



**Enfermería, eugenesia y construcción
del Estado sanitario en México:
*una revisión historiográfica (1920-1970).***

**Interfaz del Poder Político desde los
Colegios de Enfermería: *El avance necesario***

**LIDERAZGO
HUMANIZADO:**
¿Qué piensan
las enfermeras
de sus gestores
inmediatos?

DIRECTORIO

Directora

Beatriz Elizabeth Martínez Talavera

Dra. en Investigación e Innovación Educativa

Vocal de Educación del COPEEM, A.C.

talavera.be@gmail.com

Jefa editorial

Hilda Reyes Patiño

Dra. en Educación

Hospital General Toluca, Dr. Nicolás San Juan

h.reyes@hotmail.com

Consejo editorial

Jessica Belen Rojas Espinoza

Dra. en Ciencias de la Salud

Presidenta del Colegio de Profesionales de la

Enfermería del Estado de México, A.C.

Lucila Cárdenas Becerril

Dra. en Educación

Expresidenta del COPEEM, A.C.

Beatriz Arana Gómez

Dra. en Enfermería

Expresidenta del COPEEM, A.C.

Dictaminadores

Julia Vargas Zamorano

Dra. en Enfermería

Profesora Investigadora de la Universidad

Veracruzana, México.

Araceli Monroy Rojas

Dra. en Enfermería

Profesora investigadora Jubilada de la Universidad

Autónoma Metropolitana, México.

Gabriela Maldonado Muñiz

Dra. en Ciencias de la Salud

Profesora investigadora de la Universidad Autónoma

del Estado de Hidalgo/ Escuela Superior de

Tlahuelilpan, México.

Claudia Hernández del Valle

Mtra. en Enfermería

Profesora de tiempo completo de la Licenciatura en

Enfermería. Universidad Autónoma Metropolitana.

División de Ciencias Biológicas y de la Salud, México.

Revista digital CuiDar

es una publicación cuatrimestral

del Colegio de Profesionales de

Enfermería del Estado de México, A.C.

Año VI - No. 3 septiembre-diciembre 2026

Toluca, Edo. de Méx.

**Se prohíbe su reproducción total
o parcial sin la mención de la cita respectiva.**

Revista *CuiDar*, Año 6, No.3, septiembre-diciembre de 2026, es una publicación cuatrimestral editada por el **Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado de México, A.C.**, Calle Felipe Ángeles 1095, Col. Villa Hogar, Toluca, Estado de México, C.P. 50170, correo electrónico: rev.cuidarcopeem@gmail.com Editor responsable: Mtra. Beatriz Elizabeth Martínez Talavera. Reserva de derechos al uso exclusivo No. [04-2022-052717363700-102] ISSN [en trámite], ambos otorgados por el Instituto Nacional del Derecho de Autor, Licitud de título y contenido No. [en trámite] otorgado por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación. Responsable de la última actualización de este número, Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado de México, A.C., Calle Felipe Ángeles 1095, Col. Villa Hogar, Toluca, Estado de México, C.P. 50170, fecha de la última modificación 3 de septiembre de 2026.

Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor de la publicación y actualización. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido aquí publicado sin fines de lucro, siempre que no se modifique y se cite la fuente completa y su dirección electrónica en términos de la licencia aplicable. Esta obra se encuentra protegida por una Licencia de Creative Commons Atribución-No-Comercial-Sin Derivar 4.0 Internacional (CCBYNC-SA4.0) Hecho en México, Colegio de Profesionales de la Enfermería (COPEEM), todos los derechos reservados 2026.



ÍNDICE

Editorial	4
Interfaz del Poder Político desde los Colegios de Enfermería: El avance necesario.	
Magda Núñez Vargas.	
Artículo Original	7
Liderazgo humanizado: ¿Qué piensan las enfermeras de sus gestores inmediatos?	
Albert Cortés Borra, Vicente Gea-Caballero, José Ramón Martínez Riera.	
Trabajo Colegiado y gremial	16
La voz colegiada: aportaciones del Colegio al desarrollo de Enfermería.	
Jessica Belen Rojas Espinoza, Nancy Carrillo Novia, Liliana Inés Benhumea Jaramillo.	
Evidencias exitosas	22
Un camino que comenzó con inspiración y se convirtió en vocación.	
Karla Emilia Huerta Carreon.	
Miscelánea	26
Envejecimiento saludable desde el modelo salutogénico: Sentido de coherencia y activos para la salud.	
Caridad Dandicourt Thomas, Tania C. García Castellanos, Ernestina Quevedo Cota, Jessica Belen Rojas Espinoza, Liliana Inés Benhumea Jaramillo, Flor Dariana Rivera García, Zenaida Leandra Mendive García	
Reflexiones del ayer y prospectivas	35
Enfermería, eugenesia y construcción del Estado sanitario en México: una revisión historiográfica (1920-1970).	
Karla Ivonne Mijangos Fuentes.	



Magda Núñez Vargas

Interfaz del Poder Político desde los Colegios de Enfermería: *El avance necesario*

Magda Núñez Vargas¹

Si toda participación política trae mejores condiciones de valorización para la Enfermería, entonces los profesionales de Enfermería deberíamos participar más en las decisiones políticas, pues las cosas deben organizarse de manera que funcionen en la práctica.

En el año 2011, Vilma de Carvalho nos planteaba esta preocupación en un artículo reflexivo en el que, a modo de vaticinio, expresaba:

Nadie discute que el mundo actual está sumido en la agitación y plagado de crisis. Los desafíos contemporáneos ponen de manifiesto dilemas éticos y de valores. Surgen dificultades para abordar el bienestar general. Ya no se prioriza la mejora de las condiciones de vida y de trabajo. No hace mucho, la sabiduría humana podía corregir las distorsiones de la justicia social. El progreso científico y tecnológico no encuentra límites, pero en lo que respecta a la dignidad humana, todo parece más precario. La riqueza de las minorías y la pobreza de la mayoría siguen aumentando. Las nuevas clases sociales se definen mediante tablas de deuda interna y externa, inversiones y devaluaciones bancarias. La política económica actual genera un empobrecimiento generalizado -el punto álgido de las crisis globales- que afecta a todos los países. Mientras tanto, se producen protestas públicas —juveniles, reivindicaciones laborales, movimientos violentos— que obligan a la mayoría de las naciones a adoptar medidas de orden público¹.

Por ello, es fundamental no limitarse a trabajar de forma aislada, sino hablar directamente con quienes brindan el cuidado en el quehacer profesional cada día. En la

teoría, las propuestas pueden estar bien escritas y parecer una buena idea, pero deben funcionar en la práctica, ya que intercambiar ideas ofrece una perspectiva diferente sobre cómo encaminar mejor los problemas, donde:

Las áreas afectadas se relacionan con la salud y la educación para todos. En la práctica profesional de la salud, ninguna profesión es inmune ni capaz de escapar a la turbulencia y el cambio. En Enfermería, el problema fundamental radica en conocer y justificar los principios éticos y legales esenciales para el cuidado de los pacientes. Ni siquiera los principios básicos bastan para afirmar que algo es técnicamente correcto y justo. O, a la inversa, si es posible sostener que la práctica profesional se ve contrarrestada por la negligencia pura y carece de justificación ética¹.

Como se sabe, tanto antes de la constitución de la Enfermería como profesión como después de ella, el sector sanitario mundial ya enfrentaba desafíos que variaban según los contextos; además, atravesaba escenarios de alta precariedad. Actualmente, esos desafíos continúan siendo enormes: el número de personas que requieren cuidados aumenta constantemente y, en paralelo, existe escasez de personal cualificado. Mientras el gasto en servicios de atención y los costos directos de los usuarios van en aumento. A ello se suma que el ambiente laboral está altamente influenciado por las normas y por la “cultura” organizacional.

Es necesario cambiar de panorama. Los cambios muestran que una sola reforma, por fundamental que

sea, no bastaría para eliminar todos los problemas; más bien, habría que garantizar mejoras continuas, inclusive porque los tipos de problemas también han cambiado de acuerdo con los contextos que van evolucionando.

En septiembre de 2015, las naciones del mundo se adhirieron al ambicioso objetivo de garantizar que todas las personas tengan acceso a la atención médica-sanitaria, con cobertura universal de salud, y que nadie quede atrás. Aunque pareciera utópico, han pasado ya más de diez años y la cobertura universal permanece como una paradoja. Los informes demuestran que la cobertura sanitaria universal no puede lograrse sin el fortalecimiento de la profesión de Enfermería. Es urgente la participación de políticos y líderes del sector salud que también sean enfermeros, no solo porque forman parte del equipo de salud, sino porque están inmersos en estos grandes desafíos del sistema sanitario².

Esto quiere decir que el accionar de la Enfermería es cada vez más complejo y requiere mayor consciencia de su labor. El resumen temático sobre Enfermería para la salud planetaria y el bienestar lo destaca con claridad al señalar que es fundamental integrarla en los sistemas de salud, educativos y sociales:

Es importante que los profesionales de Enfermería y de la salud conozcan y utilicen una perspectiva de salud planetaria en su investigación, educación, abogacía, política, práctica y liderazgo. La profesión de Enfermería tiene la responsabilidad compartida de abordar los impactos que las alteraciones humanas de los sistemas de la Tierra tienen sobre la salud y el bienestar, y unirse a otros en el rediseño de los sistemas humanos para promover un futuro en el que toda la vida pueda florecer³.

Cuanto mayores son los desafíos, más se reinventan las enfermeras en busca de nuevas formas de lidiar con lo adverso. Es como tomar consciencia en el día a día de que las cosas ocurren por uno o varios motivos y que nos corresponde desmitificarlas en la práctica, en busca de ese anhelado logro colectivo. En paralelo, ya no basta con leer los textos, observar, percibir o discernir: tenemos que leer con urgencia los contextos de la realidad concreta, analizarlos, discutirlos e ir proponiendo nuevas rutas de cambio, cuyo eje central sea la epistemología. Una vez más coloco en pauta las sabias palabras que Carvalho ya pregonaba:

Una de las utilidades esenciales de la Epistemología estriba en que su desarrollo es directamente proporcional al nivel de vertebración científica de la disciplina enfermera. Además, se ha clarificado el carácter práctico y la utilidad de la Epistemología para tomar conciencia de la importancia del conocimiento holístico como integrador del resto de los patrones de conocimiento: personal, ético, estético, empírico y sociopolítico⁴.

Al respecto, White nos da un alcance para redimensionar la complejidad de la epistemología del cuidado:

[Hay que] considerar factores que no son estrictamente los propios del conocimiento, dado que la enfermera tiene que realizar su trabajo desde luego en un escenario profesional, pero esta profesionalidad está vinculada a un contexto económico, social, histórico, político y cultural que incide en el proceso de toma de decisiones casi tanto como el propio conocimiento. Estos contextos vienen a configurar la expresión heideggeriana desarrollada en El ser y el tiempo, “estar ahí”, y que White toma como referencia para fundamentar su quinto patrón de conocimiento: el sociopolítico⁵.

Por ello, la campaña mundial Nursing Now (Enfermería Ahora), impulsada por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) y la Organización Mundial de la Salud, tuvo como propósito dar mayor visibilidad y liderazgo a los profesionales de Enfermería. En ella se lanzaron metas que respaldan y fortalecen lo que hoy debemos exigir desde la formación de los futuros enfermeros, tales como:

1. Invertir en la mejora de la educación y el desarrollo profesional
2. Promover la regulación y las condiciones laborales de las enfermeras
3. Aumentar su influencia en las políticas nacionales e internacionales
4. Incrementar el número de enfermeras en puestos de liderazgo, con más oportunidades de desarrollo en todos los niveles
5. Ampliar la evidencia que respalda las políticas
6. Trabajar para que las enfermeras puedan desempeñarse de manera integral
7. Mejorar la difusión de prácticas de Enfermería eficaces e innovadoras

Los puntos 3 y 5 resultan clave, respaldan lo que hace falta para el fortalecimiento y el empoderamiento necesarios para contrarrestar los desafíos frente al sistema de salud. Ello implica también asumir con seriedad la presencia de nuestra categoría y de nuestras agremiaciones, que hoy en día dejan mucho que desear y que, ante los vacíos legales, “creen” justificar las arbitrariedades. Tal es el caso de la realidad peruana, donde por segunda vez tenemos dos colegios profesionales y los intereses han cambiado de ruta. La historia se encargará siempre de develar todos los embates que ponen en riesgo a toda una disciplina que procura el bienestar de todos: el riesgo de una desinstitucionalidad y de una falta de credibilidad ante otras entidades de clase y profesionales.

Los desafíos para los profesionales de la salud provienen de factores técnicos, humanos y organizacionales; sin embargo, Collière impulsaba dar mejores respuestas a esos desafíos, sobre todo para salvaguardar la vida, ante todo:

Un acto de mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades indispensables, pero que son diversas en su manifestación. Las diferentes posibilidades de responder a estas necesidades vitales crean e instauran hábitos de vida propios de cada grupo o persona⁴.

La verdad es que ya deberíamos haber aprendido las lecciones del pasado y estar construyendo activamente un futuro mejor para nosotros, para nuestros hijos y nietos. Solo podemos hacerlo invirtiendo en la profesión que tiene el mayor impacto posible en todo tipo de resultados sanitarios.

El personal de Enfermería es nuestro futuro y, si no me creen, intenten imaginar un mundo sin él. Invertir en esta profesión reportará dividendos inmediatos ahora y en las décadas venideras: aumentar el personal de Enfermería en todo el mundo es una respuesta sencilla a una cuestión muy compleja. Todo lo que se necesita es la voluntad política de comprometer los fondos para hacerlo realidad y el deseo de ver cómo fructifican los beneficios de una mejor asistencia en salud⁵.

Somos ejes articuladores. La interacción del poder político de las asociaciones de Enfermería se manifiesta en

la capacidad de organización colectiva para influir en las políticas de salud pública y garantizar los derechos laborales del sector. Estas entidades funcionan como canales de articulación entre la base profesional y los órganos decisorios del Estado. El poder político de la Enfermería se estructura y se expresa a través de tres pilares fundamentales: la representación político-asociativa, centrada en el desarrollo técnico, la formación académica, la investigación y la defensa del sistema de salud; los consejos profesionales, en los que se ejerce el poder delegado por el Estado para regular, supervisar y disciplinar la práctica profesional; y los sindicatos o federaciones, que actúan directamente en el ámbito laboral, negociando salarios, jornadas laborales y condiciones dignas de empleo.

Para atraer a más enfermeras y enfermeros también es importante aumentar el atractivo de la profesión en todos los niveles de cualificación. Así, la profesión no solo se vuelve más interesante, sino que, cuantas más oportunidades existan para utilizar nuestras propias habilidades, más se garantiza un cuidado más fiable y estable.

Autora:

¹ Licenciada en Enfermería, Maestría y Doctorado en Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Callao, Perú. Colegiatura del Colegio de Enfermeros del Perú.

Referencias:

1. De Carvalho V. Ética y valores en la práctica profesional en salud: consideraciones filosóficas, pedagógicas y políticas. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(spe2). Disponible en: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000800028>
2. Naciones Unidas, Asamblea General. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución A/RES/70/1. Nueva York: ONU; 2015. Disponible en: https://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares70d1_es.pdf
3. Consejo Internacional de Enfermeras. Profesionales de Enfermería, cambio climático y salud [Internet]. Ginebra: CIE; 2024 [citado 14 may 2025]. Disponible en: https://www.icn.ch/sites/default/files/202411/Nurses%20climate%20change%20health%20PS_SP.pdf
4. Collière MF. Promover la vida. Madrid: Interamericana; 1993.
5. White J. Patrones de conocimiento: revisión, crítica y actualización. *Adv Nurs Sci*. 1995;17(4):73-86.
6. De Carvalho V. [Conferencia del Concurso de Profesor Titular del Departamento de Enfermagem de Saúde Pública]. *Rev Escola Anna Nery*. 1997;1(núm. de lanzamiento). Río de Janeiro; 21-23 de marzo de 1994.

Liderazgo humanizado: ¿Qué piensan las enfermeras de sus gestores inmediatos?

Humanized Leadership: What Do Nurses Think of Their Immediate Managers?

Albert Cortés Borra¹

<https://orcid.org/0000-0002-4809-8364>

Vicente Gea-Caballero²

<https://orcid.org/0000-0001-8607-3195>

José Ramón Martínez Riera³

<https://orcid.org/0000-0002-4926-6622>

Resumen

Introducción: La humanización de la gestión enfermera constituye actualmente uno de los principales retos de las organizaciones sanitarias. La percepción que las enfermeras tienen de sus gestores inmediatos influye directamente sobre la satisfacción laboral, el clima organizacional, la confianza institucional y la calidad de los cuidados.

Objetivo: Analizar qué piensan las enfermeras de sus gestores inmediatos desde la perspectiva del liderazgo humanizado y reflexionar sobre las implicaciones éticas, organizativas y profesionales de dichos hallazgos.

Desarrollo: A partir de la evidencia reciente disponible sobre liderazgo enfermero y humanización, se analiza la percepción de las enfermeras respecto a los modelos de gestión, las competencias emocionales de los mandos intermedios y los factores que favorecen o dificultan una gestión humanizada. Los resultados muestran una importante brecha entre la elevada auto percepción humanista de las enfermeras y la baja va-

loración que realizan de muchos de sus gestores. Las cualidades más valoradas en un líder enfermero son el respeto, la comunicación efectiva, la transparencia y la cercanía. Por el contrario, los estilos autoritarios, verticales y centrados exclusivamente en resultados generan desconfianza, desgaste emocional y deshumanización organizacional.

Conclusiones: Las enfermeras demandan líderes capaces de cuidar también a quienes cuidan. La gestión humanizada debe sustentarse en la inteligencia emocional, la participación, la escucha activa y el reconocimiento profesional. Humanizar la gestión no es una estrategia estética, sino una necesidad ética y organizativa imprescindible para garantizar cuidados seguros, sostenibles y centrados en las personas.

Palabras clave: Liderazgo enfermero; humanización; gestión sanitaria; satisfacción laboral; inteligencia emocional; enfermería.

