza a manera de “patrones”, como si se entregara una serie de tareas que se deben realizar (11).

Se trata de conocimientos valiosos que aporta el sector salud, pero si llegan a sus receptores sin la mediación del diálogo, se encuentran con sujetos inmersos en las condiciones sociales y culturales de los territorios. Se desconoce entonces que ponerlos en práctica es un asunto que trasciende el aprendizaje de unos contenidos, y requiere el desarrollo de las capacidades de los sujetos para comprender sus situaciones, pensarlas, reflexionar y resignificarlas comunitariamente para la toma de decisiones frente a las prácticas, en un proceso dialógico con las familias sobre su realidad propia.

La entrada al campo

La experiencia que se presenta en este capítulo, consiste en una propuesta educativa, que se desarrolló a partir de un proceso previo conocido como Investigación Temática¹² que se llevó a cabo en cuatro fases: conformación del grupo y definición de los contenidos; selección de algunas de las contradicciones identificadas con las participantes y generación de códigos¹³; decodificación para que el grupo desarrolle un nuevo conocimiento; y finalmente el estudio de los temas generadores (contenidos) (12).

La primera parte de conformación del grupo, inició con la identificación de familias que se encontraran en la actividad de procesos de crianza de niños, niñas y adolescentes en un sector de la comunidad; se hizo un

¹² La Investigación Temática es una modalidad de Investigación Acción y es un método participativo de la Educación Popular propuesto por Paulo Freire; a través de unos pasos específicos busca construir contenidos pedagógicos con los educandos, con miras a transformar la realidad.

¹³ Los códigos son estrategias didácticas que se usan en la Investigación Temática para sintetizar las experiencias de los participantes y así tomar distancia que permita un análisis más profundo de las situaciones.

listado con lideresas que tenían un buen conocimiento de la población y que se vincularon al proyecto. Una vez identificadas se contactaron para programar visitas familiares, en las cuales se les presentó la propuesta y se invitaron a participar.

Para las visitas se preparó una guía de caracterización de las familias, se les presentaron los objetivos del proyecto y se estableció un diálogo sobre las necesidades para la crianza; asimismo, se programó el primer encuentro en un espacio comunitario para reunir a todo el grupo. A este encuentro acudieron quienes aceptaron la invitación y se amplió el grupo a algunas madres que otras recomendaban.

El listado inicial fue de 33 familias, aceptaron la visita 23 e iniciaron 17 mujeres, pero a través de los círculos de crianza, el grupo se consolidó con aproximadamente 7 a 10 mujeres que siguieron asistiendo a los encuentros quincenales. Entre las participantes había tres migrantes venezolanas, dos indígenas y tres mujeres afrocolombianas. Algunas de las mujeres se retiraron del proceso, porque consiguieron trabajo o tuvieron que migrar del territorio.

El proyecto contrató a una de las lideresas que tenía formación como técnica en salud pública y su rol fue fundamental para mantener la convocatoria y los círculos activos. La conformación del grupo fue un proceso complejo por las particularidades del contexto en el que las familias están enfocadas, en la subsistencia dentro de sus contextos con escasas oportunidades en el territorio.

El diálogo de saberes y la participación

En la implementación de la propuesta educativa, el diálogo de saberes fue la estrategia central para el fortalecimiento de las capacidades. Se trata de la participación de las comunidades no solo como receptores, sino que se potencia desde lo didáctico en diferentes ámbitos como son: el propósito formativo, la selección de los contenidos, la construcción de contenidos y su rol en las estrategias de aprendizaje y en la construcción de la evaluación. Estos elementos han empezado a tener mayor relevancia en los procesos de educación para la salud porque la persona es reconocida desde su capacidad de agencia.

Esto significa que las personas no son seres pasivos que solo reciben influencias o limitaciones externas, sino que toman decisiones, actúan y, así, construyen su propia trayectoria de vida. La agencia se entiende como una práctica social que surge de las relaciones que cada individuo establece con otros y con su entorno, donde se manifiesta su capacidad para dar sentidos y significados propios (11), así se cambia el rol del sujeto y pasa de ser un destinatario al cual le llega un mensaje educativo para cambiar su conducta y empieza a ser parte de un diálogo con los profesionales de la salud, con su comunidad y consigo mismo.

Para lograr la reflexión y la transformación de las realidades en las que se desarrollan procesos de crianza, se requieren espacios educativos que vinculen este diálogo de saberes, para darle un lugar a las palabras de todos los participantes. Por ello, en esta experiencia se potencia el papel de la pregunta y el desarrollo de habilidades como el pensamiento crítico o la resolución de problemas reales, que puedan favorecer nuevas comprensiones sobre las relaciones de quién enseña y quién aprende. En este sentido, es valiosa una educación para la salud orientada a fortalecer procesos de educación en crianza basados en el diálogo de saberes, que partan del reconocimiento de las capacidades de los educandos.

El desarrollo de la propuesta educativa

Durante 18 meses se desarrolló esta propuesta educativa, se realizaron encuentros de 2 horas que los investigadores preparaban con anterioridad. Se tenían unos contenidos previos que se construyeron en un proceso de investigación temática y estos se fueron adaptando a las necesidades del grupo, según los intereses de las participantes. De acuerdo con la temática, se usaban códigos contruidos con participantes de otros proyectos o por los investigadores, como por ejemplo un cuento, una imagen, un audio o una cartelera que se refiriera a una situación problemática de la vida real.

Una vez presentado el código a las participantes, se exploraban las apreciaciones sobre el mismo y mediante preguntas se establecía un diálogo para la problematización colectiva de la situación. Inicialmente, se podía identificar si la situación era familiar para ellas en sus prácticas de crianza y al discutirla, se avanzaba en la comprensión de esta realidad y sus causas, las injusticias que la atravesaban y las experiencias similares que habían experimentado; entonces, de manera conjunta se establecen

alternativas de solución o se dejaba el tema en punta, para darle continuidad en encuentros posteriores.

Cabe anotar que la preparación de cada encuentro se hacía por parte de los investigadores, con previa revisión de los elementos registrados de las sesiones anteriores y cada vez que se introducía una nueva temática, se hacía un encuadre con los temas ya trabajados; así como, una evaluación del desarrollo de cada sesión por parte de las participantes.

Además de los círculos, se realizaron actividades en escenarios de la universidad, con el fin de permitir que las participantes conocieran el entorno institucional y se beneficiaran de lo que este ofrecía para el proceso educativo y también que lo pudieran ver como posibilidad para ellas y sus hijos. Dentro de estas actividades, se desarrolló un taller sobre emprendimiento que buscaba responder a una necesidad identificada en el círculo sobre cómo generar recursos desde el hogar, al mismo tiempo que se atienden el cuidado de los hijos; también se realizó un recorrido por el campus universitario y se gestionó una guía sobre la historia de la institución y su importancia en la ciudad. Los recursos económicos para asistir a estas actividades fueron pagados por el proyecto y las participantes las evaluaron como muy pertinentes para cambiar de ambiente y conocer otro lugar del que muchas solo habían escuchado (Figura 27).

Acercándonos a la comunidad

Metodologías participativas

La relación con las comunidades es un elemento esencial en cualquier proceso de participación social, permite generar confianza, respeto y colaboración entre los actores involucrados. Este vínculo se construye a partir de la escucha activa, el reconocimiento de saberes locales y el establecimiento de relaciones horizontales donde la comunidad participe no solo como objeto de estudio, sino como protagonista de su propio desarrollo.

A partir de esta base de confianza, las metodologías participativas pueden desplegar todo su potencial. Estas herramientas permiten que las comunidades identifiquen sus fortalezas y redes de apoyo, para promover la capacidad de transformar el entorno y el desarrollo de estrategias sostenibles para la mejora de su bienestar. Sin un rapport (confianza)

sólido, se corre el riesgo de ser impuesta y ajena a las realidades locales, los que limitan su impacto. Por ello, la construcción de relaciones auténticas y respetuosas con la comunidad es el primer paso para cualquier proceso social efectivo.

A continuación, se dan a conocer algunas estrategias participativas que como grupo de investigación han sido positivas para trabajar las capacidades:

Las metodologías participativas contribuyen a la expansión de capacidades al fortalecer el poder de decisión y acción de las personas dentro de su comunidad. Permiten identificar recursos existentes que favorecen el desarrollo humano, destaca aspectos como la seguridad, el acceso a servicios básicos y la cohesión social. En términos de capacidades, este enfoque potencia la afiliación, al fomentar la construcción de redes comunitarias, y la integridad corporal, al visibilizar recursos que garantizan condiciones de vida dignas. Así, se pasa de un modelo asistencialista, a un enfoque que reconoce a las comunidades como protagonistas de su propio bienestar.

Los listados de capacidades refuerzan esta expansión al evidenciar tanto las habilidades individuales como las dinámicas de poder en el territorio. Al identificar capacidades como la razón práctica, que permite a las personas tomar decisiones informadas sobre su entorno, o la gestión sobre su propio entorno, que se traduce en participación ciudadana y liderazgo, estas herramientas generan espacios de deliberación y acción colectiva. El mapa de actores, por su parte, posibilita la comprensión de los vínculos entre distintos sectores, con el fin de promover alianzas estratégicas para el fortalecimiento de derechos y oportunidades. Así, estas metodologías no solo analizan la realidad, sino que impulsan la transformación social desde una perspectiva de justicia y equidad.

¿Qué ejemplos de estas metodologías participativas se han trabajado?

Los círculos de cultura

Los círculos de cultura, propuestos por Paulo Freire, son espacios de diálogo donde las personas pueden compartir sus conocimientos, reconocer su identidad cultural y reflexionar sobre los problemas que enfrentan como comunidad. En estos encuentros, se fomenta la participación en igualdad de condiciones y se permite expresar sus ideas y analizar la realidad de la

vida cotidiana. A través del debate y la construcción de significados, estos círculos se convierten en herramientas clave para la acción colectiva y el cambio social (12).

