

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Humanizar el cuidado desde el territorio: experiencia de un Centro Universitario de Enfermería Comunitaria

Humanizing care from the territory: experience of a University Community Nursing Center

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25sI.6433

Ana Rita Castro [1]
Itzayana Huitron Santana [2]
Zoila Romualdo Pérez [3]
Dulce Elena Castillo Villegas [4]

Correspondencia: Ana Rita Castro. Dirección postal: Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México. Av. Pacífico 159, interior 104, Col. Los Reyes. C.P 04330. Coyoacán. Ciudad de México. México
Correo electrónico: anarita.castro@feno.unam.mx

Licencia CC-By-NC-ND

[1] *Doctor en Ciencias en Salud Colectiva. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[2] *Especialista en Enfermería en Salud Pública. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México. México.*
[3] *Maestra en Enfermería. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.*
[4] *Maestra en Enfermería. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.*

Ana Rita Castro
Itzayana Huitron Santana
Zoila Romualdo Pérez
Dulce Elena Castillo Villegas



Resumen

Objetivo: Fundamentar la humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario desde el territorio, a partir de la experiencia universitaria del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), ubicado en San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, Ciudad de México.

Materiales y Métodos: Se realizó una sistematización de la experiencia universitaria desarrollada en el CUEC y análisis documental. Se analizó la experiencia de mediados de 2019 hasta 2026, considerando contexto territorial, organización, actores, formación y acciones de atención y vinculación comunitaria. Se analizaron los programas de Salud Materna Integral, Estimulación Oportuna, Acompañamiento al Proceso de Envejecimiento y Cuidado en el Hogar.

Resultados: La sistematización permitió construir una propuesta de humanización de los cuidados en salud comunitaria organizada en cinco anclajes: enfoque de derechos humanos; formación interprofesional en clave humanizada; atención centrada en las personas y las familias; práctica colaborativa situada con actores sanitarios y no sanitarios; y fortalecimiento de la participación y autonomía sobre la salud, junto con formación situada y humanizada de prestadores de servicio social. Estos anclajes articulan dimensiones éticas, relacionales, técnicas y sociopolíticas del cuidado.

Conclusiones: La experiencia del CUEC muestra que humanizar los cuidados en la comunidad requiere situar las prácticas en el territorio, reconocer a las personas y comunidades como sujetos de derechos, saberes y decisiones, y fortalecer la colaboración interprofesional y comunitaria. La propuesta ofrece referentes para transformar prácticas de cuidado en otros escenarios comunitarios.

Palabras Claves: Humanización de la Atención; Enfermería en Salud Comunitaria; Atención Primaria de Salud; Educación Interprofesional.

Abstract

Objective: To provide a foundation for the humanization of health care in community settings from a territorial perspective, based on the university experience of the University Center for Community Nursing (CUEC), located in San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, Mexico City.

Materials and Methods: A systematization of the university experience developed at CUEC was conducted, complemented by documentary analysis. The experience from mid-2019 to part of 2026 was analyzed, considering the territorial context, organization, participating actors, educational processes, and community care and engagement activities. The programs of Comprehensive Maternal Health, Early Stimulation, Support for the Aging Process and Home Care.

Results: The systematization led to a proposal for the humanization of community health care organized around five anchors: a human rights approach; humanized interprofessional education; person- and family-centered care; situated collaborative practice involving health and non-health actors; and strengthening people's participation and autonomy regarding their health, together with situated and humanized training for social service providers. These anchors articulate ethical, relational, technical, and sociopolitical dimensions of care.

Conclusions: The CUEC experience shows that humanizing community care requires situating practices within the territory, recognizing people and communities as subjects of rights, knowledge, and decision-making, and strengthening interprofessional and community collaboration. The proposal provides references for transforming care practices in other community settings.

Keywords: Humanization of Care; Community Health Nursing; Primary Health Care; Interprofessional Education.