Abstract

Background: The humanization of nursing management currently constitutes one of the main challenges for healthcare organizations. The perception that nurses have of their immediate managers directly influences job satisfaction, organizational climate, institutional trust, and the quality of care.

Objective: To analyze what nurses think of their immediate managers from the perspective of humanized leadership and to reflect on the ethical, organizational, and professional implications of these findings.

Discussion: Based on recent available evidence on nursing leadership and humanization, this paper analyzes nurses' perceptions regarding management models, the emotional competencies of middle managers, and the factors that favor or hinder humanized management. The results show a significant gap between the high humanistic self-perception of nurses and the low valuation they place on many of their managers. The qualities most valued in a nursing leader are respect, effective communication, transparency, and closeness. Conversely, authoritarian, top-down styles focused exclusively on results generate mistrust, emotional exhaustion, and organizational dehumanization.

Conclusions: Nurses demand leaders who are also capable of caring for those who care. Humanized management must be based on emotional intelligence, participation, active listening, and professional recognition. Humanizing management is not an aesthetic strategy, but an essential ethical and organizational necessity to guarantee safe, sustainable, and person-centered care.

Keywords: Nurse leadership; humanization; healthcare management; job satisfaction; emotional intelligence; nursing.

Introducción

La humanización se ha convertido en uno de los conceptos más relevantes del discurso sanitario contemporáneo. En los últimos años, hospitales, centros de salud y organizaciones sanitarias han incorporado el término "humanización" como eje estratégico de transformación asistencial. Sin embargo, con frecuencia el

debate se ha centrado exclusivamente en el paciente y su familia, olvidando que resulta imposible ofrecer cuidados humanizados desde estructuras laborales deshumanizadas.

Las enfermeras, por la naturaleza de su práctica profesional, ocupan una posición privilegiada en la experiencia humana del cuidado. Son quienes permanecen junto al paciente durante más tiempo, quienes acompañan el sufrimiento, la incertidumbre, la fragilidad y la esperanza. Pero para sostener cuidados verdaderamente humanizados necesitan, a su vez, entornos organizativos saludables y liderazgos capaces de reconocer el valor humano de quienes cuidan¹.

En este contexto, emerge una cuestión fundamental: ¿qué piensan realmente las enfermeras de sus gestores inmediatos? La respuesta a esta pregunta resulta especialmente relevante porque la relación entre profesionales y mandos intermedios condiciona aspectos esenciales del trabajo enfermero: motivación, compromiso, clima laboral, retención del talento, bienestar emocional y calidad asistencial.

La evidencia científica reciente muestra que muchas enfermeras perciben una desconexión significativa entre el discurso institucional sobre humanización y la realidad cotidiana de la gestión. Mientras las organizaciones promueven estrategias centradas en el paciente, numerosos profesionales sienten que sus necesidades emocionales, laborales y humanas continúan siendo invisibles. Las revisiones sistemáticas más recientes sobre liderazgo compasivo y gestión sanitaria destacan que los entornos liderados desde la empatía, la escucha activa y la inteligencia emocional generan mejores resultados organizacionales, mayor bienestar profesional y mayor seguridad del paciente^{1,2}.

Un estudio realizado en España sobre liderazgo y humanización en enfermería evidenció una importante brecha entre la autopercepción humanista de las enfermeras y la percepción que tienen de sus gestores inmediatos. Las profesionales manifestaron elevados niveles de compromiso humano con el cuidado, mientras que valoraron negativamente aspectos relacionados con el liderazgo, la confianza y la satisfacción con la gestión³.

Esta realidad obliga a replantear profundamente el modelo de liderazgo enfermero predominante en muchas instituciones sanitarias. Ya no resulta suficiente gestionar recursos, organizar turnos o controlar indicadores. El liderazgo enfermero contemporáneo debe incorporar competencias emocionales, éticas y relacionales capaces de generar entornos de trabajo humanizados.

Desde la perspectiva disciplinar enfermera, la humanización del cuidado encuentra sólidos fundamentos teóricos en las aportaciones de Jean Watson y Madeleine Leininger. Watson, a través de su Teoría del Cuidado Humano, sitúa la relación interpersonal, la dignidad, la presencia auténtica y el compromiso moral con la persona como elementos centrales de la práctica enfermera. El cuidado trasciende así la mera ejecución técnica para convertirse en un encuentro humano orientado a promover bienestar, significado y crecimiento personal. Por su parte, Leininger, mediante la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales, subraya la necesidad de comprender a la persona en el contexto de sus valores, creencias y experiencias culturales. Ambas perspectivas coinciden en considerar que la calidad del cuidado depende no solo de las competencias técnicas de los profesionales, sino también de la capacidad de establecer relaciones humanas respetuosas, empáticas y significativas. En consecuencia, la humanización no puede limitarse al ámbito asistencial, sino que debe extenderse a las estructuras organizativas y a los modelos de liderazgo que sustentan la práctica profesional enfermera^{4,5}.

Humanización y liderazgo enfermero: Una relación inseparable

Hablar de humanización implica hablar de relaciones humanas. Y toda relación humana dentro de una organización sanitaria está mediada, directa o indirectamente, por estilos de liderazgo.

El liderazgo enfermero no solo organiza la asistencia: construye cultura organizacional. Los gestores generan dinámicas de confianza o miedo, favorecen

la participación o la bloquean, reconocen el trabajo o invisibilizan el esfuerzo cotidiano. En consecuencia, el liderazgo actúa como uno de los principales determinantes de la experiencia profesional de las enfermeras.

La literatura científica coincide en señalar que los modelos de liderazgo basados en la inteligencia emocional favorecen mejores resultados asistenciales, menor desgaste profesional y mayor satisfacción laboral^{6,7}. La inteligencia emocional se ha relacionado además con mayores niveles de engagement, menor intención de abandono profesional y mejor adaptación emocional de los equipos enfermeros^{8,9}. Asimismo, los programas de formación en inteligencia emocional han demostrado mejorar significativamente las competencias relacionales de los profesionales sanitarios¹⁰.

Las enfermeras valoran especialmente aquellos líderes capaces de escuchar, comunicar con honestidad, reconocer el esfuerzo y acompañar emocionalmente a los equipos. Por el contrario, los estilos autoritarios continúan generando importantes consecuencias negativas. El control excesivo, la verticalidad jerárquica, la falta de participación y la ausencia de reconocimiento producen entornos organizativos emocionalmente tóxicos.

El estudio "Leadership by Nurse Managers and its Impact on Humanization" evidenció que más de la mitad de las enfermeras participantes no consideraban a su gestor inmediato un verdadero líder³. Además, un elevado porcentaje expresó bajos niveles de confianza y altos niveles de insatisfacción respecto a la gestión recibida³.

Estos resultados reflejan una realidad compleja: ocupar un cargo de gestión no implica necesariamente ejercer liderazgo.

A fin de profundizar en este contraste paradigmático, la Tabla 1 detalla la transición estructural y filosófica que separa al liderazgo tradicional de las propuestas de gestión orientadas hacia la humanización.

Tabla 1. Comparativa de dimensiones entre el modelo de liderazgo tradicional y el liderazgo humanizado

Dimensión	Liderazgo tradicional	Liderazgo humanizado
Modelo organizativo	Jerárquico	Participativo
Comunicación	Vertical	Bidireccional
Relación con el equipo	Supervisión	Acompañamiento
Gestión emocional	Escasa	Prioritaria
Toma de decisiones	Centralizada	Compartida
Visión del profesional	Recurso productivo	Persona y profesional
Gestión de conflictos	Impositiva	Dialogante
Cultura organizacional	Control	Confianza
Objetivo principal	Productividad	Bienestar y calidad asistencial

Fuente: Análisis comparativo de los ejes vertebrales implícitos en los modelos de gestión y su transición hacia entornos de confianza mutua.

¿Qué valoran las enfermeras en un gestor humanizado?

Uno de los aspectos más interesantes de la evidencia disponible es identificar cuáles son las competencias que las enfermeras consideran esenciales en sus gestores inmediatos.

Las cualidades más valoradas son:

- Respeto.
- Comunicación efectiva.
- Transparencia.
- Cercanía.
- Escucha activa.
- Empatía.
- Coherencia.
- Capacidad de apoyo.
- Reconocimiento profesional.

Las investigaciones contemporáneas sobre liderazgo compasivo en enfermería subrayan que las conductas más valoradas por los profesionales son la accesibilidad, la escucha sensible, el apoyo emocional y la capacidad de resolución colaborativa de conflictos^{1,11}.

El respeto aparece de manera recurrente como la competencia más importante. Las enfermeras desean sentirse tratadas como profesionales valiosas, con criterio clínico, experiencia y capacidad de decisión.

La comunicación también ocupa un lugar central. Las profesionales reclaman gestores accesibles, honestos

y capaces de compartir información de manera clara. La ausencia de comunicación genera incertidumbre, rumores y deterioro del clima laboral.

Asimismo, la transparencia emerge como un elemento esencial del liderazgo humanizado. Las enfermeras toleran mejor las decisiones difíciles cuando perciben honestidad, coherencia y participación en los procesos organizativos.

Resulta especialmente significativo que las competencias más valoradas no sean técnicas ni administrativas. Las enfermeras no priorizan gestores expertos únicamente en indicadores o productividad, sino líderes capaces de construir relaciones humanas saludables. La descripción analítica y el impacto asociado a estas aptitudes se estructuran de manera pormenorizada en la Tabla 2.

Tabla 2. Características valoradas del gestor humanizado e impacto percibido

Características	Descripción	Impacto percibido
Respeto	Trato digno y reconocimiento profesional	Incrementa confianza y compromiso
Comunicación efectiva	Información clara, accesible y bidireccional	Mejora clima laboral y cohesión
Transparencia	Honestidad en decisiones y procesos	Reduce incertidumbre organizacional
Cercanía	Disponibilidad y accesibilidad del gestor	Favorece apoyo emocional
Escucha activa	Atención real a necesidades del equipo	Potencia participación profesional
Empatía	Comprensión emocional de los profesionales	Disminuye desgaste emocional
Coherencia	Concordancia entre discurso y práctica	Genera credibilidad institucional
Capacidad de apoyo	Acompañamiento ante dificultades	Aumenta seguridad psicológica
Reconocimiento profesional	Valoración explícita del trabajo enfermero	Mejora satisfacción laboral

Fuente: Compendio de atributos relacionales que configuran el perfil de liderazgo óptimo según las expectativas del personal asistencial.

La desconfianza hacia la gestión: una realidad preocupante

Uno de los hallazgos más relevantes de los estudios recientes es el elevado nivel de desconfianza hacia los mandos intermedios.

Más del 57% de las enfermeras participantes en el estudio mencionado manifestaron tener poca o ninguna confianza en sus gestores inmediatos³. Del mismo



modo, más de la mitad mostraron insatisfacción respecto a la gestión recibida³.

La confianza constituye uno de los pilares fundamentales del liderazgo. Sin confianza no existe cohesión, compromiso ni sentido de pertenencia.

Diversos estudios recientes muestran que la ausencia de liderazgo ético y emocionalmente inteligente incrementa el burnout, disminuye el compromiso organizacional y favorece la rotación profesional^{12, 13, 14}.

Cuando las enfermeras perciben que sus gestores no las escuchan, no las apoyan o priorizan exclusivamente indicadores organizativos, aparece una sensación progresiva de desconexión emocional con la institución.

- Esta situación genera múltiples consecuencias:
- Incremento del burnout.
 - Desmotivación profesional.
 - Fatiga emocional.
 - Intención de abandono.
 - Disminución del compromiso organizacional.
 - Peor clima laboral.
 - Deterioro de la calidad asistencial.

La deshumanización organizacional rara vez aparece de forma brusca. Habitualmente se instala lentamente mediante pequeñas experiencias repetidas de invisibilidad, indiferencia o falta de reconocimiento. En la Tabla 3 se categorizan estos elementos determinantes junto a su impacto profesional y asistencial directo.

Tabla 3. Factores organizacionales perjudiciales y su impacto

Factor organizacional	Consecuencia profesional	Impacto asistencial
Liderazgo autoritario	Desmotivación	Disminución de calidad asistencial
Falta de reconocimiento	Burnout	Menor humanización del cuidado
Comunicación deficiente	Conflictos internos	Errores y fallos organizativos
Ausencia de participación	Desconexión emocional	Menor compromiso profesional
Escasa empatía gestora	Fatiga emocional	Deterioro de la experiencia del paciente
Cultura jerárquica rígida	Silencio organizacional	Pérdida de innovación y mejora

Fuente: Relación causal entre la presencia de dinámicas de gestión deficientes y sus repercusiones en el desempeño del equipo y la seguridad clínica.

La brecha de la humanización: enfermeras humanizadas en organizaciones deshumanizadas

Uno de los fenómenos más relevantes identificados en la investigación actual es la existencia de una importante brecha entre la elevada percepción humanista de las enfermeras y la baja percepción humanista de sus gestores.

Las profesionales suelen describirse a sí mismas como empáticas, comprometidas y centradas en las personas. Sin embargo, no siempre perciben esos mismos valores en las estructuras de liderazgo.

Esta disonancia genera frustración moral. Muchas enfermeras sienten que sostienen diariamente cuidados profundamente humanos dentro de sistemas organizativos que no siempre cuidan a quienes cuidan.

La consecuencia es especialmente peligrosa porque favorece el desgaste ético y emocional. Cuando existe una diferencia mantenida entre los valores personales y la cultura organizativa, aparece sufrimiento moral.

Las enfermeras continúan cuidando, pero lo hacen desde el agotamiento emocional, la sensación de incompreensión y la pérdida progresiva de ilusión profesional. La polaridad operativa existente entre ambos entornos institucionales genera variaciones sustanciales en múltiples indicadores, los cuales quedan esquematizados a través de la Tabla 4.

Tabla 4. Impacto de las variables organizacionales según el modelo de liderazgo

Variable	Liderazgo humanizado	Liderazgo deshumanizado
Satisfacción laboral	Alta	Baja
Confianza institucional	Elevada	Disminuida
Burnout	Menor incidencia	Mayor incidencia
Retención profesional	Mayor estabilidad	Mayor rotación
Trabajo en equipo	Colaborativo	Fragmentado
Calidad asistencial	Mejor percepción	Riesgo de deterioro
Humanización del cuidado	Favorecida	Limitada

Fuente: Matriz diferencial del rendimiento institucional y bienestar clínico condicionado por el estilo de liderazgo implantado.

El liderazgo emocionalmente inteligente

Daniel Golema popularizó el concepto de inteligencia emocional aplicado al liderazgo organizacional¹⁵. Sus

aportaciones resultan especialmente útiles para comprender qué tipo de liderazgo demandan actualmente las enfermeras.

Los líderes emocionalmente inteligentes son capaces de:

- Reconocer sus propias emociones.
- Gestionar adecuadamente los conflictos.
- Comprender las emociones de los demás.
- Comunicar con empatía.
- Generar vínculos de confianza.
- Motivar sin recurrir al miedo.

La evidencia científica actual confirma que los líderes con elevada inteligencia emocional generan culturas de trabajo más cohesionadas, reducen la intención de abandono y fortalecen el bienestar psicológico de las enfermeras^{16,17,9}.

En el ámbito enfermero, estas competencias adquieren una relevancia extraordinaria. Las organizaciones sanitarias son entornos emocionalmente intensos donde el sufrimiento, la incertidumbre y la presión asistencial forman parte de la realidad cotidiana.

Por ello, los gestores que únicamente dominan competencias administrativas resultan insuficientes para liderar equipos complejos.

Las enfermeras necesitan líderes capaces de sostener emocionalmente a los equipos, especialmente en contextos de elevada presión asistencial, escasez de recursos y sobrecarga laboral. Las aplicaciones operativas de estas destrezas se exponen en la Tabla 5.

Tabla 5. Competencias de la inteligencia emocional aplicada a la gestión

Competencia	Aplicación en gestión	Beneficio esperado
Autoconocimiento emocional	Reconocer limitaciones y emociones propias	Liderazgo más equilibrado
Autorregulación	Manejo adecuado del estrés	Mejor clima laboral
Empatía	Comprensión de necesidades del equipo	Mayor satisfacción profesional
Comunicación emocional	Feedback constructivo	Incremento de confianza
Resolución de conflictos	Mediación dialogante	Reducción de tensiones
Motivación	Impulso positivo del equipo	Mayor engagement
Escucha activa	Atención real a las demandas	Participación profesional

Fuente: Desglose de aptitudes relacionales basadas en la inteligencia emocional y su traducción en ventajas operativas para los entornos asistenciales.

El problema del liderazgo autoritario

Aunque los modelos participativos han ganado presencia en el discurso institucional, todavía persisten estilos de liderazgo claramente autoritarios.

El liderazgo autoritario suele caracterizarse por:

- Verticalidad jerárquica.
- Escasa participación.
- Comunicación unidireccional.
- Control excesivo.
- Rigidez organizativa.
- Falta de reconocimiento emocional.

En el estudio realizado, un porcentaje importante de enfermeras identificó estilos autoritarios en sus gestores inmediatos³.

Este tipo de liderazgo produce efectos especialmente dañinos en profesiones basadas en el cuidado y las relaciones humanas. La enfermería necesita autonomía profesional, confianza y espacios de participación para desarrollar plenamente su potencial.

Los modelos coercitivos generan silencio organizacional: las profesionales dejan de expresar ideas, necesidades o preocupaciones por miedo a represalias o indiferencia.

Cuando el miedo sustituye a la confianza, la humanización desaparece.

Cuidar a quienes cuidan: una obligación ética

Uno de los grandes cambios conceptuales en la humanización contemporánea consiste en reconocer que cuidar al profesional no contradice el cuidado al paciente. Al contrario: constituye una condición indispensable para garantizar cuidados seguros y humanizados.

Durante décadas, muchas organizaciones sanitarias sostuvieron una cultura basada en el sacrificio silencioso de las enfermeras. Se normalizó el agotamiento, la sobrecarga y la renuncia emocional como parte inherente de la profesión.

Sin embargo, la evidencia actual demuestra que profesionales exhaustos difícilmente pueden sostener cuidados excelentes de manera prolongada.