En estos procesos comunitarios, los líderes o lideresas sociales juegan un papel fundamental, dado que motivan a sus vecinos a involucrarse en la transformación de su entorno. Son ellos quienes impulsan la participación ciudadana y fortalecen la vida en comunidad.

En los encuentros se registra y analiza lo que ocurre, es un proceso de aprendizaje continuo que ayuda a comprender qué se hace, qué se dice y cómo impacta a los demás, convirtiéndose en una pieza clave para la construcción de identificación de situaciones límite y resolución de factores de exposición de acuerdo con lo que quieren y proyectan para sus vidas (13) (Figura 28).

Regularmente la educación tradicional se centra en transmisión de información, en los factores de riesgo y en culpabilizar a las personas por su estilo de vida, sin embargo, se ha explorado el mapa de actores, como metodología participativa para el reconocimiento de las capacidades, entendiéndolas como oportunidades en su vida cotidiana.

El mapa de actores parte de la idea de que quienes habitan un territorio, son quienes mejor lo conocen. Por lo tanto, es fundamental acudir a ellos para comprender su realidad, es una herramienta que permite no solo analizar problemáticas sociales, sino también entender cómo interactúan los distintos actores en la construcción colectiva del conocimiento, el intercambio de saberes y la identificación de recursos.

En este proceso, los activos comunitarios juegan un papel clave, dado que visibilizan de manera positiva los recursos disponibles y su contribución al desarrollo local. En el ámbito de la salud pública, el enfoque basado en activos ofrece una perspectiva diferente, en la que las personas y comunidades analizan su contexto e identifica elementos que favorecen su bienestar integral, beneficiando tanto a nivel individual como colectivo (14-16).

De acuerdo a lo destacado en este capítulo, puede decirse que el desarrollo de capacidades para la crianza es un proceso colectivo y situado, influenciado por factores estructurales, culturales y emocionales. No se limita a principios teóricos, sino que requiere reconocer los contextos, fortalecer redes de apoyo y potenciar las capacidades comunitarias con metodologías participativas. Desde una mirada crítica, no debe reducirse a la responsabilidad individual, sino comprenderse a la luz de la justicia social. Fortalecer la crianza implica reformular políticas públicas, promover espacios de aprendizaje y construir estrategias colectivas que resistan la fragmentación y favorezcan el bienestar comunitario.

Referencias bibliográficas

1. Fuenmayor R. Sentido y sinsentido del desarrollo. Mérida: Universidad de Los Andes, Consejo de Publicaciones, Consejo de Estudios de Postgrado; 2000. Disponible en: <http://intranet.comunidadandina.org/documentos/BDA/ve-ca-0003.pdf>
2. Chapela M. La Universidad-sujeto. Utopía para el reencuentro. REencuentro. Análisis de Problemas Universitarios [Internet]. 2004;(41). Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/340/34004104.pdf>
3. Frediani A, Peris J, Boni A. Notions of empowerment and participation: the contribution of the capability approach. In: Clark D, Biggeri M, Frediani A, editors. The Capability Approach, Empowerment and Participation. Basingstoke: Palgrave; 2019. p. 101–124. Available in: <https://link.springer.com/book/10.1057/978-1-137-35230-9>
4. Nussbaum M. Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Barcelona: Paidós; 2012. Disponible en: <https://revistas.lasalle.edu.co/files-articles/gs/vol6/iss1/15/fulltext.pdf>
5. Sen A. Los fines y los medios del desarrollo. In: Desarrollo y libertad. Bogotá: Editorial Planeta; 2000. p. 54–75. Disponible en: https://indigenasdelperu.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/09/desarrollo_y_libertad_-_amartya_sen.pdf
6. Sen A. La idea de la justicia. Buenos Aires: Taurus; 2009.
7. Villa-Vélez L. Educación para la salud y justicia social basada en el enfoque de las capacidades: una oportunidad para el desarrollo de la salud pública. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2020 Abr 6;25(4):1539-1546. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.19052018>
8. Posada Á, Gómez JF, Ramírez H. El Niño Sano. 3ª ed. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2005. Disponible en: https://catalogo.umng.edu.co:8443/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=30749&shelfbrowse_itemnumber=160231

9. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución número 3280 de 2018 [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
10. Ministerio de Salud y Protección Social. Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS): orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018. Disponible en: www.minsalud.gov.co
11. Betancurth D. La crianza en situación de injusticia extrema: una comprensión desde un grupo de cuidadoras significativas que viven en el Asentamiento Altos de Oriente II de Bello (Antioquia, Colombia) en el marco de un proceso de educación popular [tesis doctoral]. Medellín: Universidad de Antioquia; 2017.
12. Freire P. Pedagogía del oprimido. Ciudad de México: Siglo XXI Editores; 1975. Disponible en: <https://www.servicioskoinonia.org/biblioteca/general/FreirePedagogiadeloOprimido.pdf>
13. Betancurth Loaiza DP, Sánchez Palacio N, Rivera Mejía PT, Castro Carvajal AM, Holguín Zuluaga JA. Círculos de la palabra con líderes vecinales: sistematización de la experiencia. El Ágora USB [Internet]. 2023;23(1):124–132. Disponible en: <https://doi.org/10.21500/16578031.6490>
14. Morgan A, Ziglio E. Revitalising the public health evidence base: an asset model. In: Morgan A, Davies M, Ziglio E, editors. Health assets in a global context: theory, methods, action. New York: Springer; 2010. p. 3–16. DOI: <https://doi.org/10.1177/10253823070140020701x>
15. Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Gac Sanit [Internet]. 2016;30(S1):93–8. Disponible en: www.gacetasanitaria.org/es/promocion-salud-basada-activos-como/articulo/S021391111630125X/

16. Betancurth Loaiza DP, Vélez Álvarez C, Sánchez Palacio N. Cartografía social: construyendo territorio a partir de los activos comunitarios en salud. Entramado [Internet]. 2020 Jun;16(1):138–151. Disponible en: <https://doi.org/10.18041/1900-3803/entramado.1.608>

Capítulo 7.

**Cartografía social y redes de salud mental
comunitaria en Colombia: Un enfoque
sociocrítico**

Capítulo 7. Cartografía social y redes de salud mental comunitaria en Colombia: Un enfoque sociocrítico

David Leonardo Jiménez García

“El territorio se concibe como algo más que una base material para la reproducción de la comunidad humana y sus prácticas. Para poder captar ese algo más es crucial atender a las diferencias ontológicas”.

Arturo Escobar

En las últimas décadas ha emergido en Colombia una nueva perspectiva de la salud mental fundamentada en enfoques comunitarios y participativos. Esta visión desafía el modelo tradicional individualista y clínico, para proponer en cambio una salud mental popular y comunitaria orientada a la colectividad, los derechos humanos y la transformación social. Se reconoce que el bienestar psicológico no es solo un asunto individual, sino que está profundamente entrelazado con el contexto sociocultural, el territorio y las relaciones de poder. De hecho, la salud mental se ha convertido en un terreno de disputa política e ideológica: por un lado, existe una visión “desde arriba” centrada en la medicalización y la atención institucional; por otro, una salud mental “desde abajo”, popular y comunitaria que busca colectivizar y politizar los malestares para atender sus causas estructurales.

En Colombia, donde amplios sectores de la población han enfrentado violencia sociopolítica, inequidades económicas y exclusión, el enfoque comunitario de la salud mental ofrece vías para la resistencia comunitaria y la reconstrucción del tejido social. Experiencias diversas –desde colectivos juveniles en las ciudades hasta iniciativas indígenas en el Cauca– ponen de relieve la importancia de las redes comunitarias de cuidado emocional. Estas redes operan bajo principios de solidaridad, participación y diálogo de saberes, articulando conocimientos académicos con saberes locales para abordar los ámbitos de reflexión sobre el bienestar Psicosocial individual y colectivo desde perspectivas locales, endógenas y autónomas.

En este capítulo exploramos cómo la metodología de la cartografía social puede emplearse como una herramienta indispensable para identificar, mapear y fortalecer redes de experiencias de salud mental comunitaria en Colombia. La cartografía social –la elaboración participativa de mapas

sobre el territorio vivido– permite visibilizar recursos, problemas y conexiones que afectan la salud mental colectiva, a la vez que empodera a las comunidades en la producción de conocimiento sobre su propia realidad. Para ello, primero presentaremos un marco teórico robusto desde un enfoque sociocrítico, apoyándonos en autores clave como Paulo Freire, Orlando Fals Borda, Henri Lefebvre, David Harvey, Doreen Massey y Arturo Escobar. Este marco ofrece las bases conceptuales para entender la relación entre salud mental, comunidad, poder y territorio.

En segundo lugar, detallaremos la metodología de la cartografía social, ofreciendo pautas concretas para implementar procesos participativos de mapeo de experiencias de salud mental comunitaria. Posteriormente, discutiremos ejemplos ampliados de experiencias colombianas –como la Corporación Escuela Nacional del Grito, la Fundación Psicología Sin Fronteras, y el Sistema Indígena de Salud Propia Intercultural (SISPI) en el Cauca– examinando cómo estas iniciativas encarnan los principios del enfoque comunitario y cómo podrían beneficiarse de la cartografía social. A lo largo del texto, articularemos conceptos como diálogo de saberes, territorio, salud mental popular y resistencia comunitaria, mostrando su interrelación.