La humanización organizacional exige reconocer a la enfermera como persona, no únicamente como recurso productivo.

Esto implica:

- Escuchar sus necesidades.
- Facilitar conciliación.
- Reconocer emocionalmente el esfuerzo.
- Promover entornos seguros.
- Prevenir burnout.
- Favorecer participación.
- Garantizar apoyo emocional.

El liderazgo humanizado entiende que el bienestar profesional no es un lujo, sino una inversión estratégica en calidad asistencial. Actualmente existe consenso en considerar que el liderazgo compasivo constituye un elemento clave para garantizar seguridad clínica, satisfacción profesional y sostenibilidad organizacional^{2, 18}.

Las demandas prioritarias manifestadas por el colectivo asistencial y la raíz de sus necesidades humanas y organizativas subyacentes se encuentran sintetizadas en la Tabla 6.

Tabla 6. Demandas profesionales y necesidades subyacentes

Demanda profesional	Necesidad subyacente
Ser escuchadas	Reconocimiento profesional
Participar en decisiones	Autonomía y pertenencia
Recibir apoyo emocional	Seguridad psicológica
Mejorar comunicación	Transparencia organizacional
Reconocimiento del esfuerzo	Valoración profesional
Liderazgo cercano	Humanización interna
Condiciones laborales saludables	Bienestar y sostenibilidad

Fuente: Categorización de las solicitudes expresadas por las enfermeras para asegurar la preservación de su salud laboral y ético-profesional.

Diferentes perfiles de enfermeras frente al liderazgo

Los análisis recientes identifican diferentes perfiles de enfermeras según su percepción de la humanización y la gestión.

Existen profesionales que perciben coherencia entre sus valores y el liderazgo institucional, mientras otras experimentan una profunda desconexión entre ambos.

Especialmente relevante resulta el grupo de enfermeras altamente comprometidas con la humanización pero profundamente decepcionadas con sus gestores. Este perfil presenta elevado riesgo de frustración, agotamiento y abandono emocional.

Paradójicamente, suelen ser profesionales muy implicadas, exigentes consigo mismas y comprometidas con la calidad asistencial.

Cuando las organizaciones ignoran sistemáticamente estas necesidades emocionales, el talento termina desgastándose.

Hacia una gestión enfermera verdaderamente humanizada

La humanización de la gestión enfermera requiere mucho más que declaraciones institucionales. Exige transformaciones culturales profundas.

Entre las principales estrategias destacan:

1. Formación en liderazgo emocional

Los gestores necesitan desarrollar competencias emocionales específicas:

- Empatía.
- Comunicación difícil.
- Resolución de conflictos.
- Escucha activa.
- Feedback constructivo.

2. Participación profesional

Las enfermeras deben formar parte real de las decisiones organizativas que afectan su práctica cotidiana.

3. Reconocimiento auténtico

El reconocimiento no puede limitarse a discursos simbólicos. Debe traducirse en apoyo, visibilidad y valoración profesional real.

4. Cultura de confianza

La confianza se construye mediante coherencia, transparencia y accesibilidad.

5. Humanización interna

No puede existir humanización asistencial sin humanización organizacional.

El despliegue de estas líneas organizativas prioritarias, junto con sus acciones específicas y resultados proyectados, se concreta en la Tabla 7.

Tabla 7. Estrategias de intervención para una gestión humanizada

Estrategia	Acción específica	Resultado esperado
Formación en liderazgo emocional	Programas formativos específicos	Mejora de competencias relacionales
Espacios de participación	Reuniones colaborativas	Mayor implicación profesional
Cultura de reconocimiento	Feedback positivo estructurado	Incremento motivacional
Cuidado emocional del equipo	Supervisión y apoyo psicológico	Prevención del burnout
Comunicación transparente	Información periódica y accesible	Reducción de incertidumbre
Liderazgo cercano	Presencia activa del gestor	Mayor confianza organizacional

Fuente: Plan estratégico propuesto para consolidar un modelo de liderazgo enfermero fundamentado en la sostenibilidad humana.

Conclusiones

Las enfermeras desean gestores capaces de liderar desde la humanidad, la cercanía y el respeto. Los modelos jerárquicos tradicionales resultan cada vez menos compatibles con las necesidades emocionales y profesionales de los equipos contemporáneos.

La evidencia actual muestra una preocupante brecha entre el compromiso humanista de las enfermeras y la percepción que tienen de muchos de sus gestores inmediatos. Esta desconexión genera desconfianza, insatisfacción y desgaste emocional.

Humanizar la gestión enfermera implica comprender que cuidar a quienes cuidan constituye una responsabilidad ética y estratégica. Las organizaciones

sanitarias necesitan líderes emocionalmente inteligentes, capaces de generar confianza, acompañar equipos y construir culturas organizativas saludables.

Las investigaciones más recientes coinciden en señalar que las organizaciones sanitarias con liderazgos compasivos, éticos y emocionalmente inteligentes presentan mejores indicadores de retención profesional, bienestar laboral y calidad asistencial¹⁻¹⁹.

El futuro de la humanización no depende únicamente de protocolos centrados en el paciente, sino también de la capacidad de las instituciones para reconocer el valor humano de sus profesionales.

Porque las enfermeras no solo necesitan líderes que gestionen recursos. Necesitan líderes que sepan cuidar personas.

Autores:

¹ RN, MsC,. Doctorando en Ciencias de la Salud. Universidad de Alicante. Spain

² RN, MsC, PhD. Faculty of Health Sciences, Research Group SALCOM in Community Health and Care, Valencian Internacional University, Valencia, Spain

³ RN. MsC, PhD. Profesor honorífico Departamento Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública- Universidad de Alicante. Spain

Referencias

1. Östergård K, Kuha S, Kanste O. Health-care leaders' and professionals' experiences and perceptions of compassionate leadership: a systematic review. *J Health Organ Manag.* 2023;37(9):101-118.

2. Ahmed Z, Khan A, Rahman S. Exploring the impact of compassion and leadership on patient safety and healthcare quality: a review. *J Multidiscip Healthc.* 2024;17:2101-2112.

3. Cortés Borra A, Jaén Ferrer P, Gea-Caballero V, Martín García S, Martínez Estalella G, Martínez Riera JR. Leadership by Nurse Managers and its Impact on Humanization: a Descriptive Analysis based on the Perception of Care Nurses. *Investig Educ Enferm.* 2025;43(3):e03.

4. Watson J. *Nursing: Human Science and Human Care.* New York: National League for Nursing; 2008.

5. Leininger M. *Culture Care Diversity and Universality: A Worldwide Nursing Theory.* Boston: Jones & Bartlett; 2006.

6. Correa Zambrano ML. La humanización de la atención en los servicios de salud: un asunto de cuidado. *Revista Cuidarte [Internet].* 2016 Jan. 5 [cited 2026 Jun. 7];7(1):1227-31.

7. Boyatzis RE, McKee A. *Resonant Leadership.* Boston: Harvard Business School Press; 2005.

8. Davidson PM, et al. Leadership and management competencies for nurse managers. *J Nurs Manag.* 2021;29(4):1-9.



9. Turjuman F, Alhammad S, Al-Faouri I. Emotional Intelligence among Nurses and Its Relationship with Work Performance and Work Engagement. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(8):1209.

10. Chaudry A, et al. What Is the Impact of Leaders with Emotional Intelligence on Nursing Staff Turnover Intentions? *Healthcare (Basel)*. 2024;12(22):2280.

11. Powell C, Mabry J, Mixer SJ. Emotional intelligence training among the healthcare workforce: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare (Basel)*. 2024;12(1):44.

12. Collins E. How to implement compassionate leadership in nursing teams. *Nurs Stand*. 2025;40(1):45-48.

13. Liu X, Zhang Y, Chen H. Ethical leadership and nurses' job performance: the mediating role of self-compassion. *Front Psychol*. 2025;15:1458823.

14. Atalla ADG, et al. Examining the impact of leadership practices on nurses' wellbeing, burnout and retention. *BMC Nurs*. 2025;24:118.

15. Jiaqing H, et al. Relationship between head nurse leadership and job burnout in nursing staff. *Front Public Health*. 2025;13:1504421.

16. Goleman D. Leadership that gets results. *Harv Bus Rev*. 2000;78(2):78-90.

17. Alasmari AA, et al. Emotional Intelligence and Leadership Styles Among Primary Healthcare Managers. *J Multidiscip Healthc*. 2025;18:1445-1456.

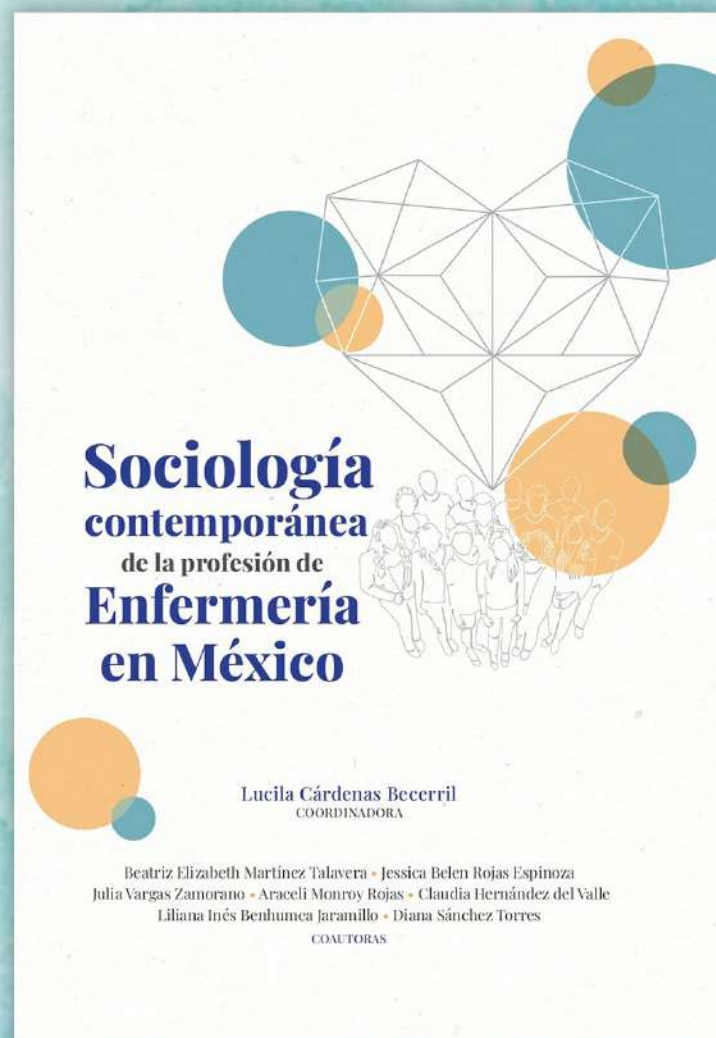
18. Svetic Ciscic R, et al. Insights into the role of emotional intelligence in nursing leadership. *Cent Eur J Nurs Midw*. 2025;16(1):89-97.

19. Foster S. Compassion is key to patient safety. *Br J Nurs*. 2024;33(12):620-621.

Sociología contemporánea de la profesión de Enfermería en México

Esta obra constituye un ejercicio de reflexión sociológica aplicado a una profesión que no ha sido suficientemente analizada desde las ciencias sociales. Su contribución reside en demostrar que las problemáticas de la enfermería mexicana no son de índole técnica ni se resuelven con intervenciones exclusivamente académicas, científicas, curriculares o normativas; son problemáticas de posición en la estructura de poder del campo de la salud y requieren, por tanto, respuestas que operen simultáneamente desde el plano epistemológico, con efecto en lo político, económico y cultural.

La profesión de enfermería no necesita más discursos laudatorios sobre la nobleza del cuidado, sino un análisis riguroso de las condiciones que impiden que esa nobleza se traduzca en autonomía, reconocimiento y poder. Se debe comprender que la transformación no vendrá de un solo frente ni de una sola generación, sino de enfermeras y enfermeros que aprendan a leer sociológicamente su propia profesión, de docentes que enseñen a pensar críticamente antes que a obedecer con eficiencia, de líderes gremiales que conviertan el enorme número de profesionales en fuerza política efectiva y de un colectivo que deje de esperar el reconocimiento como dádiva y comience a disputarlo con derecho.



La voz colegiada: aportaciones del Colegio al desarrollo de Enfermería

Jessica Belen Rojas Espinoza¹

Nancy Carrillo Novia²

Liliana Inés Benhumea Jaramillo³

*"Guarda en tu corazón,
la alegría por el empeño dedicado
a esta noble misión, por el encuentro
con los que estuvieron a tu alrededor,
compartiendo la enseñanza y la educación".*

– Juan Pineda Olvera

Celebrar a la enfermería y la labor científica, ética y humana de enfermeras y enfermeros de diferentes contextos en México y en el mundo, significa reconocernos como una profesión fuerte que trabaja día a día para dignificar el compromiso con la salud y bienestar de la población, es por ello que, como parte de los eventos organizados en Conmemoración del Día Internacional de la Enfermería, la Dra. Jessica Belen Rojas

Espinoza, presidenta del Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, acudió como representante de este importante Órgano Colegiado, a la Ceremonia que aconteció el 12 de mayo en el Hospital Materno Infantil del ISSEMYM y, con lo cual se fomenta la vinculación institucional y se fortalece el apoyo y el trabajo colegiado por el gremio de enfermería.

Además, el 18 de mayo, la Secretaría de Salud, a través del Instituto de Salud del Estado de México, llevó a cabo la Ceremonia Conmemorativa por el Día Internacional y Nacional de la Enfermería. Como invitado permanente de la Comisión Interinstitucional de Enfermería, el COPEEM estuvo presente. Cabe destacar que la responsable Estatal de Enfermería, Dra. Julia Hernández Almeida y la Directora Nacional de Enfermería de la Secretaría de Salud, Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez, brindaron un emotivo mensaje para las enfermeras y enfermeros, destacando la importancia de su rol profesional en diversos ámbitos, el trabajo colegiado que tiene que prevalecer en beneficio de mejores condiciones laborales y la preocupación y ocupación por la salud de todos los profesionales de enfermería.



Conmemoración del Día Internacional de la Enfermería. Hospital Materno Infantil del ISSEMYM el 12 de mayo del 2026.



Ceremonia Conmemorativa por el Día Internacional y Nacional de la Enfermería. Instituto de Salud del Estado de México. 18 de mayo del 2026.



Dra. Julia Hernández Almeida, responsable Estatal de Enfermería y la Mtra. Sandra Guadalupe Moya Sánchez Directora Nacional de Enfermería de la Secretaría de Salud. Conmemoración de la Ceremonia Conmemorativa por el Día Internacional y Nacional de la Enfermería. 18 de mayo del 2026.

Es relevante mencionar que, en esta Ceremonia Conmemorativa, se realizó la entrega de reconocimientos a enfermeras destacadas del Estado de México, por lo cual, la Dra. María de Jesús Doryan Mayoral Cárdenas, fue Enfermera Galardonada por el Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México; reconocimiento otorgado por su labor y profesionalismo, así como por haber obtenido los mejores puntajes en el proceso de certificación.

A partir de 1998, como miembro fundador del Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, A.C. (COMCE), el Colegio de Profesionales de la Enfermería del

Estado de México ha trabajado y dado cumplimiento a su compromiso de apoyar y fomentar la profesionalización del personal de enfermería, en sus niveles de formación, educación permanente y capacitación, lo cual deriva en la calidad del cuidado que brindan a la población y en los resultados de los procesos de Certificación y Recertificación de enfermería.



Dra. María de Jesús Doryan Mayoral Cárdenas, reconocimiento por haber obtenido los mejores puntajes en el proceso de certificación. Conmemoración de la Ceremonia Conmemorativa por el Día Internacional y Nacional de la Enfermería. 18 de mayo del 2026.

En este sentido, implica un gran logro, satisfacción y agradecimiento para el COPEEM, que el Consejo Mexicano de Certificación de Enfermería, el día 25 de mayo de 2026, en el marco de la celebración del “Día Internacional de Enfermería”, durante el 5° ciclo de conferencias internacionales, vía remota, haya hecho entrega de los siguientes reconocimientos:

- 2do. Lugar en Certificación 2025 por COMCE
- 3er. Lugar en Recertificación 2025 por COMCE

Reconocimientos obtenidos como resultado del trabajo y dedicación de la Dra. Liliana Inés Benhumea Jaramillo y de la Mtra. Loyda Hernández Jiménez, Vocal y Coordinadora, respectivamente, de los Procesos de Certificación del COPEEM, así como del apoyo y colaboración de todos los integrantes de la Mesa Directiva 2023-2026.

La mesa directiva del COPEEM trabaja de manera conjunta con el COMCE con compromiso y profesionalismo en pro de la calidad en Enfermería y agradece a todas y todos ustedes, colegiados, por la confianza colocada en nuestro Colegio.



Reconocimiento de Segundo Lugar en Certificación 2025 por COMCE, A.C. 26 de mayo del 2026.

Por otra parte, continuando con lo establecido en el plan de trabajo de la administración 2023-2026 del COPEEM, se organizó la conferencia "Atención al paciente pediátrico en la sala de urgencias", impartida en dos sesiones los días 03 y 10 de junio, por el Enf. Andrés Noriega García, vía Zoom. Se contó con la asistencia virtual de 32 personas.



Conferencia: Atención al paciente pediátrico en la sala de urgencias. Enf. Andrés Noriega García. 03 y 10 de junio del 2026

También, el día 16 de junio se realizó la conferencia "Triage emocional y estrategias de regulación", con la Doctora en Ciencias de la Salud Martha Adelina Torres Muñoz como ponente. Este tema se pensó especialmente como parte del cuidado emocional que el personal de enfermería debe recibir, para evitar fatiga, estrés, ansiedad o algunas otras enfermedades mentales que le afecta debido a la sobrecarga laboral, los riesgos a los que se exponen durante su jornada de trabajo, las condiciones sociales y económicas, etc. Participaron más de 20 asistentes mediante la plataforma Zoom.



Conferencia: Triage emocional y estrategias de regulación. Dra. en C.S. Martha Adelina Torres Muñoz. 16 de junio del 2026.

Asimismo, contamos con la participación de dos excelentes ponentes internacionales, la Dra. Maricarmen Alfaro Rodríguez de Perú y la Dra. Viviane Jofre Aravena de Chile, con los temas "Enfoque no oncológico de los cuidados paliativos" y "Liderazgo en la gestión del cuidado", respectivamente, compartieron su amplia experiencia y visión sobre la función e importancia de los profesionales de enfermería en estas temáticas, destacando el aporte de las ponentes que además, participan en las Redes Internacionales de Enfermería. En ambas conferencias se contó con la participación de más de 40 asistentes virtuales.



Conferencia: Enfoque no oncológico de los cuidados paliativos. Dra. Maricarmen Alfaro Rodríguez de Perú.



Conferencia: Liderazgo en la gestión del cuidado. Dra. Viviane Jofre Aravena de Chile

Para cerrar este módulo de conferencias, el día 25 de junio se presentó el tema “El hilo vital, conexión en las primeras horas de vida”, a cargo de la Lic. Lidia Mancilla Valdés, con más de 30 asistentes virtuales. Un tema que mantuvo el interés y que dejó muchas reflexiones por parte de los asistentes, especialmente, respecto de la importancia y la necesidad que existe de contar con consultorios de enfermería en los hospitales, para promover la lactancia materna, desde el embarazo, no después del parto.



Conferencia: El hilo vital, conexión en las primeras horas de vida. Lic. Lidia Mancilla Valdés. 25 de junio

El Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México es una asociación civil cuyo objeto social es apoyar, promover, fomentar e implementar programas asistenciales a personas, sectores y regiones de escasos recursos, con actividades para lograr mejores condiciones de subsistencia y desarrollo a las comunidades indígenas y a los grupos vulnerables por edad, sexo o problemas de discapacidad; con atención a requerimientos en materia de vestido y asistencia médica y de enfermería, así como la promoción de la participación organizada de la población en las acciones que mejoren sus propias condiciones de subsistencia en beneficio de la comunidad.

Es por ello que, por primera vez, del 12 al 26 de junio de 2026 se realizó una jornada de retribución social, mediante la cual se brindaron actividades de promoción de la salud y del envejecimiento activo y saludable al grupo de adultos mayores GAM de la Unidad de Salud IMSS-Bienestar San Bartolomé Tlatelulco, para lo cual se contó con la participación de 9 profesionales de enfermería colegiados con el COPEEM.



Jornada de retribución social de promoción de la salud y envejecimiento en IMSS-Bienestar de San Bartolome Tlateluco. 12 al 26 de junio del 2026.

Además, el 16 de julio se organizó la 1ra. Feria de Divulgación del Cuidado de Enfermería en Metepec, con la vinculación institucional entre el Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C. y la Clínica Multidisciplinaria de Salud de la UAEMEX, en la que se contó con módulos de vacunación, signos vitales y somatometría, estilos de vida saludable, prevenir



1ra. Feria de Divulgación del Cuidado de Enfermería en Metepec. 16 de junio del 2026.

es vivir, envejecimiento activo, planificación familiar y salud materna. En este evento participaron enfermeras y enfermeros de las diferentes instituciones de salud (IMSS Bienestar, y estudiantes de licenciatura). Gracias a su compromiso y entrega, se logró el objetivo de visibilizar el cuidado y las actividades que realizamos como promotores de la salud mediante la educación a la población y la prevención de enfermedades.

Certificación y Recertificación en enfermería

La evaluación continua de los profesionales de enfermería permite identificar las áreas de oportunidad y las fortalezas que poseen para brindar una atención de calidad en las distintas áreas de desempeño de la Ciencia de Enfermería.

La evaluación y la educación permanente son herramientas indispensables para el ejercicio de la profesión, el cuidado humanizado y la atención de calidad. Por esta razón, el Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México mantiene su compromiso con los procesos de evaluación de competencias mediante convocatorias de certificación y recertificación de manera trimestral, de acuerdo con las necesidades que requieran, los profesionales y las instituciones para las cuales presta sus servicios.



1ra. Feria de Divulgación del Cuidado de Enfermería en Metepec. 16 de junio del 2026.

Durante este proceso se llevó a cabo la segunda promoción del año 2026 en el mes de julio, en la cual participaron un total de 11 aspirantes para el proceso de recertificación como licenciadas en enfermería. La jornada tuvo lugar en la Ciudad de Toluca, en las instalaciones del COPEEM, en un horario de 10:00 a. m. a 14:00 p. m., con una asistencia del 100% de las participantes. Se brindaron las capacitaciones y actualizaciones necesarias que permitieron la conclusión satisfactoria del proceso.

Por otro lado, es importante resaltar que se hizo entrega de los resultados del proceso de evaluación de abril de 2026 durante una programación de tres días con horarios específicos. En agosto participaron 22 aspirantes. El 100% de los participantes fue aprobado y obtuvo su certificado de calidad; además, el 70% obtuvo mención de excelencia.

El Colegio reitera su compromiso con la Enfermería, en beneficio del desempeño personal y profesional.

Autoras:

¹ Doctora en Ciencias de la Salud. Presidenta del Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C., (COPEEM). Administración 2023-2026.

² Maestra en Enfermería. Vicepresidenta del Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C., (COPEEM). Administración 2023-2026.

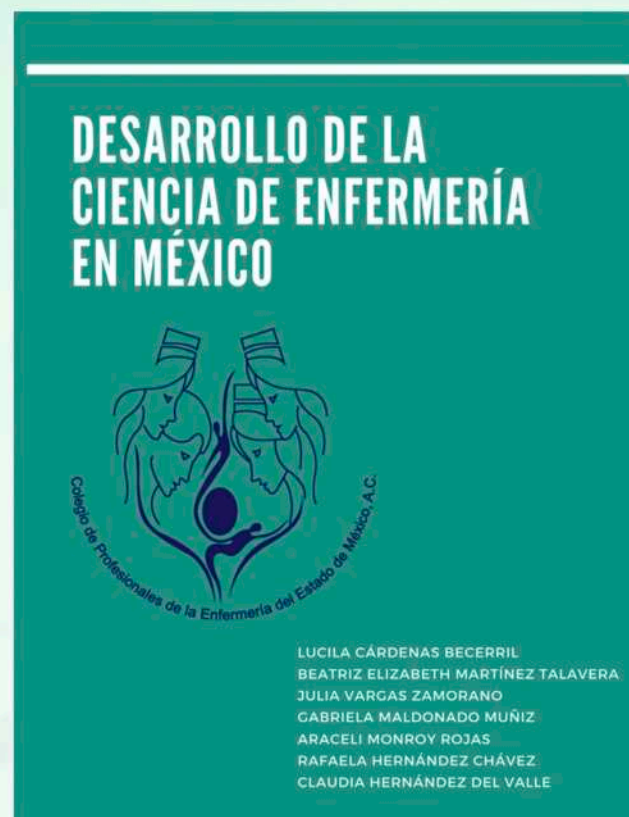
³ Doctora en Educación. Expresidenta del Colegio de Profesionales de la Enfermería del Estado de México, A.C. (COPEEM). Vocal de Certificación y Recertificación. Administración 2023-2026.

Desarrollo de la Ciencia de Enfermería en México

La epistemología de enfermería o ciencia del cuidado es la razón principal de este texto, el cual es producto de una investigación amplia, cuyo análisis fue delineando por las voces de profesionales de enfermería, investigadores y líderes nacionales, tanto del ámbito educativo como del asistencial, quienes reconocen las tensiones y transformaciones impulsadas en los últimos 50 años de evolución de la profesión. El punto de partida teórico estriba en reconocer que la Ciencia de Enfermería es el conjunto de conocimientos y saberes sistemáticos que estudian, explican, predicen y otorgan cuidados a la persona, en un contexto familiar y social.

Su contenido permite afirmar que se trata de un abordaje pionero sobre la Epistemología de Enfermería, por tanto, puede servir de base y referencia para futuras investigaciones de orden epistemológico y científico en enfermería, que conduzcan hacia un análisis teórico y metodológico emergente, que proporcione estructuras cruciales para la comprensión de los fenómenos que conforman el otorgamiento y dinámica de un cuidado profesional.

La visibilización de Enfermería y de su Ciencia, como objeto epistémico de estudio, sólo puede ser fortalecida con la contribución, individual y colectiva, de enfermeras y enfermeros que, desde sus diferentes áreas laborales, profesionales y gremiales, asuman con conocimiento el desempeño laboral, la utilidad social y el bienestar que se proporciona a las personas y su familia, desde el cuidado de la vida y de la salud.



Descargar Gratis en:
<https://acortar.link/FIMaS9>

Un camino que comenzó con inspiración y se convirtió en *vocación*

Karla Emilia Huerta Carreon¹

Elegir una profesión puede ser una de las decisiones más importantes de la vida. En mi caso, optar por la enfermería no fue una decisión al azar, fue una elección inspirada en la persona que, desde niña, representó para mí el ejemplo de lo que significa cuidar de los demás: mi mamá, quien también es enfermera.

Desde pequeña, observé en ella no solamente una profesión, sino una forma de servir, de asumir responsabilidades y de acompañar a otras personas durante los momentos en que más lo necesitaban. Recuerdo sus palabras cuando le expresé mi deseo de seguir sus pasos: me aseguró que me apoyaría para llegar a ser igual o, incluso, mejor que ella. Aquellas palabras, que en ese momento podían parecer sencillas, se convirtieron con el tiempo en una motivación que me ha acompañado por toda mi trayectoria profesional.

Al ingresar a la carrera de Enfermería en la Universidad Autónoma de Tamaulipas, en Matamoros, comencé a descubrir que esta profesión era mucho más amplia de lo que imaginaba. Conocí los diferentes campos en los que una enfermera puede desarrollarse, así como las responsabilidades, dificultades y satisfacciones que implica ejercerla. También comprendí que la preparación profesional abría nuevas oportunidades y permitía asumir mayores responsabilidades dentro de las instituciones de salud.

Desde entonces tuve claro que no iba a limitarme únicamente a lo aprendido durante la licenciatura. Quería prepararme, adquirir experiencia y encontrar un área

en la cual desarrollar mis capacidades. Lo que en un principio parecía un camino dirigido hacia la enfermería quirúrgica terminó llevándome por diferentes áreas de especialización: primero, nefrología; después, oncología y, finalmente, quirúrgica.

Al mirar mi trayectoria profesional, comprendo que mi historia en enfermería no ha sido una línea recta. Ha estado llena de cambios, oportunidades, dudas, retos y decisiones que en su momento parecían llevarme por caminos diferentes. Sin embargo, hoy puedo reconocer que cada uno de ellos tenía un propósito.

Comencé esta profesión inspirada por mi madre y con el deseo de ser como ella: enfermera intensivista. Con el paso de los años entendí que no se trataba de ser igual que ella, sino de construir mi propia identidad como enfermera, tomando de ella la inspiración y creando, a partir de mis propias experiencias, la profesional que hoy soy.

Mi primera especialidad, enfermería nefrológica me permitió desarrollar habilidades que posteriormente serían fundamentales en mi práctica posterior, por ejemplo: con la hemodiálisis aprendí sobre accesos vasculares, manejo de catéteres, vigilancia continua y actuación ante situaciones hemodinámicas que requieren conocimientos sólidos y capacidad de respuesta. Sin saberlo, esa preparación se convertiría en una de las herramientas que, años después, me permitirían ingresar al campo de la oncología.

La oncología fue una sorpresa en mi vida, si bien ya contaba con conocimientos, también tenía muchas dudas al ingresar en esta área, mi formación me empujó a adquirir mayores habilidades y no limitarme a realizar procedimientos porque alguien me indicara que así debían hacerse; necesitaba comprender el porqué de cada proceso, conocer sus fundamentos y encontrar la preparación necesaria para ofrecer una atención segura e integral. Ese ímpetu fue precisamente lo que me llevó a especializarme en Enfermería Oncológica.



Área de hemodiálisis. Enfermería nefrológica.

Durante ese proceso descubrí que el conocimiento no solamente transforma nuestra práctica profesional, sino también la experiencia del paciente. Aprendí que explicar un procedimiento, resolver una duda, anticiparse a una reacción o simplemente brindar tranquilidad puede hacer que una persona afronte de otra manera un tratamiento difícil. Comprendí que detrás de cada acceso vascular, cada medicamento, cada protocolo y cada procedimiento existe una persona que deposita su confianza en nosotros.

Posteriormente, decidí cumplir aquella meta que había quedado pendiente desde el inicio de mi carrera: estudiar Enfermería Quirúrgica. Al comenzar esta tercera especialidad comprendí aún mejor la relación que existe entre mis diferentes áreas de conocimiento. La

asepsia, la antisepsia, los procesos estériles y la seguridad del paciente adquirieron una nueva dimensión y se integraron con los conocimientos previos de nefrología y oncología. Hoy cuento con tres especialidades que, aunque aparentemente pertenecen a áreas diferentes, se complementan y fortalecen mi práctica profesional y he comprendido que prepararse no significa llegar a un punto en el que ya no exista nada más por aprender, por el contrario, cuanto más conocimiento adquiero, más consciente soy de todo lo que aún me falta por descubrir.

Por ello, considero que mi mayor evidencia de éxito no es solamente haber obtenido tres especialidades. Mi verdadero logro ha sido mantener viva la inquietud de aprender, cuestionar, actualizarme y buscar mejores maneras de cuidar a mis pacientes. Cada especialidad ha representado una etapa de crecimiento, pero todas comparten un mismo propósito: brindar una atención de enfermería segura, profesional, humana y fundamentada en el conocimiento.

Sé que aún tengo mucho por aprender y que la enfermería continuará evolucionando. Por ello, me he comprometido con seguir preparándome, actualizar mis conocimientos y mantener siempre presentes dos elementos que ninguna especialidad puede sustituir: la paciencia y la empatía.

Detrás de cada procedimiento hay un paciente; detrás de cada diagnóstico, una historia, y detrás de cada tratamiento, una persona que necesita no solamente una enfermera capacitada, sino también alguien capaz de acompañarla durante uno de los momentos más difíciles de su vida.

Hoy puedo decir que aquel deseo infantil de ser como mi mamá me llevó mucho más lejos de lo que imaginaba y aunque mi camino aún continúa, tengo la certeza de que cada paso, cada especialidad y cada paciente han contribuido a formar la enfermera que soy y, sobre todo, la enfermera que todavía quiero llegar a ser.

Al mirar hacia atrás, comprendo que ninguna de esas decisiones fue equivocada; cada especialidad me proporcionó conocimientos y habilidades que terminaron complementándose entre sí y que hoy forman parte de mi manera de ejercer la enfermería.

Esta es la historia de cómo llegué a la enfermería oncológica, de los cuestionamientos que me llevaron a seguir preparándome y de cómo tres especialidades que aparentemente pertenecen a campos diferentes terminaron conformando una misma trayectoria profesional.

El camino inesperado hacia la enfermería oncológica

Curiosamente, la oportunidad de trabajar en enfermería oncológica fue algo que yo misma rechacé en un primer momento, aproximadamente un año antes de ingresar al área oncológica, ya me habían ofrecido ese puesto, mi primera respuesta fue negativa. No fue porque no me interesara el área, sino precisamente porque me preocupaba no tener las habilidades suficientes para brindar el cuidado que esos pacientes necesitaban.

Recuerdo haber pensado: «Son pacientes oncológicos y yo no tengo habilidad para canalizar accesos venosos difíciles». Mi mayor preocupación era que, si un paciente ya estaba atravesando un tratamiento extenuante y emocionalmente difícil, yo llegara a ocasionarle todavía más molestias al intentar canalizarlo y tuviera que someterlo a múltiples punciones. No quería que mi falta de experiencia terminara convirtiéndose en una vivencia desagradable para una persona que ya estaba enfrentando una situación compleja. Por esa razón decidí no aceptar la oportunidad.

Continué mi trayectoria profesional pasando por diferentes escenarios: un hospital privado, una unidad de hemodiálisis y, posteriormente, una institución pública. Cada uno de esos espacios me aportó conocimientos y habilidades diferentes. Sin embargo, aproximadamente un año después, la oportunidad de trabajar en oncología volvió a presentarse, esta vez como un empleo de medio tiempo. En ese momento mi situación era diferente, pensé que podía ser una buena oportunidad, ya que me permitiría combinarlo con mi empleo en el hospital público, donde cubría el turno nocturno y esa vez decidí aceptar.

Sin saberlo, aquella decisión marcaría uno de los cambios más importantes de mi trayectoria profesional.

Al ingresar al área de oncología me encontré con un mundo completamente distinto del que conocía.



Área de oncología. Enfermería oncológica

Tenía experiencia en enfermería y una especialidad en el área de nefrología, pero, constantemente surgían mis dudas, me preguntaba por qué determinados procedimientos se realizaban de cierta manera, de dónde provenían algunos protocolos y cuál era el fundamento de ciertos manejos en los pacientes.

Mi experiencia en hemodiálisis me había permitido adquirir conocimientos importantes, particularmente relacionados con los accesos vasculares. Sin embargo, al llegar a oncología descubrí que existían muchos otros aspectos que necesitaba comprender. Mi curiosidad me llevaba a no simplemente repetir procedimientos sólo porque así se habían realizado siempre, deseaba conocer el fundamento detrás de cada uno de ellos.

Fue entonces cuando comprendí algo fundamental en mi desarrollo profesional: tener experiencia no significa haber terminado de aprender.

Mis dudas se convirtieron en una motivación para buscar respuestas, comencé a investigar, cuestionar y procurar una preparación específica en el área de oncología. En 2022 tuve la oportunidad de iniciar la Especialidad en Enfermería Oncológica junto con otras dos enfermeras en Matamoros.

En ese momento sólo había en la ciudad una enfermera con la especialidad oncológica concluida; con nosotras tres, que apenas iniciábamos la formación, sumaríamos cuatro. Esta situación me hizo comprender la necesidad de contar con profesionales cada vez más preparados en esta área.



Quirófano. Enfermería quirúrgica

Conforme avanzaba en la especialidad, muchas de las preguntas que tenía al inicio encontraron su respuesta. Mi perspectiva sobre los procedimientos cambió, y con ella, mi manera de ejercer la enfermería.