Marco teórico desde el enfoque sociocrítico

Educación liberadora y participación: aportes de Paulo Freire

Un pilar fundamental para entender las nuevas perspectivas en salud mental comunitaria es la pedagogía crítica de Paulo Freire. Freire concibió la educación –y por extensión cualquier práctica transformadora– como un proceso de concientización y liberación que debe partir de la experiencia de los oprimidos. En contraste con la transmisión vertical de conocimientos, Freire propone un diálogo horizontal entre educador y educando, donde ambos se reconocen como sujetos que co-construyen saberes (1). Aplicado a la investigación o la intervención social, este principio implica que las comunidades no sean meros objetos pasivos, sino sujetos activos que participan en la comprensión y solución de sus propios problemas. La noción freireana de *conscientização* enfatiza precisamente que los sujetos reconozcan críticamente las causas de su opresión y se organicen para transformarla (1). En otras palabras, una aproximación sociocrítica a la salud mental buscará ayudar a las comunidades a “leer”

su realidad para luego “escribir” su propia historia, identificando las fuentes de sufrimiento (por ejemplo, la exclusión, la pobreza, la violencia) y promoviendo acciones colectivas para cambiarlas.

Freire subrayó que el compromiso genuino con los oprimidos exige ir más allá de la empatía abstracta: conlleva favorecer su organización y capacidad de acción. En sus palabras:

“El verdadero compromiso implica la transformación de la realidad en que se halla la población y reclama una teoría de la acción transformadora que no puede dejar de reconocerle un papel fundamental en el proceso de transformación” (2).

Esta cita, tomada de un texto temprano de Freire, sintetiza la idea de que no basta con comprender el malestar de la gente –es necesario traducir esa comprensión en acción liberadora. En el contexto de la salud mental comunitaria, ello se refleja en prácticas donde los participantes no solo narran sus padecimientos, sino que participan en su análisis y en el diseño de soluciones (por ejemplo, creando grupos de apoyo mutuo, iniciativas de autocuidado colectivo o incidencia en políticas públicas locales). Freire también destaca la importancia de romper la “cultura del silencio” que suele rodear a los sectores marginados: en términos de salud mental, esto significa despatologizar el sufrimiento individual y sacarlo a la luz pública como un asunto de derechos y justicia social.

Otro aporte freireano relevante es el énfasis en la praxis –la combinación de reflexión y acción. La mejora de la salud mental colectiva no se lograría solo con reflexionar sobre las causas de la depresión o la ansiedad en una comunidad; requiere además acción transformadora sobre las condiciones que las generan (desempleo, desarraigo, discriminación, etc.). Así, un proceso comunitario de apoyo psicosocial podría incluir talleres de reflexión crítica y proyectos concretos (huertas comunitarias, murales, jornadas de limpieza de espacios inseguros, etc.) que materialicen esa transformación del entorno en favor del bienestar.

Investigación-acción participativa: Orlando Fals Borda y la co-construcción del conocimiento

El enfoque sociocrítico en América Latina fue ampliado y llevado al terreno metodológico por Orlando Fals Borda, pionero de la Investigación-

Acción Participativa (IAP). Fals Borda, reaccionó contra la ciencia social elitista y abogó por una ciencia comprometida con las luchas populares. La IAP, surgida en los años 1970, sostiene que “el conocimiento más válido es aquel que se genera con la gente y para la gente”, en contraposición al conocimiento impuesto desde arriba (3). Este principio conlleva varias implicaciones: los temas de investigación deben emerger de las preocupaciones de la comunidad; los métodos deben fomentar la participación activa; y los resultados deben retornar a la gente en forma de utilidad práctica o concientización. El investigador deja de ser un observador “neutral” para convertirse en un acompañante de los procesos comunitarios, integrando teoría y práctica en un ciclo continuo de reflexión y acción (4).

Un concepto clave introducido por Fals Borda es el diálogo de saberes. A diferencia de la investigación tradicional, donde el experto detenta la voz dominante, en la IAP se promueve un intercambio horizontal entre el saber académico y el saber popular o local. La sabiduría popular –las vivencias, la memoria histórica, la cultura de la comunidad– es tan importante como los conceptos técnicos que el investigador aporta. En palabras de Fals Borda:

“Las gentes del común merecen conocer más sobre sus propias condiciones vitales para defender sus intereses, [y] debemos prestar a la producción del conocimiento tanta o más atención que a la producción material. Así podríamos inclinar la balanza en pro de la justicia para los grupos desprotegidos de la sociedad” (4).

Esta potente afirmación subraya que el conocimiento en sí mismo es una forma de poder: democratizar su producción y distribución es un acto de justicia social.

Aplicado a la salud mental comunitaria, el enfoque de Fals Borda implica que las comunidades deben investigarse a sí mismas en torno a su salud emocional, y que ese proceso de investigación ya es terapéutico y movilizador. Por ejemplo, en lugar de esperar a que expertos externos diagnostiquen “el estado de salud mental” de un barrio, la IAP propondría

formar comités comunitarios que indaguen cuáles son las fuentes locales de estrés o bienestar (violencia, redes de apoyo, consumo cultural, etc.), qué estrategias de afrontamiento existen en la propia comunidad, y qué cambios se pueden impulsar. Durante este proceso, el diálogo de saberes se hace presente: un psicólogo o trabajador social puede aportar herramientas de escucha activa o marcos reflexivos para hacer lecturas de las situaciones Psicosociales de personas y comunidades, mientras que los líderes locales aportan su conocimiento del territorio, de la historia del barrio y de las dinámicas sociales cotidianas. El resultado es un diagnóstico participativo cualitativamente distinto a uno tradicional, porque incorpora la voz de quienes viven la problemática y los legitima como co-investigadores de su propia realidad Psicosocial.

Cabe resaltar que la IAP no solo busca comprender el mundo, sino cambiarlo. Fals Borda hablaba de la praxis como un ciclo investigación-acción-reflexión que “encarna el enfoque sociocrítico, orientado a la transformación social y a cuestionar las estructuras de poder existentes”. En términos de salud mental popular, esta praxis se traduce en proyectos donde la comunidad identifica una necesidad (por ejemplo, altos niveles de ansiedad en jóvenes por falta de oportunidades), implementa acciones para afrontar esas necesidades y evalúa colectivamente sus efectos tanto prácticos (¿redujo la ansiedad, aumentó la cohesión social?) como aprendizajes (¿qué se descubrió sobre la causa de la ansiedad, qué se podría hacer a mayor escala?). Este espíritu reflexivo y experimental nutre la resiliencia comunitaria, pues cada acción se convierte en fuente de aprendizaje y mejora continua.

Finalmente, es importante mencionar la dimensión ética del enfoque de Fals Borda. La “humildad epistemológica” es esencial: el profesional externo debe renunciar a la pretensión de superioridad de su saber y estar dispuesto a aprender de la comunidad. Además, se enfatiza la devolución de la información: los hallazgos de cualquier investigación o intervención deben ser compartidos abiertamente y comprensiblemente con todos los participantes, para que el conocimiento resultante quede apropiado por la comunidad y pueda emplearse en sus planes futuros. Esto contrasta con prácticas asistencialistas o extractivistas donde técnicos recaban datos y luego desaparecen; por el contrario, en una salud mental comunitaria sociocrítica, la comunidad es dueña de su proceso de cambio.

Diálogo de saberes, cosmovisiones y decolonialidad: aportes de Arturo Escobar

El concepto de diálogo de saberes introducido arriba nos lleva a perspectivas más amplias decoloniales y multiculturales, en las que destaca el antropólogo colombiano Arturo Escobar. Escobar, en sus reflexiones sobre Posdesarrollo (5), ha insistido en que existen múltiples formas de conocimiento valiosas –indígenas, afrodescendientes, campesinas– que han sido históricamente subalternizadas por la modernidad eurocéntrica. Plantea que reconocer la validez de estos saberes locales es condición indispensable para construir alternativas al desarrollo dominante y para fortalecer la autonomía de las comunidades sobre sus territorios. En otras palabras, desmontar la “hybris del punto cero” (la pretensión de un conocimiento universal y neutral desde ninguna parte) requiere diálogos interculturales donde el conocimiento científico occidental se ponga al servicio de las visiones del mundo locales, en lugar de imponerles categorías ajenas.

En el ámbito de la salud mental comunitaria, las ideas de Escobar invitan a integrar nociones de *salud y bienestar* que provienen de otras cosmovisiones. Por ejemplo, muchas comunidades indígenas de Abya Yala (América Latina) entienden la salud como equilibrio espiritual y relacional con la comunidad, la naturaleza y los ancestros, más que como ausencia de enfermedad individual. El concepto de *buen vivir* (sumak kawsay en quechua, *umeeban* en nasa yuwe, etc.), presente en pueblos andinos y originarios, engloba una vida en armonía con el entorno. Escobar (2014) sugiere que para enfrentar la crisis civilizatoria actual debemos “*sentipensar con la Tierra*”, es decir, combinar razón y afecto en una relación distinta con el territorio, aprendiendo de los saberes ancestrales que conciben la tierra como madre y sujeto de derechos (5).

Traducido a un enfoque comunitario de salud mental, esto implica que las prácticas de cuidado emocional incorporen elementos culturales propios: rituales, lenguas nativas, medicina tradicional, narrativas míticas. El diálogo de saberes aquí no es solo entre academia y comunidad, sino entre racionalidades diferentes. Un psicólogo comunitario trabajando en un resguardo indígena del Cauca, por ejemplo, debe estar dispuesto a dialogar con los *Thewala* (médicos tradicionales) y comprender que categorías occidentales tal vez no capturan la experiencia local de un evento violento, la cual puede estar más vinculada a conceptos espirituales

de desequilibrio. Al mismo tiempo, la comunidad puede beneficiarse de ciertas técnicas modernas (por ejemplo, primeros auxilios psicológicos) siempre y cuando sean reapropiadas en su marco cultural. Este ida y vuelta —*trenzar saberes*, como un tejido— es esencial para construir una salud mental verdaderamente intercultural.

Escobar también aporta una noción ampliada de resistencia comunitaria. Para él, las resistencias locales frente a proyectos extractivistas o a la homogeneización cultural no son meramente reacciones negativas, sino procesos afirmativos de creación de mundos alternativos (5). Las comunidades, al defender su territorio, su identidad y su forma de vida, están generando alternativas de existencia. En esa línea, podemos entender las redes comunitarias de salud mental como formas de resistencia: se resiste a la patologización de la tristeza o la ira convirtiéndolas en reclamos de justicia; se resiste al aislamiento creando solidaridad; se resiste al colonialismo cultural revitalizando lenguas, músicas y espiritualidades como parte de la sanación. Un ejemplo elocuente es la experiencia de las comunidades afrocolombianas e indígenas que, tras el desplazamiento forzado, realizan rituales de memoria y retornos simbólicos al territorio para sanar el duelo colectivo. Estos rituales, que combinan canto, baile, oralidad y cartografía de la memoria (dibujando los ríos, caminos y sitios sagrados perdidos), ilustran cómo territorio, identidad y salud psicosocial están entrelazados.

El aporte de Escobar y de la perspectiva decolonial al enfoque comunitario es recordarnos que no hay una sola manera de entender ni de afrontar el sufrimiento humano. El paradigma clínico occidental es solo uno entre muchos. Al abrir espacios para el diálogo de saberes, se enriquece el repertorio de estrategias de cuidado: desde círculos de palabra hasta huertas comunitarias, pasando por celebraciones culturales, todas pueden ser “terapéuticas” en sentido amplio. Esta articulación con el territorio y la cultura local es un factor de protección de la salud mental popular, pues refuerza el sentido de pertenencia, la autoestima colectiva y el significado compartido de la experiencia, elementos fundamentales para sobreponerse construir entornos Psicosociales de cuidado y construir esperanza en comunidad.

Teoría crítica del espacio: Lefebvre, Harvey y Massey – territorio y salud mental

El enfoque sociocrítico no estaría completo sin considerar el espacio y el territorio como dimensiones centrales de la vida social. Las comunidades existen en lugares, y esos lugares no son meros telones de fondo neutros, sino que influyen y son influenciados por las dinámicas sociales y psicológicas. Autores como Henri Lefebvre, David Harvey y Doreen Massey –referentes de la geografía crítica– ofrecen conceptos valiosos para entender cómo el entorno construido y simbólico se relaciona con la salud mental comunitaria.

Henri Lefebvre argumentó que “el espacio es socialmente producido”: cada sociedad crea su propio espacio conforme a sus relaciones de poder, sus necesidades y sus conflictos (6). Las ciudades, barrios y campos que habitamos llevan inscritas las huellas de las estructuras sociales. Además, Lefebvre distingue entre el espacio concebido por planificadores y tecnócratas (el de los mapas oficiales, planos urbanos, fronteras en el papel) y el espacio vivido por las personas en su cotidianidad. Esta distinción es iluminadora para nuestro tema: con frecuencia, los mapas convencionales y las políticas públicas representan un espacio “abstracto” que ignora las experiencias reales de la comunidad. Por ejemplo, un plano urbano puede mostrar un parque como zona verde, pero la comunidad puede percibir ese mismo lugar como inseguro por las noches, o por el contrario, como un punto de encuentro vital; esa vivencia no aparece en el mapa técnico. La cartografía social busca acercar esas dos dimensiones, incorporando en la representación espacial la manera en que los habitantes viven, sienten y construyen significados sobre sus territorios. Desde la perspectiva de la salud mental, esto es crucial: el espacio vivido (con sus afectos, memorias y tensiones) incide en el bienestar. No es lo mismo habitar un lugar experimentado como propio, protegido y lleno de vínculos, que un lugar sentido como ajeno, peligroso o deshumanizado. Mapear el espacio vivido permite identificar *puntos rojos* de malestar (esquinas asociadas a violencia, casas estigmatizadas, áreas de duelo colectivo) así como puntos verdes de cuidado (sitios de reunión, espacios sagrados, servicios solidarios, lugares para el encuentro y el tejido comunitario), información valiosa para cualquier estrategia de salud mental comunitaria.

David Harvey, por su parte, analizó cómo bajo el capitalismo el espacio suele reorganizarse para servir a la acumulación de capital, generando inequidades territoriales. En *Social Justice and the City*, Harvey mostró que las ciudades reflejan y a la vez refuerzan desigualdades: barrios ricos con

todos los servicios versus periferias empobrecidas con carencias crónicas (7). Estas inequidades espaciales tienen claras implicaciones en el bienestar psicosocial de las comunidades: las condiciones de vida (hacinamiento, contaminación, inseguridad, falta de áreas recreativas) influyen en los niveles de estrés y en la calidad de las relaciones comunitarias. Harvey popularizó el concepto de “derecho a la ciudad”, entendiendo que todos los habitantes –especialmente los marginados– deberían tener voz en la producción del espacio urbano y en el disfrute de sus beneficios. Extendido a nuestro campo, podemos hablar de un derecho a la salud mental comunitaria que implica el derecho a vivir en entornos saludables, participativos y de cuidado colectivo. Harvey aboga incluso por desarrollar una “geografía radical” al servicio de la justicia social. En este espíritu, la cartografía participativa se puede entender como parte de un “*derecho a la cartografía*”, alternativo al derecho a la ciudad: así como los habitantes tienen derecho a apropiarse de la ciudad y transformarla, también tienen derecho a representarla desde su punto de vista, contrarrestando las narrativas oficiales. Un mapa hecho por la comunidad puede poner en el centro lo que normalmente está en los márgenes (por ejemplo, puede resaltar los espacios de solidaridad barrial o los lugares olvidados por el Estado) y, al hacerlo, se convierte en un instrumento de reivindicación.

Doreen Massey complementa estas ideas enfatizando la multiplicidad del espacio. Para Massey, todo lugar es producto de interrelaciones –siempre hay múltiples historias y perspectivas configurándolo– y está en constante construcción (9). Introdujo el término “geometrías del poder” para describir cómo grupos sociales diferentes ocupan posiciones desiguales en el “espacio” social y físico (10). Por ejemplo, en una misma ciudad globalizada, las élites económicas se mueven con facilidad (espacios abiertos para ellas: barrios exclusivos, aeropuertos, internet), mientras los pobres enfrentan barreras (espacios cerrados o inseguros, segregación, movilidad limitada). Estas geometrías determinan en gran medida *qué narrativas del lugar se hacen dominantes*: generalmente las de quienes tienen más poder. Sin embargo, Massey sugiere que reconocer la pluralidad de voces en un territorio nos puede conducir a un “sentido global del lugar” más inclusivo, donde las historias de todos –mujeres, jóvenes, adultos mayores, minorías étnicas– se entretajan en la comprensión colectiva del espacio. Aquí la cartografía social juega un rol facilitador: es una metodología ideal para visibilizar narrativas múltiples y a menudo silenciadas sobre

el lugar. Un mapeo comunitario, por ejemplo, puede revelar la percepción de las mujeres sobre ciertas rutas inseguras, la memoria de los mayores sobre cómo era el barrio antes, o la perspectiva de los niños sobre dónde se sienten a gusto. Todas esas visiones pueden coexistir en capas de un mapa colectivo, enriqueciendo la imagen del territorio y sirviendo de insumo para intervenciones más pertinentes (como crear un espacio seguro para mujeres, recuperar un lugar histórico, o construir un parque infantil).

Finalmente, no podemos hablar de espacio en Colombia sin abordar la noción de territorio. En América Latina, *territorio* es más que una porción de tierra delimitada: conlleva dimensiones culturales, políticas y afectivas profundas, especialmente para comunidades indígenas y afrodescendientes. Arturo Escobar ha descrito los territorios étnicos como “tejidos vivos de relaciones” donde se materializan cosmovisiones y proyectos de vida colectivos. Para muchos pueblos, el territorio es inseparable de la identidad y la espiritualidad –es la fuente de sentido y equilibrio. Cuando ese territorio es amenazado (por desplazamiento, extractivismo, guerras), no solo hay una pérdida material sino un quiebre en la salud mental colectiva. De ahí que la defensa del territorio sea también defensa de la vida y de la salud en un sentido integral.

En los conflictos socio-ambientales actuales, las comunidades suelen contraponer su territorialidad (uso tradicional, sentido de pertenencia, lugares sagrados) a la visión puramente económica del territorio que imponen Estados o empresas. En este contexto, la cartografía social ha sido usada como herramienta política de resistencia: al hacer mapas alternativos, las comunidades expresan visualmente su concepción del territorio –por ejemplo marcando sitios sagrados, rutas de migración de fauna que respetan, sitios sagrados, etc.– y estos “mapas vivos” se vuelven contranarrativas frente a los mapas oficiales que solo muestran límites administrativos o concesiones mineras. Así, las “otras cartografías” ayudan a sostener las reivindicaciones territoriales y a comunicar las visiones del espacio construidas desde abajo y desde dimensiones subjetivas, éticas y políticas.

Reconocer el territorio como protagonista significa comprender que el arraigo o desarraigo territorial incide en el bienestar psicosocial. Una comunidad arraigada, que tiene control sobre su espacio, que lo siente suyo y seguro, probablemente tendrá mejores indicadores de salud mental (más

apoyo mutuo, mayor sentido de propósito tejidos organizativos y solidarios más fuertes) que una comunidad desplazada o fracturada territorialmente. Por ello, muchas experiencias de sanación colectiva en Colombia incluyen componentes de memoria del territorio o de reapropiación del espacio. Estos actos tienen un impacto subjetivo: transforman el territorio en un lugar de resistencia y vida, lo cual retroalimenta la autoestima colectiva y la esperanza. En suma, la teoría crítica del espacio nos provee fundamentos para entender que la geografía de la opresión y la geografía de la esperanza se dibujan sobre el mismo mapa, y que dependerá de la acción comunitaria –informada por análisis críticos y métodos participativos como la cartografía social– el ir reemplazando narrativas de dolor por narrativas de reconstrucción del tejido social.