Al regresar a mi área de trabajo con estos nuevos conocimientos, pude identificar que algunos procedimientos podían realizarse de una manera diferente. No necesariamente se trataba de prácticas que pusieran directamente en riesgo la integridad del paciente, pero sí de procesos que representaban riesgos para la salud del propio personal de enfermería o que eran susceptibles de optimizarse para lograr una atención más segura y eficiente.

Esta nueva perspectiva me llevó a proponer cambios y a trabajar en la estandarización de procedimientos dentro de mi unidad. Comenzamos a modificar protocolos y a organizar procesos con base en guías y recomendaciones internacionales. También aprendí que la seguridad no solamente consiste en evitar un daño inmediato al paciente, sino en diseñar procesos que lo protejan a él, al personal y a la propia institución.

Incluso fue posible identificar oportunidades para optimizar recursos. Comprendí que una enfermera especialista no solamente ejecuta procedimientos: también observa, analiza, cuestiona y propone mejoras.

Uno de los cambios más importantes que experimenté fue precisamente ese: dejé de preguntarme únicamente

«¿cómo se hace?» para cuestionar por qué se hace de esa forma y si existe una manera más segura o eficiente de hacerlo.

La especialidad en oncología no solamente amplió mis conocimientos técnicos. Cambió mi manera de pensar como enfermera.

También cambió mi relación con los pacientes. Al contar con una mejor preparación, pude explicarles con mayor seguridad los procedimientos, resolver sus dudas y acompañarlos de una manera más consciente durante sus tratamientos. Comprendí que, para un paciente oncológico, recibir información clara puede disminuir parte de la incertidumbre y permitirle sentirse más seguro durante un proceso que muchas veces resulta agotador.

Con el tiempo entendí que aquella misma razón por la que inicialmente había rechazado el puesto terminó convirtiéndose en una de las mayores motivaciones de mi crecimiento profesional. Al principio tuve miedo de no ser lo suficientemente capaz para cuidar a esos pacientes. Después comprendí que precisamente ese temor podía convertirse en una oportunidad para prepararme y ofrecerles un cuidado cada vez mejor.

Hoy veo aquella primera negativa de una manera diferente: si hubiera aceptado el puesto en aquel momento, probablemente habría llegado con muchas carencias y sin la preparación que posteriormente busqué. Haber esperado, adquirido experiencia y decidido finalmente ingresar al área me permitió reconocer mis propias limitaciones y convertirlas en objetivos de aprendizaje.

Mi llegada a la oncología, entonces, no fue solamente un cambio de área laboral. Fue el inicio de una etapa en la que aprendí que reconocer lo que no sabemos no nos hace malos profesionales, nos permite identificar aquello que necesitamos aprender para convertirnos en mejores enfermeras.

Autora:

¹ Lic. en Enfermería. Enfermera especialista en Oncología. Servicios Oncológicos de ROCAAM de Matamoros Tamaulipas

Envejecimiento saludable desde el modelo salutogénico: Sentido de coherencia y activos para la salud

Healthy aging from the salutogenic model: Sense of coherence and assets for health

Caridad Dandicourt Thomas¹

<https://orcid.org/0000-0003-3321-6484>

Tania C. García Castellanos²

<https://ORCID.org/0000-0002-9737-7442>

Ernestina Quevedo Cota³

<https://ORCID.org/0009-0004-5516-9353>

Jessica Belen Rojas Espinoza⁴

<https://ORCID.org/0000-0003-4444-0123>

Liliana Ines Benhumea Jaramillo⁵

<https://ORCID.org/0000-0001-5212-0096>

Flor Dariana Rivera García⁶

<https://ORCID.org/0009-0004-6842-7876>

Zenaida Leandra Mendive García⁷

<https://ORCID.org/0009-0004-9104-3432>

Resumen:

Introducción: El modelo salutogénico, surgido a mitad del siglo XX, centra sus esfuerzos en comprender por qué algunas personas, expuestas a situaciones de extrema adversidad, logran mantener un estado de salud y bienestar.

Objetivo: Analizar la relación entre el sentido de coherencia, los activos para la salud y el cuidado de enfermería al adulto mayor en el contexto comunitario, desde el marco teórico del modelo salutogénico.

Desarrollo: El modelo salutogénico de Aaron Antonovsky como referente teórico para promover un envejecimiento saludable en el contexto comunitario, enfatizando dos conceptos fundamentales: el sentido de coherencia (SOC) y los activos para la salud. El SOC se compone de tres dimensiones (comprensibilidad, manejabilidad y significatividad) que permiten a las

personas mayores afrontar los estresores asociados al envejecimiento.

Conclusiones: El enfoque de activos para la salud identifica y moviliza los recursos individuales, sociales y comunitarios que potencian el bienestar. El personal de enfermería comunitaria juega un papel clave en la implementación del modelo, dado que facilita la identificación de activos, que fortalecen el SOC de los adultos mayores y promueve su participación activa como agentes de salud, lo que transforma las prácticas de cuidado y contribuyen a un envejecimiento con mayor bienestar.

Palabras Clave: Acción Comunitaria para la Salud; Promoción de Salud; adulto mayor, enfermería, atención primaria: DeCS, BIREME)

Abstract

Introduction: The salutogenic model, which emerged in the mid-20th century, focuses its efforts on understanding why some people, exposed to situations of extreme adversity, manage to maintain a state of health and well being.

Objective: To analyze the relationship between the sense of coherence, health assets, and nursing care for the elderly in the community context, from the theoretical framework of the salutogenic model.

Development: Aaron Antonovsky's salutogenic model as a theoretical reference to promote healthy aging in the community context, emphasizing two fundamental concepts: the sense of coherence (SOC) and health assets. SOC is composed of three dimensions (comprehensibility, manageability, and meaningfulness) that allow older people to cope with the stressors associated with aging.

Conclusions: The health assets approach identifies and mobilizes the individual, social, and community resources that enhance well being. Community nursing staff plays a key role in the implementation of the model, as it facilitates the identification of assets that strengthen the SOC of older adults and promotes their active participation as health agents, which transforms care practices and contributes to aging with greater well being.

Keywords: Community Action for Health; Health Promotion; aged; nursing; primary care; (DeCS, BIREME)

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye un desafío para los Sistemas de salud en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre 2020 y 2050 la población mundial de 60 años y más se duplicará, pasando de 1 000 millones a 2 100 millones de personas. Este fenómeno requiere de profundas transformaciones sociales, económicas y de salud, dado el incremento de enfermedades crónicas, multimorbilidad, fragilidad, dependencia funcional y necesidades de cuidado de larga duración¹.

Sin embargo, los enfoques contemporáneos sobre envejecimiento han transitado desde una visión centrada

en el déficit y la enfermedad hacia modelos orientados a las capacidades, la participación social y el bienestar, destacándose el paradigma del envejecimiento saludable promovido por la OMS, el cual reconoce la importancia de fortalecer los recursos individuales y comunitarios que permiten mantener la capacidad funcional durante el curso de vida².

Ante esta realidad, a partir de la segunda mitad del siglo XX, comenzaron a surgir estudios que hacen referencia a que la salud no podía entenderse solo como la ausencia de enfermedad. Estos buscaban comprender por qué algunas personas, expuestas a situaciones de extrema adversidad, lograban no solo sobrevivir sino mantener un estado de salud y bienestar. En este contexto el médico y sociólogo Aaron Antonovsky desarrolló su modelo salutogénico, a partir de una investigación que marcaría un hito la salud pública y promoción de salud³.

Antonovsky, en lugar de preguntarse qué causa la enfermedad, indagó en qué origina, mantiene y promueve la salud, dando así origen al modelo salutogénico, cuyos postulados fundamentales se sintetizan en tres premisas esenciales:

- Reconoce que las personas se enfrentan a tensiones y adversidades, a las que pueden lograr adaptarse y afrontar.
- El modelo propone que no existen individuos totalmente sanos o enfermos; todos se mueven en un continuo y es precisamente ese movimiento lo que debe ser objeto de estudio e intervención.
- No se trata de reducir los factores de riesgo, sino de identificar y potenciar aquellos elementos que promueven la salud, independientemente de la posición que cada persona ocupe en el continuo en un momento dado².

Estos postulados tienen implicaciones profundas para la práctica de salud, adoptar una orientación salutogénica implica ampliar el foco de atención más allá de los pacientes, para incluir también al personal sanitario y a la comunidad, supone no solo combatir factores de riesgo, sino potenciar factores que promuevan salud y exige un abordaje holístico que integre las dimensiones física, mental y social de las personas².

El concepto central que articula la teoría de Antonovsky es el sentido de coherencia (SOC, por sus siglas en inglés Sense of Coherence), definido como una orientación global hacia el mundo que percibe la vida, en un continuo, como comprensible, manejable y significativa².

En lo específico, en el cuidado a la salud del adulto mayor, dado las profundas implicaciones para los sistemas sanitarios, de los altos porcentos de habitantes en el mundo mayores de 60 años, este enfoque da la posibilidad de plantearse respuestas innovadoras y adaptadas a las realidades concretas³.

Desde esta perspectiva, el sentido de coherencia constituye un recurso útil para comprender cómo las personas mayores interpretan, afrontan y otorgan significado a las experiencias derivadas del envejecimiento. Por su parte, el enfoque de activos para la salud complementa la propuesta salutogénica, dado que identifica y fortalece los recursos comunitarios, institucionales, individuales y familiares que contribuyen al bienestar y a la participación social de las personas. Ambos enfoques convergen en una visión positiva de la salud, que reconoce a las personas no solo como receptoras de cuidados, sino también como portadoras de capacidades, experiencias, saberes que se pueden convertir en recursos valiosos para la comunidad⁴.

Un cuidado integrador de lo biológico, psicológico, social y ambiental conecta directamente con el concepto de sentido de coherencia. La persona adulta mayor con un SOC elevado no solo afronta mejor los cambios asociados al envejecimiento, sino que puede encontrar en esta etapa nuevas fuentes de significado y realización personal⁵.

La identificación y movilización de los activos requieren participación activa de la propia comunidad. En el contexto específico de la población adulta mayor, el enfoque de activos adquiere una relevancia especial, dado que estos poseen habilidades, experiencias y conocimientos que constituyen activos valiosos para sus comunidades. Su participación en actividades comunitarias, grupos de voluntariado, redes de apoyo mutuo y organizaciones locales no solo beneficia a la comunidad, sino que repercute positivamente en su propia salud y bienestar⁶.

En el contexto comunitario, el personal de enfermería constituye un pilar fundamental del equipo de salud que participa en el cuidado integral del adulto mayor. Su práctica se centra en la promoción de la salud y prevención de enfermedades, desde una perspectiva que valora, comprende y actúa sobre los procesos que presentan las personas, reforzando aspectos educativos en relación con su problemática de salud⁶.

En este sentido, el enfoque salutogénico y el modelo de activos para la salud proporcionan un marco conceptual que permite orientar las intervenciones de enfermería comunitaria hacia la identificación y potenciación de los recursos de las personas mayores y sus comunidades⁷.

En lo específico, implica a las personas mayores como agentes activos de su propio cuidado y del cuidado comunitario; estimula la participación en grupos de ayuda mutua, actividades comunitarias, programas intergeneracionales y proyectos comunitarios. No solo moviliza sus capacidades, sino que refuerza su sentido de pertenencia y contribución social⁷.

La relación entre el sentido de coherencia, los activos para la salud y el cuidado de enfermería comunitaria adquiere relevancia dada la necesidad de generar fundamentos que orienten prácticas innovadoras dirigidas a promover un envejecimiento saludable⁸. La enfermería comunitaria, por su cercanía con las personas, familias y comunidades, ocupa una posición estratégica para identificar y movilizar activos comunitarios, fortalecer los recursos generadores de resistencia, favorecer el desarrollo del sentido de coherencia y contribuir al empoderamiento, la autonomía, la participación social y la capacidad de autocuidado de las personas mayores, elementos esenciales para afrontar los desafíos derivados del envejecimiento poblacional⁸.

La convergencia entre el envejecimiento poblacional, el desarrollo del modelo salutogénico y la consolidación del enfoque de activos para la salud genera un espacio de oportunidad para repensar las prácticas de cuidado de enfermería comunitaria con personas mayores desde una perspectiva centrada en las capacidades y potencialidades humanas. Por todo lo antes expuesto, se plantea como objetivo analizar la relación

entre el sentido de coherencia, los activos para la salud y el cuidado de enfermería al adulto mayor en el contexto comunitario, desde el marco teórico del modelo salutogénico.

Desarrollo

Las demandas psicosociales a las que se enfrentan las personas, en interacción con los recursos de los que disponen, pueden originar una serie de consecuencias fisiológicas, cognitivas y motoras sobre su estado de salud, pero el uso de habilidades de afrontamiento efectivas facilita el retorno a un estado de equilibrio, el cual minimiza estos efectos negativos. Estas habilidades de afrontamiento adaptativas consiguen mejorar la respuesta y disminuyen la reacción emocional negativa, independientemente de que se solucione o no el problema, juega aquí un papel importante el sentido de coherencia⁹.

Antonovsky definió el sentido de coherencia como una orientación global relativamente estable que expresa el grado en que una persona posee una confianza duradera y dinámica en que los estímulos derivados de los entornos interno y externo son estructurados y comprensibles, que dispone de recursos para afrontar las demandas que estos generan y que dichas demandas constituyen desafíos dignos de compromiso e inversión emocional. Este constructo se integra por tres dimensiones: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad¹⁰.

- **Comprensibilidad:** Entendida como la sensación de que los estímulos procedentes del entorno interno y externo, a lo largo de la vida, son estructurados, predecibles y explicables.
- **Manejabilidad:** Alude a la percepción de que se dispone de los recursos suficientes para hacer frente a las demandas planteadas por los estímulos. La manejabilidad implica la certeza de que, ante la adversidad, no se estará indefenso.
- **Significatividad:** Se refiere al grado en que la persona siente que la vida tiene sentido emocional, que los problemas y demandas merecen la pena, que vale la pena invertir energía en ellos¹⁰.

El SOC, es un recurso a tener en cuenta para el desarrollo de intervenciones e investigaciones que contribuyan

a mejorar las estrategias de afrontamientos de las personas que responden a situaciones estresantes, por ejemplo, a una enfermedad crónica, siendo una herramienta importante para el mantenimiento de la salud¹³.

Antonovsky engloba el sentido de coherencia dentro de su modelo salutogénico, en él toma una visión dinámica del bienestar. Esta orientación supuso un planteamiento novedoso acerca del concepto de salud, mostró la capacidad de los individuos para ajustarse de forma satisfactoria ante situaciones de estrés, e intentó explicar por qué ciertas personas parecen preservar su salud y bienestar y muestran un buen afrontamiento en situaciones de tensión y en la exposición a estresores y dificultades de la vida¹¹.

Si el estrés es bien manejado, su resultado puede ser positivo o neutral y los individuos se moverán hacia el polo de la salud en el continuo, sin embargo, si el estrés no es bien gestionado, la persona se moverá hacia el polo de la enfermedad del continuo¹¹.

Varios autores refieren que la coherencia es la relación, la conexión o la unión entre diferentes cosas, o aquello que interconecta y mantiene unidas las partes de un todo, por lo que para que el ser humano sea coherente debe tener un alto nivel de integración. Un sujeto integrado se caracteriza porque su parte luminosa y su parte oscura son incluidas y aceptadas; aprende de ellas lo que sea necesario aprender y aparecen mezcladas en su comportamiento cotidiano^{12,13}.

El sentido de coherencia (SOC) es una forma de ver el mundo y a nosotros dentro de él, una tendencia disposicional relativamente estable que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como significativas, predecibles y manejables¹³.

En este sentido, Erik Erikson desarrolló la teoría psicosocial del desarrollo humano compuesta por ocho etapas evolutivas. La última etapa, denominada integridad del yo frente a desesperación, corresponde a la vejez y plantea que las personas mayores enfrentan la tarea de integrar su trayectoria vital otorgándole significado y coherencia, aspecto estrechamente relacionado con el concepto de sentido de coherencia propuesto por Antonovsky. Aunque ambas teorías proceden de

tradiciones conceptuales diferentes, convergen en la importancia de encontrar sentido y significado a la experiencia vital durante la vejez¹⁴.

Para el desarrollo de un sentido de coherencia adecuado resulta imprescindible que estén presentes cuatro recursos generales de resistencia; las personas deben disponer de actividades significativas, pensamientos existenciales, contacto con los sentimientos exteriores y relaciones sociales. Las personas con una alta puntuación en su sentido de coherencia suelen tener una buena percepción de salud¹⁵.

Otros recursos generales de resistencia, no imprescindibles para el desarrollo del sentido de coherencia elevado, son el dinero, la vivienda, la autoestima, el conocimiento, la herencia, la orientación hacia la salud, las creencias y la religión. Según Lindstrom y Ericksen, las personas no consiguen el máximo bienestar posible únicamente con la disposición de los recursos, sino también con la habilidad para usarlos de forma saludable, es decir, promoviendo el estado de salud y bienestar¹⁶.

El SOC es un constructo con un enfoque transcultural y transituacional. Las autoras asumen que diferentes situaciones, culturas, momentos, llevarán a la aplicación de diferentes recursos de afrontamiento. El SOC es un constructo de carácter universal, que trasciende la clase social, al sexo, a la religión o la cultura¹⁷. Consideran además que el personal de enfermería junto al resto del equipo de salud debe dirigir su actuar hacia la búsqueda de recursos con enfoque de salud positiva, teniendo en cuenta los recursos generales de resistencia de las personas para con ello, poder acompañarlas en todo su ciclo vital, lo que permitirá que afloren las capacidades de autocuidado de forma natural. Para ello, se deberá trabajar con la motivación (al explorar sus valores y las dificultades) y fortalecer en las personas adultas mayores sus recursos para vencerlas¹⁷.

La evidencia científica muestra que la exposición prolongada al estrés se asocia principalmente con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos, alteraciones inmunológicas y problemas de salud mental, particularmente ansiedad y depresión. Estos efectos pueden comprometer la

capacidad funcional y la calidad de vida de las personas mayores, reforzando la importancia de fortalecer recursos salutogénicos que favorezcan el afrontamiento adaptativo¹⁸.

El SOC se relaciona con medidas de salud, el bienestar físico y psicológico, como la autoestima, el optimismo, la percepción de control, la autoeficacia y la disposición al afrontamiento activo, el afrontamiento focalizado en el problema, la búsqueda de apoyo y la reinterpretación positiva; todas ellas consideradas estrategias adaptativas. También se relaciona con las emociones, sociales y comportamentales y con el apoyo social. Se plantea además que se relaciona de manera negativa con la presión del trabajo¹⁸.

Por tanto, el SOC, no se refiere a un estilo particular de afrontamiento, ni a un rasgo de personalidad, sino a factores que, en cualquier cultura, en cualquier clase social, en cualquier individuo, son la base para un afrontamiento exitoso de los estresores, como la enfermedad.

Antonovsky diferencia entre recursos de resistencia específicos y generalizados. Los recursos de resistencia específicos nos referimos a los que son relevantes en un problema particular mientras que los recursos de resistencia generalizados se pueden aplicar en todas las situaciones, son factores biológicos, materiales y psicosociales que hacen más fácil a las personas percibir sus vidas como consistentes, estructuradas y comprensibles¹⁹.

El desarrollo del modelo salutogénico, ha emergido en las últimas décadas de conjunto con el enfoque de activos para la salud, que desplaza la mirada desde los déficits y problemas hacia las capacidades, recursos y potencialidades de las personas y las comunidades. Un activo para la salud puede definirse como cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de las personas, familias y comunidades para mantener su salud y bienestar, contribuyendo además a reducir las inequidades en salud²⁰.

Los activos comunitarios pueden clasificarse en diferentes categorías:

- Recursos individuales.

- Recursos de asociaciones formales e informales.
- Recursos físicos de la comunidad.
- Recursos económicos locales.
- Recursos culturales comunitarios.
- Recursos de las organizaciones sanitarios y sociales.

La prolongación de la vida es un logro que responde al desarrollo científico, la disponibilidad de recursos y la implementación de políticas estatales, sociales y culturales, consecuentes, a favor de la existencia y en contra de las enfermedades y otros males que afectan a la humanidad²¹.

El envejecimiento, es un proceso individual, gradual y adaptativo caracterizado por modificaciones propias del devenir de los años; cambios físicos, funcionales, psicológicos y sociales van a ir alterando la salud del AM. Algunas teorías del envejecimiento lo consideran como alteraciones que se dan en el organismo a lo largo del tiempo que conducen a la pérdida de capacidades funcionales y muerte²².

El proceso de envejecer ocurre desde tres perspectivas

- Biológicos: afecta las capacidades físicas como caminar, hablar escuchar, capacidad de moverse
- Psíquicos/Psicológicos: desorientación, demencia
- Sociales: cambios de rol del anciano en la comunidad

Aumentar la capacidad de autocuidado y el sentido de coherencia del adulto mayor lo convierte en persona generadora de salud, más implicada en su cuidado y en el cuidado de los demás. Pero, además, un alto sentido de coherencia hace que tenga un alto nivel de bienestar y lo convierta en un activo para la salud personal²³.

Considerar la salud como un derecho de las personas y elemento fundamental para la seguridad humana, implica crear entornos saludables a través de acciones innovadoras y transformadoras de acuerdo con el perfil de salud de la población.

Los activos de una comunidad son los recursos, las habilidades y los conocimientos colectivos, incluyendo las organizaciones y asociaciones propias de la

comunidad, así como los principales recursos y proyectos autogestionados desde estas organizaciones²⁴.

Un estilo de vida saludable es una forma eficaz de mantener la salud y combatir el envejecimiento. Cada vez más investigaciones demuestran que mantener un estilo de vida saludable mediante ejercicios moderados, la nutrición adecuada y un buen estado mental puede retrasar eficazmente el envejecimiento, de ahí la importancia de encaminar las intervenciones de enfermería dirigidas a la promoción de la salud en el envejecimiento²⁵.

A criterio de las autoras, este enfoque pudiera ayudar a desarrollar políticas y programas que apoyen la participación de los adultos mayores, promoviendo así más comunidades inclusivas y resilientes.

Referente a la participación social, se documenta que los adultos mayores que participan en actividades comunitarias tienden a tener una mejor salud mental y física. La interacción social y el sentido de pertenencia pueden desempeñar un papel crucial en su bienestar²⁶.

Al involucrarse en la comunidad, los adultos mayores pueden sentirse más empoderados y tener un mayor sentido de control sobre sus vidas. Esto puede llevar a una mejora en su autoestima y satisfacción general. El SOC en adultos mayores desde el contexto de activos comunitarios aborda diversas perspectivas teóricas:

- Teoría de la actividad: Esta sugiere que la satisfacción y el bienestar en la vejez están relacionados con la participación activa en la comunidad. La coherencia se puede entender como la capacidad de los AM para integrar sus experiencias pasadas con su participación actual.

- Modelo de resiliencia: Se centra en cómo los individuos se adaptan a las adversidades. En el caso de los AM, tener un sentido de coherencia puede ser fundamental para enfrentar cambios físicos y emocionales, manteniendo un vínculo sólido con su comunidad.

- Teoría del apoyo social: La interacción social y el apoyo de la comunidad son esenciales para el bienestar del AM. un sentido de coherencia puede fomentar

relaciones más significativas, lo que a su vez incrementa la percepción de pertenencia y apoyo.

- Teoría de la Identidad: La identidad en la vejez está influenciada por la historia de la vida del individuo. Un sentido de coherencia puede ayudar a los AM a mantener una identidad positiva al integrar sus experiencias pasadas con su presente y futuro²⁷.

La promoción de la salud basada en el modelo de activos promueve que las personas y comunidades adquieran habilidades y competencias para mejorar su salud y bienestar, fomentando intervenciones de salud comunitaria que pongan en valor y potencien las capacidades y recursos de las personas y colectivos²⁷.

Aunque el envejecimiento suele asociarse con pérdidas funcionales, desde una perspectiva salutogénica, la experiencia acumulada, la participación comunitaria, las redes sociales y el capital cultural pueden actuar como activos que favorecen la adaptación frente a las transiciones propias del envejecimiento. Esta concepción implica una transformación de las prácticas tradicionales de enfermería comunitaria, que desplace la atención desde un cuidado de déficits hacia el fortalecimiento de las capacidades²⁷.

El cuidado de enfermería al adulto mayor en la comunidad le permite asumir la responsabilidad del fomento a la salud, la prevención de la enfermedad y la prestación de asistencia a los enfermos. Dado lo complejo y dinámico del proceso del cuidado enfermero en el contexto comunitario, se requiere de un actuar idóneo y responsable, que permita la articulación de saberes y recursos que permitan el logro del fin propuesto. El personal de enfermería que labora en la comunidad centra su práctica en la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, desde la perspectiva de valorar, comprender y actuar sobre los fenómenos que presentan y reforzar aspectos educativos con relación a su problemática de salud²⁸.

En la comunidad, la población adulta mayor se encuentra entre las más vulnerables, no solo por la edad sino además por las comorbilidad que pueden presentar (hipertensión; insuficiencia cardíaca; patología respiratoria crónica, diabetes). Su rol cambia, el hecho de

envejecer modifica el rol que se ha desarrollado, pero no el individual, por lo general este suele estar jubilado y es una persona no activa, pero tiene más posibilidades de aportar sus conocimientos y realizar nuevas tareas comunitarias²⁸.

En el cuidado al adulto mayor se debe tener en cuenta que este necesita comunicarse y relacionarse con el entorno de forma verbal y no verbal, expresar deseos y opiniones y tener pertenencia a un grupo, mantener una movilidad suficiente que le permita las relaciones sociales, tener una imagen de sí mismo que corresponda a la realidad. Este tiene como objetivo abordar al sujeto como un ser integral, funcionando dentro su ámbito familiar y social, centrado en educar para promover la salud y prevenir la enfermedad, que además le permita tomar decisiones para su autocuidado, hábitos y estilos de vida saludables²⁸.

La satisfacción vital durante la vejez depende de la continuidad de la participación en actividades significativas. Para que de una manera resiliente afronten las pérdidas, enfermedades y cambios asociados al envejecimiento.

Desde la enfermería comunitaria, esta perspectiva justifica el diseño de intervenciones orientadas a promover el voluntariado, la participación social y los grupos comunitarios como activos para la salud que fortalecen la significatividad del SOC. La enfermería comunitaria puede fortalecer procesos resilientes a través de intervenciones educativas, redes de apoyo y estrategias de empoderamiento comunitario.

La evidencia demuestra que el apoyo social constituye uno de los activos comunitarios más importantes para la salud de las personas mayores. Las redes familiares, vecinales y comunitarias favorecen la resolución de situaciones complejas y fortalecen el SOC²⁹.

Los adultos mayores construyen su identidad a partir de su historia de vida y de los roles sociales que han desempeñado. Se deben mantener espacios, donde las personas mayores puedan transmitir conocimientos y participar en decisiones comunitarias que favorecen la continuidad identitaria y el envejecimiento saludable.

Una estrategia adecuada para mejorar el sentido de coherencia y la capacidad de autocuidado en los adultos mayores pasa por integrarlos de forma paulatina como agentes y parte activa del sistema de salud. La participación como eje del empoderamiento en salud hacia la búsqueda de patrones constructivos de vida, ser protagonistas en la toma de decisiones tanto individuales como colectivas, hacerlos sentir parte de la comunidad.

Conclusiones

El análisis realizado evidencia que el modelo salutogénico ofrece una base teórica sólida para comprender el envejecimiento saludable desde una perspectiva centrada en las capacidades y recursos de las personas mayores. El sentido de coherencia emerge como un recurso protector que favorece el afrontamiento de los desafíos asociados al envejecimiento, mientras que el enfoque de activos para la salud permite identificar y potenciar recursos individuales, familiares y comunitarios generadores de bienestar.

La enfermería comunitaria desempeña un papel importante en la identificación, movilización y fortalecimiento de estos activos, promoviendo la participación social, el empoderamiento y la autonomía de las personas mayores. En consecuencia, las intervenciones comunitarias deberían orientarse no solo a la prevención de enfermedades, sino también al fortalecimiento del sentido de coherencia y de los recursos comunitarios disponibles.

Se proponen como líneas de acción futuras el desarrollo de programas comunitarios sustentados en activos para la salud, la elaboración de mapas de activos comunitarios para personas mayores y la implementación de estrategias de prescripción social para fortalecer el sentido de coherencia sobre indicadores de salud y bienestar.

Autores:

¹ Instituto de Endocrinología. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana

² Universidad Intercultural del Estado de México

³ Hospital ISSSTECALI. México

⁴ Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad Autónoma del Estado de México

⁵ Facultad de Enfermería y Obstetricia Universidad Autónoma del Estado de México

⁶ Estudiante de licenciatura en Enfermería Universidad Intercultural del Estado de México

⁷ Graduada Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Referencias:

1. Organización Mundial de la Salud. *Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030*. Ginebra: OMS; 2022.
2. Naciones Unidas. *Informe Social Mundial 2023: No dejar a nadie atrás en una sociedad que envejece*. Nueva York: Naciones Unidas; 2023.
3. Antonovsky A. *Desentrañando el misterio de la salud: cómo las personas manejan el estrés y permanecen saludables*. San Francisco: Jossey-Bass; 1987.
4. Mittelmark MB, Bauer GF, Vaandrager L, Pelikan JM, Sagy S, Eriksson M, et al. *Manual de Salutogénesis*. 2.ª ed. Cham: Springer; 2022.
5. Morgan A, Ziglio E. *Revitalización de la base de evidencia para la salud pública: un modelo de activos para la salud*. *Health Promotion International*. 2007;22(1):17-22.
6. Paredes-Carbonell JJ, Morgan A. *Activos para la salud y desarrollo comunitario: contribuciones a la promoción de la salud*. *Gaceta Sanitaria*. 2024;38(Supl 1):102-109.
7. Organización Mundial de la Salud. *Atención Integrada para las Personas Mayores (ICOPE): orientación para la evaluación centrada en la persona y las rutas asistenciales en atención primaria*. Ginebra: OMS; 2022.
8. Franco-Giraldo A. *Modelos de promoción de la salud y determinantes sociales: una revisión narrativa*. *Hacia la Promoción de la Salud*. 2022;27(2):237-254.
9. Eriksson M. *El sentido de coherencia en el modelo salutogénico de salud*. En: Mittelmark MB, Bauer GF, editores. *Manual de Salutogénesis*. 2.ª ed. Cham: Springer; 2022. p. 91-106.
10. Salazar-Moreno CA, Alonso-Castillo MM, Guzmán-Facundo FR. *Sentido de coherencia asociado con eventos estresantes de la vida en adultos mayores*. *Enfermería Universitaria*. 2020;17(3):262-272.
11. Potier F, Degryse JM, Henrard S, Aubouy G, de Saint-Hubert M. *Un elevado sentido de coherencia protege de la sobrecarga del cuidado en cuidadores mayores de sus cónyuges*. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 2018;75:76-82.
12. Eriksson M, Lindström B. *Validez de la escala de sentido de coherencia de Antonovsky: revisión sistemática*. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2005;59(6):460-466.
13. Kivimäki M, Steptoe A. *Efectos del estrés sobre los resultados en salud: revisión actualizada*. *Nature Reviews Cardiology*. 2023;20(2):85-96.
14. Steptoe A, Deaton A, Stone AA. *Bienestar subjetivo, salud y envejecimiento*. *The Lancet*. 2022;399(10329):803-815.
15. Hernández Zamora ZE, Ehrenzweig Sánchez Y, Yépez Olvera L. *Sentido de coherencia y salud en personas adultas mayores autopercebidas como sanas*. *Revista Costarricense de Psicología*. 2010;29(43):17-34.
16. Erikson EH. *El ciclo vital completado*. Nueva York: W.W. Norton & Company; 1997.
17. Lindström B, Eriksson M. *Guía práctica de Salutogénesis*. Helsinki: Centro de Investigación Folkhälsan; 2010.
18. Herrera Santí PM, Martínez García N, Navarrete Ribalta C. *Intervención comunitaria para mejorar la calidad de vida del adulto mayor*. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2015;31(4):1-10.
19. Alfonso Figueroa L, Soto Carballo D, Santos Fernández NA. *Calidad de vida y apoyo social percibido en adultos mayores*. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*. 2016;20(1):47-53.
20. Sánchez Casado L, Paredes Carbonell JJ, Sánchez P, Morgan A. *Mapa de activos para la salud y la convivencia: propuesta de acción desde la intersectorialidad*. *Index de Enfermería*. 2017;26(3):180-184.

21. Villafuerte Reinante J, Alonso Abatt Y, Alonso Vila Y, Alcaide Guardado Y, Leyva Betancourt I, Arteaga Cuéllar Y. El bienestar y calidad de vida del adulto mayor: un reto para la acción intersectorial. *Medisur*. 2017;15(1):1-10.

22. Montero López LM, Montes de Oca Zavala V, compiladores. *Envejecimiento y vejez: propuestas e iniciativas en la atención a personas mayores*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2017.

23. Leiton Espinoza ZE. Autocuidado en el adulto mayor y envejecimiento con bienestar. *Revista de Enfermería y Salud del Adulto Mayor*. 2018;11(2):80-84.

24. Dandicourt Thomas C. El cuidado de enfermería con enfoque en la comunidad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2018;34(1):1-9.

25. Dandicourt Thomas C, et al. Activos comunitarios generadores de salud del Policlínico Universitario 19 de abril. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*. 2022;6(2):1-8.

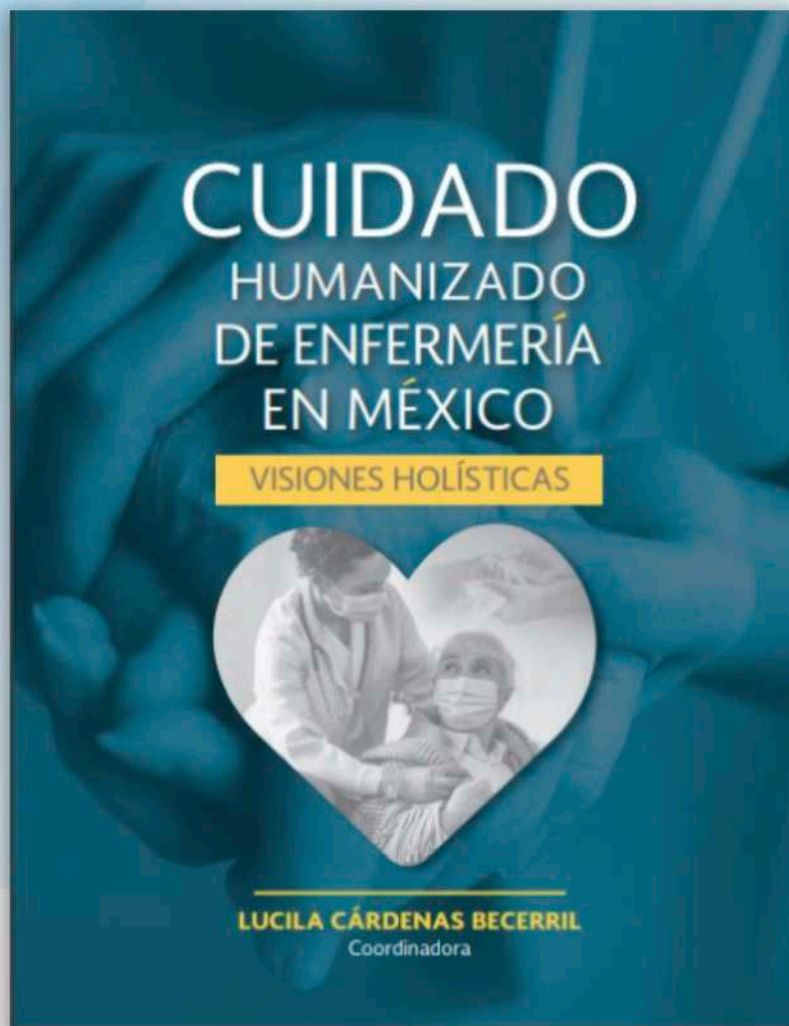
26. Chong DA. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev cubana Med Gen Integr*. 2012 [acceso: 05/10/2018];28(2):79-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252012000200009&lng=es5.