Metodología: la cartografía social como herramienta participativa en salud mental comunitaria

Después de establecer las bases teóricas, pasamos a la propuesta metodológica central de este capítulo: la cartografía social como recurso para mapear y fortalecer redes comunitarias de salud mental. La cartografía social puede definirse en términos generales como una metodología de investigación-acción participativa que utiliza la elaboración colectiva de mapas para construir conocimiento sobre un territorio desde la perspectiva de sus habitantes, con el fin de impulsar transformaciones sociales. A diferencia de la cartografía convencional –realizada por expertos con propósitos técnicos o administrativos–, la cartografía social es colaborativa, inclusiva y orientada al cambio. Parte del reconocimiento de que el conocimiento sobre la realidad territorial es socialmente construido, y por tanto su producción debe involucrar a quienes viven en ese entorno.

Una definición útil la brinda Herrera (11):

“La cartografía social es una propuesta conceptual y metodológica que permite construir un conocimiento integral de un territorio, utilizando instrumentos técnicos y vivenciales. Se trata de una herramienta de planificación y transformación social, que permite una construcción del conocimiento desde la participación y el compromiso social, posibilitando la transformación del mismo” (Herrera, 2008, p. 3).

Vemos en esta descripción varios elementos clave: integralidad (combina distintos tipos de conocimiento del territorio), participación, compromiso social y vocación transformadora. En efecto, la cartografía social no se reduce a dibujar mapas por dibujarlos; constituye un proceso de investigación colectiva en sí mismo. Incluye la discusión comunitaria sobre qué se va a mapear, cómo se interpretan los resultados y qué implicaciones tienen. Es decir, se configura como un espacio de diálogo y reflexión crítica más que de recolección de datos.

Pautas para implementar un proceso de cartografía social comunitaria

La implementación de una cartografía social en un contexto de salud mental comunitaria requiere seguir una serie de pasos o fases, adaptándolos a las características del grupo y del territorio. A continuación, se presentan pautas metodológicas generales:

- 1. Definir objetivos y alcance:** Antes de iniciar, es crucial acordar con la comunidad *para qué* se hará el mapa. ¿Es un diagnóstico de recursos de apoyo psicosocial? ¿Un mapeo de factores de riesgo (violencias, adicciones) y protección (espacios de cuidado) en el barrio? ¿O quizás una reconstrucción histórica de eventos traumáticos y resilientes en la comunidad? Clarificar el propósito guiará todo el proceso. Por ejemplo, si el objetivo es identificar redes de apoyo emocional, el mapeo se centrará en actores e instituciones; si es visibilizar la memoria del conflicto, se focalizará en lugares de memoria y hechos marcantes.
- 2. Convocar un grupo diverso de participantes:** La riqueza de la cartografía social está en congregar *diferentes voces*. Se debe invitar a una muestra amplia de la comunidad: mujeres y hombres, jóvenes y mayores, personas de distintos sectores o veredas, etc. Idealmente, entre 10 y 30 participantes para facilitar la interacción (si la comunidad es muy grande, se pueden hacer varios grupos por sectores y luego integrar resultados). En la convocatoria hay que explicar el propósito y enfatizar que no se necesitan habilidades técnicas para participar –todos pueden contribuir con sus conocimientos cotidianos.

3. **Preparar materiales y espacio:** Por lo general se requiere un espacio físico cómodo, ojalá en la comunidad misma (un salón comunal, una escuela, un parque a la sombra). Se proveen materiales sencillos: papel kraft o cartulinas grandes (o incluso un piso de cemento donde dibujar con tiza), marcadores de colores, notas adhesivas, fichas, cintas, etc. Si se cuenta con mapas base impresos del lugar, pueden servir de guía, pero es recomendable comenzar con una hoja en blanco para no condicionar la expresión. También se pueden usar elementos como semillas, piedras o muñecos para marcar lugares en el mapa de forma creativa.
4. **Construir el mapa base colectivamente:** En la primera sesión, se invita al grupo a dibujar un mapa de su comunidad o territorio. Pueden comenzar trazando referencias conocidas (vías principales, río, plaza, escuelas) para ubicarse, pero rápidamente se pasa a señalar los elementos importantes según el tema definido. Por ejemplo, en un *mapeo de salud mental*, se podría pedir que identifiquen en el mapa lugares que afecten positiva o negativamente el bienestar: sitios de encuentro grato (ej. el mercado, la cancha), lugares conflictivos o inseguros (esquina donde hay riñas, el bar con problemas de alcoholismo), servicios de apoyo (centro de salud, iglesia, fundaciones), etc. Cada participante puede dibujar o pegar símbolos, escribir etiquetas o simplemente contar mientras alguien más dibuja. Lo clave es que durante la elaboración surja la conversación: ¿por qué este lugar es importante? ¿Qué historias hay allí? ¿Quiénes están involucrados? El facilitador debe fomentar que *todas las voces* opinen, haciendo preguntas abiertas y equilibrando la participación (que no monopolice el líder de siempre, por ejemplo).
5. **Profundización por capas temáticas:** Dependiendo del objetivo, pueden realizarse sesiones subsiguientes para profundizar en ciertos aspectos. Una técnica útil es agregar “*capas*” de información al mapa base. Por ejemplo, en una segunda sesión se podría trabajar la capa histórica: marcar en el mapa cómo era la comunidad en el pasado (¿dónde estaba el antiguo centro de salud? ¿qué zona era monte y ahora es barrio? ¿dónde ocurrió tal inundación o tal confrontación armada?). En otra sesión, una capa de futuro deseado: los participantes dibujan cómo querrían ver su territorio en unos años (un parque aquí, una casa de la cultura allá, sin basurero en tal parte, etc.).

También se pueden hacer capas de *emociones*: colorear zonas según sean percibidas con miedo, alegría, tristeza o esperanza. Cada capa se discute colectivamente, identificando causas y consecuencias: ¿por qué tal lugar genera miedo? ¿Qué habría que cambiar para que esa zona sea tranquila? Este análisis participativo es análogo a realizar *diagnósticos y planeaciones estratégicas*, pero de manera visual y lúdica.

6. **Uso de técnicas complementarias:** La cartografía social se enriquece al combinarla con otras técnicas participativas para recolectar información. Por ejemplo: recorridos de transecto (caminar en grupo por la comunidad identificando puntos clave, que luego se vuelcan en el mapa), entrevistas a profundidad o historia oral (testimonios de personas que luego ubicamos en el mapa: “aquí Juan nos contó que...”), fotovoz (los participantes toman fotos de lugares significativos y las pegan en el mapa), sociodramas (teatralizar situaciones típicas en ciertos lugares del mapa), etc. Todas estas metodologías activan diferentes formas de expresión (visual, narrativa, corporal) que nutren el mapeo. Al final, el mapa se convierte en un repositorio multimodal: puede contener dibujos, fotos, post-its con citas textuales, hilos que unen lugares relacionados, etc. Esto lo hace más rico y participativo.

7. **Síntesis y análisis colectivo de resultados:** Una vez que el o los mapas han incorporado la información relevante, se procede a sistematizar lo aprendido. Puede ser útil que el equipo facilitador elabore una versión “*limpia*” del mapa integrando todas las capas en uno solo (por ejemplo, digitalizándolo o pasándolo en limpio en un cartón). Entonces, con el grupo, se valida: ¿refleja todo lo que discutimos? ¿*Qué patrones identificamos*? Aquí se orienta la conversación a interpretar: “Nos damos cuenta de que las zonas periféricas del mapa carecen de servicios y allí la gente reporta más desesperanza, mientras que el centro tiene más recursos comunitarios”; “Observamos que los lugares de consumo de sustancias están todos cercanos a la autopista”; “Notamos que el río, que antes era un lugar de integración, ahora divide al pueblo tras el conflicto, según las memorias que contamos”. Este análisis comunitario debe luego conectarse con posibles acciones.

8. Devolución y planificación de acciones: El cierre del proceso consiste en devolver a la comunidad el producto y promover su uso. Se organiza un evento de socialización del mapa comunitario –puede ser una asamblea, una galería abierta, una presentación ante autoridades locales– donde los mismos participantes explican sus hallazgos a otros. Además, se facilita una discusión sobre prioridades de acción: ¿Qué hacemos con esta información? Quizás del mapa se desprenden propuestas como crear un comité de seguridad en la “zona roja” identificada, gestionar un psicólogo itinerante para el barrio, recuperar el espacio público X para actividades culturales que hagan falta, o iniciar un proyecto productivo comunitario si el desempleo apareció como factor de malestar. El mapa sirve como hoja de ruta para esas intervenciones, y al ser fruto de un consenso participativo, suele generar mayor compromiso en su ejecución. Idealmente, se conforma un grupo local que dé seguimiento a las iniciativas (por ejemplo, la Mesa de Salud Mental Comunitaria del barrio), con acompañamiento técnico externo si es posible, pero empoderando a la comunidad para que lidere los cambios.

Siguiendo estas pautas, la cartografía social se revela como un proceso *integral*. No es únicamente diagnóstico ni únicamente plan de acción: es un ciclo de aprendizaje colectivo. Durante la elaboración del mapa, se genera conocimiento colectivo que queda en manos de la comunidad y a la vez puede informar a investigadores o planificadores aliados. Además, el mero hecho de participar en el mapeo tiene efectos psicosociales positivos: las personas se sienten escuchadas, se dan cuenta de que su experiencia cuenta; al verter información en un lienzo común, se desata la comunicación entre vecinos que tal vez antes no interactuaban mucho, surgen empatía y entendimiento de distintas perspectivas.

Otro punto a destacar es que la cartografía social tiene un propósito explícito de intervención social. No es una investigación neutral; busca facilitar cambios. En contextos de planificación local, por ejemplo, ayuda a identificar necesidades de manera participativa para luego incidir en los planes de desarrollo (e.g., el mapa muestra falta de un centro juvenil en cierta zona, la comunidad puede llevar esa evidencia al municipio). En contextos de conflicto o posconflicto, se ha usado para que grupos enfrentados visualicen sus diferentes percepciones del territorio y encuentren *denominadores comunes*, convirtiendo problemas

en oportunidades de solución creativa. En contextos académicos, es una forma de co-investigación donde la comunidad colabora en levantar datos y analizarlos, garantizando que los hallazgos *les representen fielmente* y les sean útiles en sus luchas.

En resumen, metodológicamente la cartografía social es flexible y multidimensional. Su espíritu básico es: involucrar a la gente en la creación de un mapa que refleje su realidad *tal como la viven*, y usar ese proceso y producto para generar conciencia crítica y motivar transformaciones. Por eso decimos que es un método especialmente apto para la salud mental comunitaria: porque combina el conocimiento (cognitivo), la expresión (emocional) y la acción (conductual) en una sola iniciativa, abordando a la comunidad de manera holística. A continuación, pasaremos a ver casos concretos en Colombia donde se refleja este enfoque.

Experiencias colombianas de salud mental comunitaria y cartografía social

Para aterrizar los conceptos expuestos, exploraremos varias experiencias en Colombia que ilustran nuevas perspectivas de salud mental comunitaria. Estos casos muestran cómo, desde distintos contextos, se han puesto en práctica iniciativas innovadoras basadas en participación, diálogo de saberes, trabajo territorial y resistencia comunitaria. Asimismo, reflexionaremos sobre cómo la metodología de cartografía social podría (o ya lo hace) contribuir a potenciar dichos esfuerzos.

La Escuela Nacional del Grito: arte, juventud y territorio emocional

Una experiencia emblemática en el campo de la salud mental comunitaria urbana es la Corporación Escuela Nacional del Grito, nacida en Medellín (12). Este proyecto parte de una premisa sencilla pero poderosa: *gritar libera*. El grito, entendido como expresión catártica, es usado aquí metafóricamente para animar a los jóvenes a exteriorizar sus emociones y buscar ayuda cuando la necesitan. La Escuela Nacional del Grito se define como “*un dispositivo de base comunitaria, virtual, alterno y transterritorial, donde la identificación de nuestras emociones y su vínculo con el arte juegan un papel fundamental*”. En otras palabras, es una iniciativa que integra arte, cultura y salud mental en un formato accesible para la juventud.

Esta corporación organiza una serie de talleres creativos en los que equipos de acompañamiento psicosocial y mediadores artísticos guían actividades para canalizar, reconocer y expresar emociones. Los participantes pueden aprender a escribir para desahogarse, pintar para auto-reconocerse, improvisar música para vencer la vergüenza, entre otras dinámicas que combinan técnicas terapéuticas con disciplinas artísticas. Además, la Escuela realiza eventos masivos como conciertos, festivales (el festival *Rock por la Vida Medellín*), jornadas de tatuajes, etc., que sirven de espacios de encuentro y difusión del mensaje de prevención del suicidio, promoción de la salud mental y entornos culturales de cuidado. En la experiencia colaboran artistas, gestores culturales, comunicadores, antropólogos y psicólogos, conformando una red amplia de voluntarios y aliados del sector artístico, de salud y entidades públicas. De hecho, el proyecto ha sido reconocido con apoyos del Ministerio de las Culturas, las Artes y los Saberes de Colombia y el Distrito de Ciencias, Tecnología e Innovación de Medellín, mostrando cómo la cultura puede articularse con políticas públicas de salud mental.

La Escuela Nacional del Grito, sin denominarlo explícitamente, ha realizado una suerte de cartografía social afectiva entre los jóvenes. A través de sus talleres y eventos, ha logrado mapear –en el sentido de identificar y visibilizar– las emociones colectivas de una generación, los lugares de encuentro juvenil que pueden volverse entornos de apoyo, y las problemáticas prevalentes (como el suicidio juvenil, un tema sensible en la ciudad de Medellín). Por ejemplo, sus conciertos y actividades en parques y espacios públicos activan ciertos lugares de la ciudad como puntos de encuentro positivo, resignificando sitios que podrían ser neutros o incluso riesgosos. También, la publicación “*Grita lo que sientes: bitácora para el autoconocimiento y el desahogo emocional*” –un libro creativo producido por la corporación– funge como un mapa introspectivo en el que muchos jóvenes han plasmado sus sentimientos y encontrado rutas para manejarlos

¿Dónde entra la cartografía social metodológicamente? Una posibilidad concreta sería que la Escuela del Grito facilitará con sus participantes un mapeo de lugares seguros e inseguros para la salud mental juvenil en Medellín. Imaginemos un taller donde chicos y chicas marquen en un plano de la ciudad los sitios donde se sienten bien (ej. una casa juvenil de cultura, una cancha deportiva activa, un café donde se reúnen) y donde

se sienten mal o en riesgo (ej. entornos con microtráfico, calles con alta violencia, instituciones educativas sin apoyo psicosocial). Ese mapa colectivo podría complementar la labor de la corporación identificando territorios prioritarios para llevar sus talleres o eventos, o evidenciando la necesidad de intervenciones comunitarias en ciertos barrios. Asimismo, la cartografía de emociones podría expandirse más allá del individuo al colectivo: mapear cuáles son las emociones predominantes en distintas comunas (¿hay barrios marcados por el duelo debido a violencias pasadas? ¿otros por el miedo a la exclusión presente? ¿otros por la esperanza de proyectos culturales emergentes?). Esa información cualitativa sería valiosa para orientar políticas locales de salud mental. En suma, la Escuela Nacional del Grito muestra cómo la creatividad y el diálogo con la juventud permiten construir territorios simbólicos de confianza; apoyarse en la cartografía social podría ayudar a traducir ese trabajo al lenguaje espacial y planificador, fortaleciéndolo.

Psicología Sin Fronteras Colombia: brigadas comunitarias y escucha activa

Otra iniciativa destacada es la de Psicología Sin Fronteras Colombia (13), una organización sin ánimo de lucro que busca llevar atención psicológica digna y accesible a todos los rincones, especialmente a comunidades vulnerables. Esta fundación nació con la idea de posicionar la salud mental como prioridad en Colombia, enfocándose en la atención primaria, primeros auxilios psicológicos en crisis y emergencias, y la continuidad de procesos terapéuticos para población que no puede acceder al sistema de salud formal. En lugar de esperar a que las personas acudan a consultorios, *Psicología Sin Fronteras* sale al encuentro de la gente: funciona a través de voluntariados de profesionales que realizan brigadas comunitarias de salud mental, atención en entornos no convencionales y campañas de sensibilización.

Un ejemplo concreto de sus proyectos es “Escucha al Parque”, una brigada de salud mental en espacios públicos. En esta iniciativa, los psicólogos voluntarios instalan carpas o simplemente se ubican en parques de barrios, ofreciendo espacios individuales de escucha para quien requiera hablar de sus problemas o buscar orientación. Al mismo tiempo, realizan actividades lúdicas y pedagógicas que convocan a la comunidad alrededor del bienestar emocional. Lo interesante de *Escucha al Parque* es que no solo brinda atenciones puntuales, sino que también *construye*

conocimiento comunitario: los profesionales van identificando cuáles son las preocupaciones más frecuentes que surgen en las conversaciones (por ejemplo, violencia intrafamiliar, desempleo, consumo de sustancias, soledad en adultos mayores), y mapean con los propios habitantes qué recursos de apoyo existen o faltan. Muchas veces, estas brigadas articulan a los atendidos con “lazos de cuidado” locales, es decir, derivan o conectan a las personas con redes comunitarias ya presentes (un grupo de apoyo religioso, una junta de acción comunal activa, un taller de arte-terapia gratuito, etc.), tejiendo así la red de salud mental comunitaria (13, 14).

A través de acciones como esta, este proceso produce implícitamente una forma de cartografía social rápida. Cada brigada en un territorio nuevo inicia con un reconocimiento: los voluntarios conversan con líderes barriales, mapean las instituciones de la zona (colegios, centros de salud, comedores comunitarios), identifican lugares de reunión y también puntos críticos donde se congregan poblaciones en riesgo (p.ej., zonas de consumo). Con esa información, planean la intervención y logran mayor efectividad. Después de las jornadas, suelen sistematizar la información recogida: ¿cuántas personas atendieron? ¿qué problemáticas expresaron? ¿Qué derroteros tomaron? Por ejemplo, pueden descubrir que en cierto barrio periférico la mayoría de consultantes son migrantes venezolanos con duelos migratorios y escaso soporte familiar; eso indica la necesidad de crear un grupo de apoyo migrante en la comunidad, o de abogar ante autoridades por inclusión social allí. De hecho, la fundación promueve la incidencia: sus experiencias de campo les permiten llevar datos y voces de la comunidad a escenarios más amplios, para influir en políticas de salud mental.

Además de las brigadas en parques, desarrollan programas como “Entornos Escolares Seguros”, donde llevan a las instituciones educativas actividades de prevención de suicidio, consumo de sustancias y acoso escolar, formando brigadas psicosociales dentro de las escuelas. Nuevamente aquí se aprecia el enfoque de red: no se trata solo de charlas aisladas, sino de instalar capacidades en la comunidad educativa para que esta se autoproteja y acompañe a sus miembros. Igualmente, trabajan en “Entornos Laborales Seguros” para empresas, y ofrecen formación para todos mediante talleres y congresos abiertos. La visión integral es clara: la salud mental es un asunto de toda la sociedad, no privativo del consultorio.