27. Morales Ramírez MA. protección de los derechos humanos de las personas mayores. En: Kurczyn Villalobos P. *Derechos humanos en el trabajo y la seguridad social. LiberAmicum: en homenaje al doctor Jorge Carpizo McGregg*. México. DF: Instituto de Investigaciones Jurídicas; 2014.p.97-124.

28. Calero Morales S, Klever Díaz T, Caiza Cumbajin MR, Rodríguez Torres AF, Ana Luiza EF. Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *Rev cubana InvestBioméd*. 2016 [acceso: 19/05/2019];35(4):366-74. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002016000400007&lng=es12.

29. Barraza Macias A. El sentido de coherencia como predictor de la salud mental. *Benessere*. Centro de Intervención para el Bienestar Físico y Mental A.C. agosto de 2022. ISBN: 978-607- 99980-0-

Cuidado Humanizado en Enfermería en México. Visiones Holísticas



Escribir sobre el cuidado humanizado implica asumir un compromiso y una responsabilidad profesional y ciudadana, un pre(ocuparse) y un ocuparse en darle sentido al ser, saber y hacer de los profesionales de Enfermería en México. Cuidar es un acto de amor, de humanismo y de empatía de los profesionales que otorgan cuidados integrales u holísticos, hacia las personas que no pueden, transitoriamente, cuidar de sí, en un marco familiar y social.

Se basa, fundamentalmente, en el establecimiento de "acuerdos", casi siempre "implícitos", entre quien cuida y quien es cuidado. Cuidar al otro involucra actos y actitudes, no se trata sólo de robotizar el acompañamiento en el restablecimiento de la salud.

Aunque existen diversos escritos sobre el cuidado, incluidas visiones filosóficas, históricas, sociales, políticas, entre muchas otras, en este texto se privilegia el punto de vista de cada autora, su mirada, paradigmas, opiniones, vivencias, pensamientos, sentimientos, saberes, haceres, en dos palabras: sus visiones holísticas. Ópticas que apuntan a diversos escenarios laborales y que se encuentran matizadas por las reflexiones en torno a las diversas vivencias sobre la pandemia de Covid-19, que aún se vive en nuestro país y en el mundo entero.

Costo: \$250

10% de descuento a las socias activas del **COPEEM**.

Enfermería, eugenesia y construcción del Estado sanitario en México: *una revisión historiográfica (1920-1970)*



Karla Ivonne Mijangos Fuentes

Nursing, eugenics and the construction of the health state in Mexico: *a historiographical review (1920-1970)*

Karla Ivonne Mijangos Fuentes¹

<https://orcid.org/0000-0002-9565-2233>

Resumen: La eugenesia fue una de las principales epistemologías que configuró la salud pública Latinoamericana durante la primera mitad del siglo XX. En México, los contenidos eugenésicos se integraron al proyecto de reconstrucción del Estado posrevolucionario a través de programas de higiene, protección materno-infantil, medicina preventiva y educación sanitaria; historiográficamente se ha documentado la relación entre eugenesia y salud pública, sin embargo, la participación de la enfermería en estos procesos ha recibido menor atención. El objetivo de este texto es analizar, a partir de una revisión sistemática de la literatura histórica, el papel desempeñado por las enfermeras visitadoras, sanitarias y rurales en la difusión e implementación de políticas vinculadas con el mejoramiento poblacional entre 1920 y 1970. La revisión incorpora aportes de la historiografía mexicana y latinoamericana sobre eugenesia, salud pública y enfermería. Los hallazgos sugieren que las enfermeras constituyeron un dispositivo fundamental para la expansión del

Estado sanitario, la medicalización de la vida cotidiana y la construcción de una ciudadanía sanitaria atravesada por ideales de género, raza y patriotismo. Asimismo, se identifican vacíos historiográficos relacionados con las experiencias de enfermeras indígenas y rurales de México.

Palabras clave: Eugenesia, enfermería en salud comunitaria, enfermeras de salud pública, historia de la enfermería, México (DeCS).

Abstract: Eugenics was one of the main epistemologies that shaped Latin American public health during the first half of the 20th century. In Mexico, eugenic principles were integrated into the post-revolutionary state reconstruction project through programs focused on hygiene, maternal and child health, preventive medicine, and health education. While the relationship between eugenics and public health has been documented historiographically, the role of nursing in these

processes has received less attention. This text aims to analyze, through a systematic review of the historical literature, the role played by visiting, public health, and rural nurses in the dissemination and implementation of policies related to population improvement between 1920 and 1970. The review incorporates contributions from Mexican and Latin American historiography on eugenics, public health, and nursing. The findings suggest that nurses constituted a fundamental mechanism for the expansion of the health state, the medicalization of daily life, and the construction of a health-conscious citizenry permeated by ideals of gender, race, and patriotism. Likewise, historiographical gaps are identified related to the experiences of indigenous and rural nurses in Mexico.

Key words: eugenics, community health nursing, nurses public health, history of nursing, Mexico (DeCS)

Introducción

Durante las primeras décadas del siglo XX, los Estados latinoamericanos enfrentaron el desafío de construir instituciones capaces de responder a los problemas sanitarios y desigualdades sociales producidas por la urbanización, la pobreza y las enfermedades transmisibles. Así, el concepto de eugenesia cobró un importante significado científico y político para repensar el futuro de las naciones¹.

La eugenesia se articuló con proyectos nacionales de modernización que buscaban fortalecer y mejorar la población a partir de principios de higiene, educación sanitaria, protección materno-infantil y prevención de enfermedades². Además, en México, la Revolución de 1910 condicionó la expansión de instituciones sanitarias orientadas a intervenir en la vida cotidiana de la población³.

Así, la eugenesia ocupó un lugar importante en los debates sobre salud pública, maternidad, infancia y regeneración^{4,10}. Sin embargo, la mayoría de estas críticas y debates se han concentrado en médicos, higienistas, legisladores e instituciones científicas, y no en la participación de las enfermeras para la implementación de estas políticas, pues es bien sabido que las enfermeras visitadoras, sanitarias y rurales fueron las responsables de trasladar estos programas, campañas

de vacunación, educación higiénica y vigilancia materno-infantil, a los hogares, escuelas y comunidades^{5,6}.

El objetivo de este artículo es analizar, a través de una revisión sistemática de literatura histórica, la relación entre eugenesia y enfermería en México entre 1920 y 1970, y responder al cuestionamiento sobre ¿cómo participó la enfermería en la construcción y transmisión de los proyectos sanitarios vinculados a la eugenesia durante el periodo de 1920 a 1970?

Metodología

Se trata de una revisión sistemática de literatura con enfoque historiográfico y método PRISMA 2020 adaptadas a investigaciones históricas y de ciencias sociales⁷. A partir de la pregunta ¿Cómo ha sido estudiada la relación entre eugenesia y enfermería en México entre 1920 y 1970, y cuál fue la participación de las enfermeras dentro de los proyectos de salud pública y mejoramiento poblacional? El objetivo fue analizar la producción académica relacionada con la eugenesia, la salud pública y la enfermería en México durante la primera mitad del siglo XX.

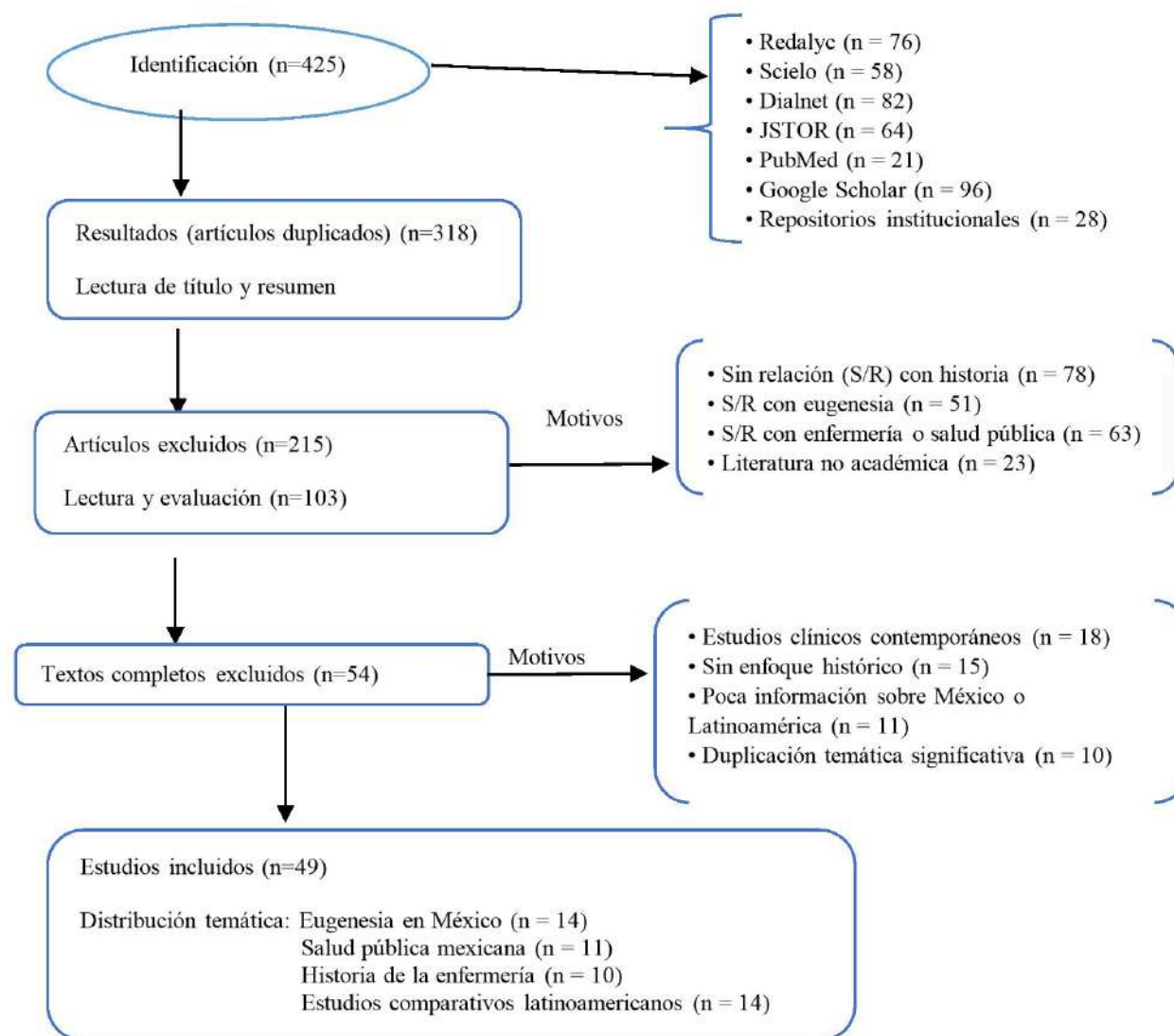
La búsqueda bibliográfica se realizó entre enero a junio de 2026 en las bases de datos Scielo, Redalyc, Dialnet, JSTOR, PubMed, Google Scholar, Historical Abstracts, y en repositorios institucionales de la Universidad Nacional Autónoma de México, El Instituto Mora, El Colegio de México y la Secretaría de Salud.

Las combinaciones de palabras clave en español e inglés se articularon mediante operadores y booleanos [eugenesia AND México; eugenesia AND enfermería; enfermería comunitaria AND enfermería de salud pública AND México; maternidad AND eugenesia; higiene social AND puericultura; eugenesia AND historia de enfermería AND México].

En esta revisión se incluyeron artículos científicos, libros y capítulos, tesis de maestría y doctorado publicados entre 1990 y 2025 centradas en México o con análisis comparativos latinoamericanos. Por el contrario, se excluyeron estudios sobre genética, publicaciones sin respaldo académico, trabajos sin relación con la historia de la salud, investigaciones clínicas y documentos duplicados.

Los artículos se seleccionaron en cuatro fases: identificación; depuración; cribado y elegibilidad. Los textos potencialmente relevantes fueron leídos de manera completa y evaluados según los criterios de inclusión y exclusión. La información se organizó en una matriz de análisis documental, síntesis narrativa y comparación de temáticas para su posterior análisis historiográfico⁷. Los resultados se organizaron en cuatro grandes temas: historiografía de la eugenesia, historiografía de la salud pública, historiografía de la enfermería y estudios latinoamericanos comparados (ver figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA para la selección de estudios



Fuente: Elaboración propia.

Resultados

A partir de las cuatro temáticas en las que se clasificó la literatura, se desarrolló un análisis de contenido para establecer las principales categorías de la revisión:

1) Eugenesia y salud pública en el México posrevolucionario.

Tras la Revolución Mexicana, la reconstrucción nacional atravesó por una creciente preocupación por la salud de la población, debido a que se consideraba un eje primordial para el desarrollo económico, la estabilidad social y la consolidación del Estado sanitario⁴. Para ello, la eugenesia se instituyó como uno de los marcos epistemológicos para la reorganización de la

salud pública mexicana durante las primeras décadas del siglo XX¹.

La eugenesia mexicana se articuló con los ideales de mestizaje y mejoramiento de la raza promovidos por el nacionalismo posrevolucionario. A diferencia de otros contextos donde predominó la eugenesia centrada en la selección biológica o la esterilización, en México se desarrolló una versión vinculada con la higiene social, la educación sanitaria y sexual y la protección materno-infantil¹.

La literatura apunta que los principios eugenésicos se incorporaron a las políticas públicas en las campañas contra la mortalidad infantil, programas de puericultura,

prevención de enfermedades venéreas, educación sexual, regulación matrimonial y vigilancia prenatal⁴. Estas iniciativas compartían la idea de que la mejora de la población dependía de factores hereditarios y de las condiciones ambientales, sociales y de salud. Al respecto, la salud pública se transformó en un instrumento privilegiado para intervenir en la población sobre aspectos de la reproducción, la maternidad y la infancia.

Como señala Agostoni⁵, la transformación de la salud pública permitió traducir las preocupaciones eugenésicas desde los espacios científicos hacia la vida cotidiana de la población, generando nuevas formas de vigilancia y regulación sanitaria.

2) Profesionalización de la enfermería y la medicina preventiva: formación de agentes eugenésicos.

La profesionalización de la enfermería estuvo estrechamente relacionada con las necesidades de los programas de salud pública y las estrategias sanitarias del Estado construidas bajo ideales eugenésicos. Así, surgía la necesidad de formar personal especializado capaz de intervenir directamente en hogares y comunidades y bajo dichos ideales⁶.

Las investigaciones sobre la Escuela de Salubridad muestran que la formación de enfermeras sanitarias incorporó contenidos relacionados con higiene, puericultura, salud materno-infantil y medicina preventiva⁶. Estas áreas constituían pilares fundamentales de la eugenesia, que concebía la protección de la maternidad y la infancia como mecanismos para mejorar y controlar la calidad biológica de la población¹.

Al respecto, la literatura evidencia que las enfermeras fueron capacitadas para identificar factores considerados riesgosos para la salud colectiva como la desnutrición, las enfermedades infecciosas, las condiciones insalubres de vivienda y determinadas prácticas reproductivas. De esta manera, la formación profesional de la enfermería contribuyó a crear una fuerza laboral destinada a implementar estrategias de mejoramiento poblacional⁸.

En este sentido, las enfermeras pueden entenderse como agentes responsables de materializar en el

territorio los objetivos eugenésicos definidos por médicos, higienistas y funcionarios públicos, es decir, su formación respondió tanto a necesidades asistenciales como a la construcción de una ciudadanía sanitaria aceptable para el desarrollo del país^{5,9}.

3) Las enfermeras visitadoras y la educación higiénica: la eugenesia en el hogar.

Uno de los hallazgos más relevantes de la revisión es la estrecha relación entre las actividades de las enfermeras visitadoras y los objetivos de la eugenesia mexicana. Agostoni⁵ muestra que las visitas domiciliarias constituyeron una estrategia fundamental para difundir prácticas consideradas esenciales para el mejoramiento de la población y la eugenesia preventiva, pues las enfermeras supervisaban embarazos, controlaban el crecimiento infantil, orientaban a las madres sobre alimentación y lactancia, evaluaban condiciones habitacionales y promovían hábitos de higiene personal, doméstica y sexual⁶.

Asimismo, la literatura muestra que la mortalidad infantil era interpretada como una amenaza para el desarrollo y que la educación de las madres era considerada la herramienta indispensable para garantizar la formación de generaciones sanas¹. Por tanto, la enfermera visitadora se convirtió en una figura clave para implementar los ideales eugenésicos al espacio doméstico; su labor consistía en proporcionar cuidados asistenciales, empero, también en modificar comportamientos, vigilar prácticas familiares y promover modelos específicos de maternidad, crianza e higiene^{5,6,8}.

Diversos estudios sugieren que estas intervenciones contribuyeron a la construcción de la denominada "maternidad científica", entendida como un conjunto de conocimientos y prácticas respaldadas por la medicina occidental para optimizar el desarrollo físico y moral de la infancia⁹. Entonces, las visitas domiciliarias pueden interpretarse como mecanismos de biopolítica mediante los cuales el Estado intervenía sobre los cuerpos y las prácticas reproductivas de la población.

4) Comunidades indígenas, eugenesia, mestizaje y reconstrucción nacional.

La revisión historiográfica muestra que la relación entre eugenesia y enfermería fue relevante entre los espacios rurales e indígenas. Estudios sobre salud pública

rural indican que las enfermeras sanitarias participaron activamente en programas dirigidos a comunidades indígenas y campesinas mediante campañas de vacunación, educación higiénica, atención materno-infantil y capacitación de parteras tradicionales³.

Estas intervenciones corresponden a los proyectos de integración nacional impulsados por el Estado pos-revolucionario, donde la eugenesia mexicana estuvo estrechamente vinculada con los ideales de mestizaje y mejoramiento de la población. En este tenor, las poblaciones indígenas se consideraba parte de la nación, pero al mismo tiempo representaban grupos diversos que debían incorporarse a los estándares sanitarios y culturales promovidos por el Estado¹⁰.

La literatura sugiere que las enfermeras rurales ocuparon una posición estratégica en el proceso de transformación de las comunidades indígenas, donde actuaron como intermediarias entre los programas gubernamentales y las poblaciones, a través de la educación sanitaria y la atención comunitaria donde pudieron difundir prácticas asociadas con la higiene moderna, la maternidad científica y la medicina preventiva^{5,6,8}.

Desde una perspectiva crítica, estas acciones también pueden interpretarse como parte de procesos de medicalización y racialización de la vida. La promoción del modelo hegemónico de salud implicó la desvalorización de saberes locales, prácticas tradicionales de atención y formas comunitarias de cuidado³. Sin embargo, la revisión también revela una importante ausencia historiográfica, ya que existen pocos estudios que analicen cómo las enfermeras rurales e indígenas negociaron estos procesos en la práctica cotidiana, y cómo las comunidades respondieron a los programas sanitarios.

En regiones como Oaxaca, donde coexistían múltiples pueblos indígenas, lenguas y tradiciones médicas, el estudio de estas interacciones resulta fundamental para comprender las formas concretas mediante las cuales los proyectos eugenésicos fueron apropiados, adaptados o resistidos en el ámbito local.

En consecuencia, la revisión permite identificar a las enfermeras rurales e indígenas como agentes históricamente invisibilizados en la historiografía de la eugenesia mexicana. No obstante, el estudio de las enfermeras

rurales ofrece la oportunidad para analizar las relaciones entre salud pública, género, raza, colonialidad y ciudadanía desde perspectivas que trasciendan las narrativas centradas exclusivamente en médicos e instituciones.

Discusión

Esta revisión muestra que la relación entre eugenesia y enfermería no puede entenderse como un fenómeno aislado ni exclusivamente curricular. Por el contrario, forma parte de procesos más amplios de construcción estatal, medicalización social y regulación de la reproducción que caracterizaron a gran parte de Latinoamérica durante el periodo estudiado⁹. Sin embargo, la revisión también evidencia que la historiografía ha desarrollado de manera desigual estos temas, privilegiando el estudio de médicos, instituciones y políticas sanitarias por encima de los agentes responsables de implementar dichas políticas en la vida cotidiana.

Uno de los principales hallazgos de la revisión es que la historiografía latinoamericana ha transitado de interpretaciones centradas en las ideas eugenésicas hacia análisis enfocados en las prácticas e instituciones. Stepan¹ demostró que la eugenesia latinoamericana no fue una simple copia de los modelos anglosajones, porque cuando en Estados Unidos predominaban políticas de esterilización, segregación y control reproductivo coercitivo, en América Latina la eugenesia se articuló principalmente con la higiene social, la puericultura, la educación sanitaria y la protección materno-infantil.

En México, la literatura sostiene que las campañas contra la mortalidad infantil, las enfermedades venéreas, la tuberculosis y el alcoholismo fueron concebidas como estrategias para fortalecer la nación mediante el mejoramiento y control de la población⁵. En este sentido, la eugenesia operó menos como una política de exclusión biológica y más como una tecnología de intervención sanitaria sobre la vida cotidiana.

En Argentina, Karina Ramacciotti⁹ muestra que los programas de salud pública latinoamericanos compartieron una preocupación por la maternidad, la infancia y la higiene como vías para construir poblaciones saludables y productivas. La literatura converge con la historiografía de la salud pública y la historia

de la enfermería, en que la expansión de los Estados sanitarios dependió no sólo de instituciones y leyes, sino también de una fuerza laboral capaz, como enfermería, para trasladar los programas gubernamentales al territorio⁵.

Los estudios sobre México muestran que la profesionalización de la enfermería estuvo estrechamente ligada a la consolidación de la medicina preventiva. La formación de enfermeras visitadoras y sanitaristas respondió a la necesidad de implementar programas de vigilancia materno-infantil, educación higiénica y control epidemiológico⁵. En consecuencia, las enfermeras se convirtieron en una especie de infraestructura humana y dispositivo del Estado sanitario¹¹.

Marcos Cueto¹², sostiene que la expansión de los sistemas de salud latinoamericanos constituyó una forma de construcción estatal, y para ello, las campañas sanitarias permitieron ampliar la presencia gubernamental en espacios rurales y periféricos donde otras instituciones estatales tenían una presencia limitada.

Desde esta perspectiva, las enfermeras no deben ser entendidas únicamente como auxiliares médicas, porque su trabajo permitió materializar en hogares, escuelas y comunidades los objetivos de las políticas sanitarias. La historiografía argentina ha avanzado significativamente en esta dirección, por ejemplo, Ramacciotti⁹ demuestra que las enfermeras participaron activamente en la consolidación de las políticas de bienestar social y protección materno-infantil, mientras que los estudios mexicanos apenas comienzan a explorar esta dimensión.

La comparación revela, una diferencia historiográfica importante, mientras que en Argentina la enfermería ha sido incorporada al análisis de los procesos de construcción estatal, en México todavía predominan estudios centrados en instituciones, médicos y programas gubernamentales⁹.

Otra de las coincidencias, es la centralidad de la maternidad dentro de los proyectos eugenésicos latinoamericanos. La historiografía feminista ha demostrado que las mujeres fueron consideradas responsables del futuro biológico y moral de la nación⁹. Y los resultados

muestran que gran parte del trabajo de las enfermeras estuvo orientado hacia la educación de madres, la protección de la infancia, la vigilancia prenatal, la promoción de la lactancia materna y la difusión de prácticas higiénicas⁵.

Desde una perspectiva de género, esta situación revela una doble dinámica. Por un lado, la enfermería representó una oportunidad de profesionalización y participación femenina en espacios públicos y estatales. Y por otro, la profesión se desarrolló dentro de marcos culturales que asociaban a las mujeres con el cuidado, la maternidad y el servicio^{8,9}.

En Argentina, Brasil y México, la expansión de la enfermería se apoyó en discursos que exaltaban las capacidades femeninas para el cuidado, al mismo tiempo que limitaban su autonomía profesional^{5,8,9}. En consecuencia, la historia de la enfermería constituye también una historia de las relaciones de género y de la construcción de feminidades profesionales dentro del Estado moderno⁸.

Los hallazgos de la revisión pueden interpretarse a la luz de la noción de biopolítica desarrollada por Foucault¹¹, donde los Estados modernos desarrollaron mecanismos destinados a gestionar la vida de las poblaciones mediante la regulación de la natalidad, la mortalidad, la enfermedad y la reproducción.

Las actividades realizadas por las enfermeras visitadoras y sanitaristas reflejan claramente estas dinámicas. La vigilancia de embarazos, el monitoreo del crecimiento infantil, la inspección de viviendas y la educación sanitaria constituyeron formas concretas de intervención y control sobre la vida cotidiana^{5,6}.

Asimismo, los resultados muestran que las enfermeras actuaron como agentes biopolíticos encargados de trasladar las estrategias estatales de regulación poblacional al ámbito doméstico. A través de ellas, el Estado pudo intervenir en prácticas relacionadas con la alimentación, la crianza, la sexualidad, la higiene y la reproducción^{5,6,8,9}.

Esta interpretación supera las concepciones que consideran a las enfermeras como ejecutoras pasivas

de órdenes médicas. Por el contrario, las sitúa como actoras fundamentales en la producción cotidiana de ciudadanía sanitaria y en la difusión de modelos hegemónicos de comportamiento considerados deseables para la nación.

La revisión también evidencia la importancia de incorporar perspectivas críticas sobre raza y colonialidad para comprender la relación entre eugenesia y enfermería. Los estudios de Alexandra Stern¹⁰ muestran que la eugenesia mexicana estuvo estrechamente vinculada al discurso del mestizaje, ya que la construcción de una nación moderna implicó la formulación de ideales específicos sobre salud, productividad y ciudadanía que se proyectaron sobre la población indígena y rural.

Desde la perspectiva de Quijano¹³, estos procesos pueden interpretarse como expresiones de la colonialidad del poder. Las políticas sanitarias no sólo buscaron combatir enfermedades, sino también transformar prácticas culturales, formas de cuidado y conocimientos considerados incompatibles con los ideales de modernidad.

En este contexto, las enfermeras rurales ocuparon una posición privilegiada para el Estado, porque su trabajo las colocó en la frontera entre las instituciones estatales y las comunidades indígenas, donde pudieron transmitir discursos sanitarios oficiales y ser mediadoras culturales que negociaban constantemente con saberes locales, parteras tradicionales y formas comunitarias de atención^{5,6}.

Pese a que existen estudios sobre eugenesia, mestizaje y políticas indígenas en México, todavía son escasas las investigaciones que examinan cómo estos procesos fueron experimentados por las enfermeras y las comunidades rurales. Este vacío es aún más evidente en regiones como Oaxaca, donde la diversidad lingüística y cultural produjo escenarios de interacción particularmente complejos.

Además, la historiografía de la eugenesia ha analizado principalmente discursos científicos, instituciones y políticas poblacionales. La historia de la salud pública se ha concentrado en campañas sanitarias y procesos de construcción estatal y la historiografía de la enfermería

ha privilegiado los procesos de profesionalización y formación y pocas investigaciones han explorado simultáneamente estas tres dimensiones.

Esta situación resulta particularmente evidente en México. Aunque existen importantes contribuciones sobre eugenesia, salud pública y enfermería, aún falta una integración analítica que permita comprender cómo las enfermeras participaron en la implementación cotidiana de los proyectos eugenésicos.

Conclusiones

La revisión historiográfica demuestra que la enfermería desempeñó un papel central en la implementación cotidiana de los proyectos sanitarios vinculados con la eugenesia en México durante la primera mitad del siglo XX. Las enfermeras visitadoras, sanitarias y rurales participaron activamente en la difusión de prácticas higiénicas, la vigilancia materno-infantil y la educación sanitaria, convirtiéndose así en agentes fundamentales para la expansión del Estado sanitario.

Desde una perspectiva biopolítica, estas profesionales contribuyeron a la administración de la vida y la regulación de las poblaciones. Desde los estudios de género, su labor revela la centralidad de las mujeres en los proyectos de salud pública. Finalmente, desde las perspectivas críticas sobre raza y colonialidad, resulta evidente que las intervenciones sanitarias formaron parte de procesos más amplios de construcción nacional e integración de poblaciones indígenas y rurales.

Persisten importantes vacíos historiográficos, por tanto, se requieren investigaciones que recuperen las experiencias de enfermeras rurales e indígenas, examinen los contenidos eugenésicos en la formación profesional y analicen las formas en que las comunidades negociaron, adaptaron o resistieron los programas sanitarios estatales.

El estudio de estas dimensiones permitirá comprender de manera más compleja la relación entre salud pública, enfermería, género, raza y construcción estatal en México y América Latina.

Autora:

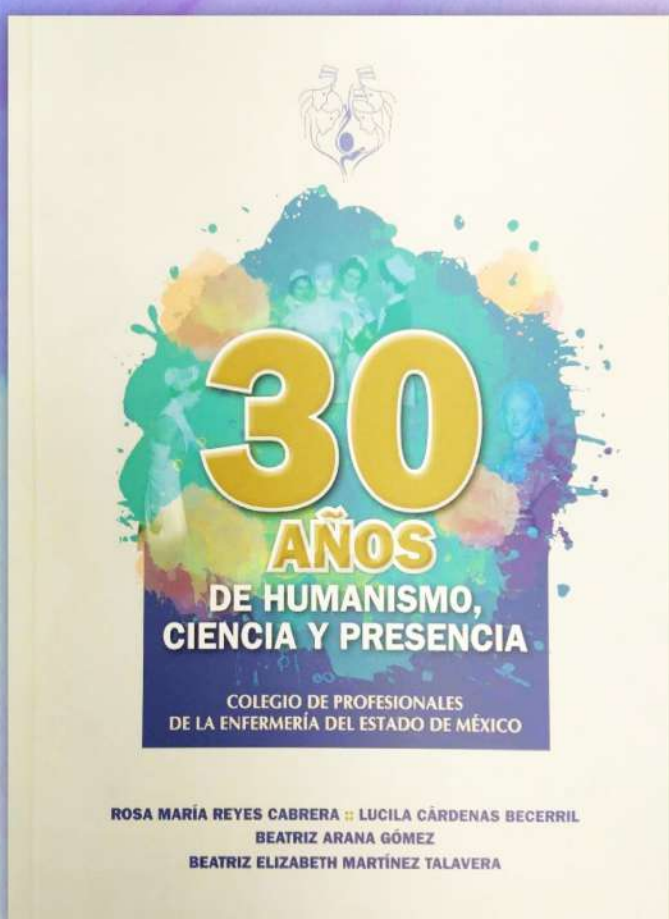
¹ Doctora en Ciencias Sociales. Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública. UNAM.
kaivo8416@gmail.com

Referencias

1. Stepan NL. *The hour of eugenics: race, gender and nation in Latin America*. Ithaca (NY): Cornell University Press, 1991.
2. Birn A.E., Solórzano A. Public health policy paradoxes: science and politics in the Rockefeller Foundation's hookworm campaign in Mexico. *Soc Sci Med*. 1999; 49(9):1197-213.
3. Carrillo AM. *La salud pública en México*. México: Instituto Mora, 2005.
4. Suárez y López Guazo L. Eugenesia y salud pública en México. *Ciencias*. 2005; (77-78):52-61.
5. Agostoni C. Las mensajeras de la salud: enfermeras visitadoras en la Ciudad de México durante la década de 1920. *Estud Hist Mod Contemp Mex*. 2007; (33):89-120.
6. Mijangos FK. Formación de enfermeras sanitarias: para comprender su papel en la construcción de la salud pública en México (1922-1940). *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2024; 32(2):1-10.
7. Snyder H. Literature review as a research methodology: An overview and guidelines. *J Bus Res*. 2019; 104:333-9.
8. Sacristán C. Historia de la enfermería en México. Un enfoque historiográfico. *Hist Mex*. 2022; 72(2):223-58.
9. Ramacciotti KI. *Historia de la enfermería argentina: pasado y presente de una profesión*. Buenos Aires: Biblos, 2019.
10. Stern AM. Mestizophilia, biotypology and eugenics in post-revolutionary Mexico. *Soc Hist Med*. 2000; 13(3):369-97.
11. Foucault M. *Seguridad, territorio, población*. México: Fondo de Cultura Económica, 2007.
12. Cueto M. *Cold War, deadly fevers: malaria eradication in Mexico, 1955-1975*. Baltimore (MD): Johns Hopkins University Press, 2007.
13. Quijano A. Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina. In: Lander E. *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*. Buenos Aires: CLACSO; 2

30 años de Humanismo, Ciencia y Presencia.

Colegio de profesionales de la Enfermería del Estado de México



A 30 años de vida colegiada, el Colegio de Profesionales de Enfermería del Estado de México (COPEEM), con la intención de fortalecer y visibilizar a la profesión a partir del conocimiento científico, humanístico y epistemológico, ha preservado tres valores principales que se ven plasmados en su lema: *Humanismo, Ciencia y Presencia*. En primera instancia el *humanismo*, valor que ha caracterizado a nuestra profesión desde su etapa moderna; ciencia, en el sentido de que el personal de enfermería debe saber y conocer la función profesional con elementos científicos y, finalmente, *Presencia*, la cual considera la actitud del *Ser, Saber y Hacer* de dicha profesión.

Este libro plasma la evolución del COPEEM. Se describen tres momentos: Andando el camino (2016- 2019), el camino andado (1989-2016) y el camino por andar (2019-2030). Tanto su presidenta actual, Rosa María Reyes Cabrera, como las ex presidentas: Lucila Cárdenas Becerril, Adriana Uribe Cuevas, María del Carmen Valencia López, Marcela Calzada Peña, María Simona Peralta Ugalde, Beatriz Arana Gómez y María Ana Hernández Arias, describen los logros y el crecimiento de este órgano colegiado, a través del liderazgo y la toma de decisiones que les permitió llevar a cabo diversas funciones y acciones. Al final se proyectan las 10 acciones que las coautoras creen que el COPEEM debe trabajar, liderar y gestionar en los ámbitos institucional, laboral, social y político, para favorecer el cumplimiento de los objetivos de este colectivo.

En esencia, la narrativa de los 30 años de vida gremial es un reconocimiento a quienes han trabajado por establecer y cumplir objetivos y metas comunes que permitan dirigir los esfuerzos del grupo colegiado de enfermeras y enfermeros del Estado de México, dejando evidencia del trabajo en equipo y de los líderes de enfermería, quienes no han escatimado tiempo ni esfuerzo para cristalizar diversos proyectos en las áreas educativa y asistencial, enfocadas a la salud y a Enfermería.

Costo: \$200

10% de descuento a las socias activas del **COPEEM**.

cuidar



Revista del Colegio de Profesionales de la Enfermería
del Estado de México

¡¡Te invitamos a publicar con nosotros!!

La Revista CuiDar, es una publicación digital cuatrimestral, que tiene como finalidad impulsar y fomentar la divulgación del conocimiento cultural y científico en enfermería.

Las secciones que conforman esta revista son:

- **Editorial:** Solo por invitación.
- **Artículos originales de investigación:** Son producto de proyectos de investigación o informe de resultados que agregan valor cultural o científico al área de enfermería.
- **Trabajo colegiado y gremial:** Son textos que describen las actividades más sobresalientes, así como los logros del trabajo colegiado del COPEEM.
- **Evidencias Exitosas:** Textos derivados de la experiencia profesional, en los que se describen las vivencias o hazañas dentro del área laboral que aporten evidencias de los logros del gremio de enfermería.
- **Miscelánea:** Son ensayos libres de análisis crítico sobre la experiencia profesional en cualquier contexto o vivencias académicas.
- **Reflexiones del ayer y Prospectiva:** Escritos de corte histórico o social, que muestren los desafíos superados o por superar en los diferentes contextos profesionales de enfermería.

Para conocer los lineamientos de publicación consulta nuestra página web:

<https://www.revcuidar.info/normas.php>

Para más información contáctanos al correo:
rev.cuidarcopeem@gmail.com