¿Cómo puede potenciarse esta labor con cartografía social? Una idea es que *Psicología Sin Fronteras* sistematice la información de sus múltiples brigadas en un mapa nacional de necesidades y recursos de salud mental comunitaria. Cada voluntario que sale a territorio podría contribuir datos georreferenciados: “en la Comuna X de Bucaramanga notamos falta de psicólogos en el puesto de salud”, “en el pueblo Y hay una organización juvenil haciendo talleres de resiliencia”, etc. Consolidando eso, se obtendría un atlas participativo de la salud mental en Colombia, construido desde abajo. De hecho, existen esfuerzos similares a nivel global, llamados “*atlas de salud mental*”, pero generalmente se enfocan en servicios formales; este sería diferente, resaltando también las iniciativas populares. Un mapa así podría luego presentarse al Ministerio de Salud o alcaldías, evidenciando zonas desatendidas o prácticas ejemplares a replicar.

Por otro lado, en cada comunidad atendida, los psicólogos podrían facilitar un ejercicio de cartografía social con la gente, al término de las intervenciones, para fortalecer la red local. Por ejemplo, tras varias visitas al barrio, reunir a los actores clave (lideresas, maestros, jóvenes) y dibujar juntos el “mapa de cuidados” del barrio: quiénes cuidan (personas clave), dónde se cuida (espacios de confianza), dónde se necesita más cuidado (puntos conflictivos). Este mapa podría quedar con la Junta de Acción Comunal o con la Mesa de Salud, sirviendo de plan de acción comunitaria. Así, la intervención externa deja un producto útil internamente.

El SISPI y la salud mental intercultural: territorio, autonomía y saber propio

En contextos rurales y étnicos de Colombia, la perspectiva comunitaria de la salud mental toma características particulares ligadas a la defensa del territorio y la preservación cultural. Un referente clave es el SISPI – Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural– desarrollado en el Cauca por el movimiento indígena (principalmente el Consejo Regional Indígena del Cauca, CRIC, y su Universidad Autónoma Indígena Intercultural, UAIIN). El SISPI es una política y programa que busca “*la implementación y operación de las formas de cuidar la salud desde lo propio e intercultural, fortaleciendo los planes de vida, el buen vivir comunitario y la pervivencia de los pueblos originarios*” (14). Este objetivo refleja una concepción integral y autónoma de la salud, donde la salud mental no está separada de la física, la espiritual y la social, y donde el territorio es central.

En la práctica, el SISPI se materializa en varios componentes, desde la formación de talento humano indígena en salud (dinamizadores de salud propia) hasta la adecuación de sistemas tradicionales de medicina. La salud mental dentro del SISPI se aborda desde la idea de “armonía”. Por ejemplo, uno de los perfiles del técnico en salud propia intercultural formado en la UAIIN es participar en la recuperación de la armonía de las personas, familias y comunidades, desde los saberes propios e interculturales (15). Esto implica que trastornos o desarmonías son vistos en contexto: la solución puede involucrar un ritual con un *thewala* (médico tradicional) para equilibrar energías, una conversación con la familia extensa, o una ceremonia comunitaria de perdón y reconciliación, dependiendo del caso. Es un enfoque radicalmente distinto al modelo clínico individual: aquí *la comunidad es la paciente y a la vez el sanador*.

El diálogo de saberes está explícitamente presente: el SISPI propone que médicos tradicionales, parteras, sabedores y autoridades ancestrales trabajen junto con profesionales de salud occidental (médicos, psicólogos) en un pie de igualdad, intercambiando conocimientos para resolver los problemas de la comunidad. En el campo de la salud mental, esto se ve en experiencias como las de la *Medicina Tradicional para la Memoria Histórica*: en algunos resguardos del Norte del Cauca, después de los acuerdos de paz, se realizaron rituales colectivos (tomando plantas medicinales, danzando) para sanar los traumas de la guerra en conjunción con talleres psicológicos de reconstrucción de memoria. La combinación potenciaba el efecto: mientras la terapia de grupo permitía verbalizar y resignificar el dolor, el ritual conectaba con lo espiritual y lo comunitario, dando contención y sentido (15).

La cartografía social tiene mucho que aportar y de hecho ha sido usada en estos contextos. Un ejemplo notable es el de los “mapas vivos” o *etn-cartografías*. En varias comunidades indígenas del Cauca se han hecho ejercicios de mapear el territorio desde la perspectiva cultural: se dibujan los lugares sagrados, los sitios donde habitan espíritus de la naturaleza, las rutas tradicionales de intercambio, etc., que no aparecen en los mapas oficiales. Estos mapas sirven para procesos de reclamación de tierras, pero también tienen un efecto interno de reafirmación identitaria y, podríamos

decir, de sanación colectiva. Después de siglos de colonización que menospreciaron sus conocimientos, verse a sí mismos representados en un mapa legitimado (por ellos mismos, y a veces por aliados académicos) es reparador. Además, los *mapas vivos* suelen ser intergeneracionales: mayores y jóvenes colaboran, lo cual de por sí estrecha lazos y transmite conocimientos que fortalecen la autoestima colectiva.

Imaginemos una aplicación concreta: el programa de salud intercultural del Cauca podría facilitar *cartografías sociales de la salud mental popular* en cabildos locales. Se podría convocar a comunidades a dibujar su “mapa de bienestar y malestar”: en él marcarían qué prácticas culturales mantienen la armonía (ej. convites, fiestas tradicionales, cultivos comunitarios) y qué factores la rompen (llegada de drogas, influencia de pandillas externas, pérdida de la lengua nativa, presencia de empresas mineras). También ubicarían quiénes en la comunidad son referentes de consejo o consuelo (la abuela sabedora, el médico tradicional, el profesor bilingüe, etc.). Ese mapa, al discutirse, generaría planes: quizá reactivar cierto ritual en peligro de perderse, o pedir al cabildo más control sobre ventas de alcohol foráneo, etc. Al mismo tiempo, el mapa sirve para comunicar a actores externos (gobierno, ONG) la situación con un lenguaje visual claro.

Otro ámbito donde la cartografía social puede incidir es en la articulación intercultural. Podría utilizarse como herramienta de diálogo entre lo propio y lo occidental. Imaginemos hacer un mapa de la ruta de atención en salud mental: un paciente con cierto padecimiento, ¿qué recorrido hace actualmente? Quizá el mapa muestre que primero va donde el médico tradicional, luego si no mejora lo llevan al hospital, luego regresa a la tulpá con el jaibaná, generándose a veces confusión o repeticiones. Ese mapeo podría facilitar a ambas partes (tradicionales y biomédicos) ver *los puntos de encuentro o desencuentro*, y negociar un protocolo integrado (por ejemplo: que el hospital permita la presencia de la familia y del médico tradicional en ciertas atenciones críticas, o que la comunidad se comprometa a referir al hospital cuando identifique señales de alarma que la medicina tradicional no maneja, etc.). En otras palabras, mapear el sistema local de salud mental (incluyendo recursos formales e informales) puede ayudar a fortalecer un modelo de atención intercultural verdaderamente complementario.

El SISPI nos muestra un caso inspirador de cómo la salud mental comunitaria puede entenderse desde la resistencia cultural y la autonomía territorial. Las comunidades indígenas del Cauca, al diseñar su propio sistema de salud, están resistiendo la colonización psiquiátrica y afirmando que *otro cuidado es posible*. En su cosmovisión, curar a la comunidad implica alimentar la *espiritualidad, la tierra y la cultura* junto con tratar el cuerpo y la mente individuales. Este enfoque holístico es valioso para todos, no solo para los indígenas, porque cuestiona la fragmentación típica de occidente. Para la sociedad mayoritaria, aprender de esto podría significar incluir en los programas de salud mental componentes comunitarios más fuertes: rituales comunitarios urbanos (ej. actos simbólicos de perdón en barrios violentos), recuperación del patrimonio cultural como terapia (ej. danza, música ancestral en contextos de adultos mayores con depresión, etc. La cartografía social, en tanto crea puentes entre lo técnico y lo vivido, sería un aliado natural para estos propósitos, visibilizando *territorios de dolor y de esperanza* y permitiendo planear sobre ellos con participación de todos.

A manera de cierre, podemos afirmar que la metodología de cartografía social, enmarcada en un enfoque sociocrítico, ofrece un conjunto de herramientas teóricas y prácticas sumamente potentes para re-imaginar la salud mental desde lo comunitario en Colombia. En el recorrido de este capítulo, articulamos las bases conceptuales –Freire, Fals Borda, Lefebvre, Harvey, Massey, Escobar– con las prácticas emergentes en nuestro contexto, demostrando que existe una convergencia natural entre la teoría crítica y las iniciativas de salud mental popular.

Por un lado, la teoría nos provee un lenguaje para entender por qué es necesario un cambio de paradigma: las nociones de concientización, investigación-acción participativa, diálogo de saberes, producción social del espacio, derecho a la ciudad y territorialidad autónoma iluminan aspectos diferentes de un mismo proceso: la construcción de una salud mental colectiva, emancipadora y situada. Ya no se trata de adaptar a las personas a un orden dado (muchas veces injusto), sino de transformar conjuntamente las condiciones que generan sufrimiento. Esto incluye empoderar a las comunidades como productoras de conocimiento sobre su bienestar, politizar el malestar vinculándolo a contextos socioeconómicos, y reivindicar la diversidad de formas de entender y sanar.

Por otro lado, las experiencias prácticas –desde las urbanas como la Escuela del Grito o Psicología Sin Fronteras, hasta las rurales e interculturales como el SISPI– nos muestran caminos ya en marcha. En distintos rincones de Colombia, hay redes comunitarias tejiéndose: jóvenes que se apoyan a través del arte, profesionales que llevan escucha a los olvidados, pueblos que retoman sus saberes medicinales. Estas experiencias confirman que la salud mental florece cuando se cultiva en comunidad, en territorios de confianza y solidaridad. También nos enseñan que las soluciones no vienen únicamente de expertos externos, sino de la inteligencia colectiva y la creatividad local.

La cartografía social aparece entonces como un nexo entre esos dos planos: traduce la teoría en acción concreta y al mismo tiempo eleva la práctica local a un plano analítico más amplio. Es, metafóricamente, un espejo y una ventana. Al mapear, la comunidad se ve a sí misma reflejada (reconoce su realidad, se identifica, se apropia de su imagen), pero también abre una ventana para que otros (instituciones, otras comunidades) comprendan su situación desde su punto de vista. En un país megadiverso como Colombia, donde cada comunidad tiene su historia de dolores y resistencias, esta herramienta puede ayudarnos a tejer un mapa nacional de salud mental comunitaria compuesto por múltiples “territorios de cuidado”. Un mapa así no sería estático ni meramente geográfico; sería un atlas vivo de experiencias, uniendo puntos donde hay iniciativas transformadoras, delineando rutas de intercambio de saberes entre ellas, y marcando en rojo las zonas donde debemos volcar más la mirada colectiva.

Adoptar nuevas perspectivas de salud mental comunitaria implica un compromiso ético y político con democratizar el cuidado. Significa pasar de ver a las personas como pacientes individuales a verlas como ciudadanos con derecho al bienestar, integrados en familias, barrios, pueblos que también necesitan sanación. Significa reconocer que la *salud mental popular es justicia social*, como señalan los movimientos contemporáneos, y que para alcanzarla hay que desafiar las lógicas de exclusión, mercantilización y silencio que a menudo rodean las comprensiones sobre la salud psicosocial.

Afortunadamente, contamos con legados intelectuales robustos y con experiencias locales inspiradoras para guiarnos en esta ruta. El camino por recorrer no está exento de retos: ¿Cómo escalar estas experiencias

sin diluir su esencia participativa? ¿Cómo formar profesionales capaces de facilitar diálogos interculturales genuinos? ¿Cómo garantizar apoyo estatal sostenido a estas iniciativas de base sin cortarlas? Estas preguntas quedan abiertas, invitándonos a seguir investigando y construyendo colectivamente. Por lo pronto, la cartografía social nos ofrece un punto de partida pragmático: juntarnos a dibujar nuestros mundos, para luego transformarlos.

Referencias bibliográficas

1. Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Montevideo: Tierra Nueva.
2. Freire, P. (1973). *Educación como práctica de la libertad*. México: Siglo XXI.
3. Fals Borda, O. (1985). *Conocimiento y poder popular: Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI.
4. Fals Borda, O. (1987). The application of participatory action research in Latin America. *International Sociology*, 2(4), 329-347
5. Escobar, A. (2014). *Sentipensar con la tierra: Nuevas lecturas sobre desarrollo, territorio y diferencia*. Medellín: Ediciones UNAULA.
6. Lefebvre, H. (1974). *La producción del espacio*. (Trad. esp. 2013). Madrid: Capitán Swing.
7. Harvey, D. (1973). *Social Justice and the City*. London: Edward Arnold. (Trad. esp. *Urbanismo y desigualdad social*, 1977).
8. Harvey, D. (2012). *Ciudades rebeldes: del derecho de la ciudad a la revolución urbana*. Madrid: Akal.
9. Massey, D. (1994). *Space, Place and Gender*. Cambridge: Polity Press.
10. Massey, D. (2005). *For Space*. London: Sage Publications. (Trad. esp. *Por el espacio: una nueva política de la espacialidad*, 2007).
11. Herrera, M. (2008). *Cartografía Social* (documento de estudio). Bogotá: s.e.
12. Escuela Nacional del Grito. (s.f.). *Sobre nosotros*. [Sitio web de la Corporación Escuela Nacional del Grito]. Recuperado de <https://escuelanacionaldelgrito.com/escuelanacionaldelgrito.comescuelanacionaldelgrito.com>
13. Psicología Sin Fronteras Colombia. (s.f.). *Salud mental digna, compasiva y sin fronteras* [Página de inicio]. Fundación Psicología Sin Fronteras. Recuperado de <https://psicologiasinfronteras.org/psicologiasinfronteras.org>

14. Psicología Sin Fronteras Colombia. (2023). Escucha al Parque [Descripción de proyecto en línea]. Recuperado de <https://psicologiasinfronteras.org/psicologiasinfronteras.org>
15. Universidad Autónoma Indígena Intercultural (UAIIN). (2025). Técnico Profesional en Salud Propia Intercultural - SISPI [Descripción del programa]. Popayán: UAIIN-CRIC. Recuperado de <https://uaiinpebi-cric.edu.co/...uaiinpebi-cric.edu.co>

Recomendaciones

Recomendaciones

Resulta fundamental fortalecer la formación en Atención Primaria en Salud con un énfasis claro en la praxis territorial, de tal modo que los programas de Enfermería prioricen experiencias formativas en campo vinculadas de manera directa con personas, familias y comunidades. Esta orientación permite articular los saberes teóricos con las realidades sociales, culturales y económicas de los territorios, y favorece una comprensión situada del cuidado y del proceso salud-enfermedad. En este sentido, la formación de los estudiantes debe trascender el aula y el escenario hospitalario, para incorporar otros entornos comunitarios como escenarios legítimos y necesarios de aprendizaje.

A partir del contenido desarrollado en este libro, se plantean recomendaciones dirigidas a la formulación e implementación de políticas públicas en salud. En primer lugar, se sugiere que la Atención Primaria en Salud sea asumida como eje estructurante del sistema, con el territorio como unidad básica de intervención, y que se reconozca a la disciplina de Enfermería como actor estratégico en la gestión del cuidado comunitario. La revisión conceptual e histórica presentada, respalda la necesidad de avanzar hacia políticas más integrales que superen el enfoque asistencial y refuercen la acción preventiva, comunitaria e intersectorial.

Asimismo, se recomienda que los tomadores de decisiones promuevan lineamientos normativos que respaldan metodologías de acompañamiento en campo, tales como prácticas comunitarias continuas, equipos básicos de salud con presencia territorial sostenida y procesos participativos. Para ello, resulta indispensable asegurar recursos suficientes, tiempos adecuados y condiciones laborales que hagan viable su implementación.

Los resultados expuestos en este libro, se constituyen en un insumo relevante para el diseño y ajuste de políticas públicas orientadas al fortalecimiento de la Atención Primaria, en particular aquellas relacionadas con la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Estas políticas deben priorizar estrategias con presencia directa de la profesión de enfermería en los territorios, en coherencia con las necesidades locales.

De igual manera, se recomienda incorporar mecanismos de evaluación cualitativa y participativa que reconozcan la experiencia en campo, las voces comunitarias y los saberes locales, con el fin de favorecer procesos de toma de decisiones más contextualizados, pertinentes y acordes con las realidades territoriales.

Finalmente, se propone que las experiencias documentadas sean consideradas referentes para la formulación de políticas públicas, en tanto ofrecen modelos de trabajo comunitario liderados por Enfermería, con enfoque intersectorial, enfoque diferencial y continuidad en el territorio. En este marco, se hace un llamado a fortalecer el rol de la enfermería en el nuevo modelo de salud mediante decisiones que garanticen financiación sostenible, estabilidad laboral y participación activa en la planeación, implementación y evaluación de las políticas de Atención Primaria, así como el reconocimiento de la praxis en campo como un componente esencial para la transformación del sistema de salud.

A modo de Corolario

A modo de Corolario

Este libro ha trazado un recorrido a través de la historia, los fundamentos y las prácticas de la enfermería comunitaria en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS). Desde sus raíces históricas hasta las experiencias actuales en el Eje Cafetero, se ha buscado consolidar una visión integral de las prácticas comunitarias en su rol dentro de la construcción de comunidades saludables y su contribución al derecho a la salud.

Los diversos autores han señalado que, a pesar del reconocimiento normativo y académico de la APS como estrategia fundamental para la salud pública, persisten desafíos en su implementación. Sin embargo, a través de estos análisis se ha evidenciado la posibilidad de avanzar en la consolidación de modelos centrados en la comunidad, la participación social y el análisis interseccional y sociopolítico.

Asimismo, la generación de conocimiento sobre las prácticas comunitarias permite comprender las dinámicas de salud en los territorios y contribuye a la formulación de políticas públicas efectivas. El caso del Eje Cafetero ha servido como ejemplo de cómo la articulación entre academia, comunidades y actores institucionales puede generar procesos de co-construcción del conocimiento con impacto en la vida de la población.

El análisis de las prácticas comunitarias de enfermería ha puesto en evidencia la tensión entre la teoría y la práctica. En la realidad cotidiana de los profesionales de enfermería se observan múltiples barreras que dificultan la implementación de la APS, tales como la falta de formación específica en estrategias de trabajo comunitario, la rigidez de los modelos de atención, la falta de integración de actores clave (stakeholders) y la necesidad de fortalecer los espacios de participación ciudadana.

Sin embargo, estos capítulos ofrecen una visión sobre el futuro de la enfermería comunitaria. Se han presentado experiencias innovadoras que demuestran que es posible avanzar hacia modelos de atención inclusivos y participativos. La formación en enfermería comunitaria debe incorporar metodologías pedagógicas que permitan a los profesionales desarrollar competencias para la acción en comunidad, el análisis crítico y la construcción de redes de colaboración con diversos actores.

La enfermería comunitaria en el marco de la APS es fundamental para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la promoción del bienestar colectivo, en pro de generar procesos de transformación social que permitan a las comunidades fortalecer su autonomía y capacidades. Para ello, es necesario que los profesionales de enfermería asuman su rol como agentes de cambio, que las instituciones de salud reconozcan la importancia del enfoque comunitario y que las políticas públicas avancen en la garantía del derecho a la salud desde una perspectiva integral.

Este libro finaliza con la convicción de que la enfermería comunitaria desempeñará un papel clave en la construcción de sociedades equitativas y saludables. El reto ahora es llevar estas reflexiones a la práctica, impulsar nuevas formas de cuidado desde el compromiso social, la participación activa y la justicia en salud.

“Nunca dudes que un pequeño grupo de ciudadanos considerados pueda cambiar el mundo. Verdaderamente, eso es lo único que lo ha logrado”.

Margaret Mead



 pluriverso
narrativo