• Fecha de recibido: 21 de octubre de 2026 • Fecha de aceptado: 02 de noviembre de 2026
• Fecha de publicación: 02 de noviembre de 2026

Licencia CC-By-NC-ND

Horizonte sanitario
Suplemento I. Humanización de los Cuidados: Avances desde la Investigación Científica. Vol. 25 (2026)
ISSN (en línea): 2007-7459
https://revistahorizonte.ujat.mx/

Introducción

El cuidado humanizado en salud es fundamental en los distintos escenarios donde se produce y gestiona la atención y los cuidados mismos: clínicos, administrativos y comunitarios. Su desarrollo surgió como reacción ante el paradigma hegemónico del modelo biomédico, caracterizado por el biologicismo, la centralidad de la enfermedad, la hiperespecialización y la tendencia a no considerar las dimensiones históricas, sociales, económicas y culturales del proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado. En ese modelo, la intervención de los profesionales se orienta principalmente al diagnóstico, el tratamiento y la normalización del funcionamiento corporal, mientras la experiencia de la persona ocupa un lugar secundario o en el peor de los casos, es invisibilizada[1].

La medicalización, y la centralidad en la enfermedad pueden desplazar a la persona, y favorecer procesos de objetivación y despersonalización que afectan tanto a quienes utilizan los servicios como a quienes prestan, planifican y gestionan los cuidados. Es por ello, que la humanización no puede reducirse al buen trato, sino que requiere articular la calidad técnica, con el reconocimiento de los derechos, la subjetividad y la cultura de las personas, además de considerar las condiciones en las que trabaja el personal de salud[2]. En este trabajo se recupera un enfoque relacional del cuidado humanizado en el ámbito comunitario, entendido como un encuentro entre sujetos en el que las necesidades y las formas de cuidar se construyen mediante la escucha, el diálogo y el reconocimiento del otro[3]. Esta mirada permite, tomar distancia de ciertos enfoques de una salud pública funcionalista que interpreta los problemas comunitarios como desviaciones o disfunciones que deben corregirse, sin considerar suficientemente los procesos históricos, sociales, económicos, culturales y políticos que configuran la salud de los diferentes grupos y colectividades[4].

La humanización en salud no constituye únicamente una cualidad interpersonal del cuidado, sino una práctica ética, técnica y política mediante la cual se reconoce a las personas como sujetos de derechos, saberes y decisiones, dentro de relaciones e instituciones que también deben ser transformadas. El proceso de cuidar en este caso, se desarrolla en la relación entre el personal de enfermería y la persona cuidada, a partir de condiciones como disponibilidad, receptividad, intencionalidad, confianza y aceptación. Se trata de una relación interactiva que puede favorecer el crecimiento de ambos; sin esta interacción, no podría hablarse propiamente de una relación de cuidado[5].

En este sentido, la propuesta de Jean Watson aporta un fundamento para comprender el cuidado como una práctica esencialmente relacional y humana, es decir, la relación de cuidado implica reconocer a la persona en su totalidad y un cuidado caracterizado por la confianza, la escucha, el reconocimiento de la experiencia subjetiva y el respeto por la dignidad humana. Los procesos Caritas propuestos por Watson permiten comprender que cuidar no se limita a la ejecución técnicamente correcta de procedimientos, sino que involucra formas de estar, relacionarse, acompañar, enseñar y responder a las necesidades de las personas desde una perspectiva humanística[6].

Esta perspectiva resulta clave en el ámbito comunitario, donde el encuentro de cuidado ocurre en espacios cotidianos y territoriales, y donde las necesidades de salud se encuentran estrechamente

Licencia CC-By-NC-ND

vinculadas con las condiciones de vida, las relaciones familiares y los saberes. Así, el cuidado humanizado puede entenderse como una práctica relacional situada, en la que el personal de salud no solamente interviene sobre una necesidad, sino que construye con las personas y comunidades respuestas acordes con sus experiencias y saberes.

Como respuesta a esta necesidad de atención ubicada en el territorio, la Enfermería Comunitaria trasciende los centros de salud tradicionales para integrarse en la dinámica social de las poblaciones. Su práctica se orienta al cuidado contextualizado con personas y sus familias en colaboración con equipos interprofesionales, promoviendo la participación comunitaria y abordando los determinantes sociales en consonancia con la Atención Primaria de Salud[7].

En este sentido el territorio adquiere un papel fundamental, no se trata únicamente del espacio geográfico donde se localizan los servicios, sino de un espacio social, político y cultural en el que se configuran modos de vida, relaciones, saberes, recursos, desigualdades, redes y prácticas de cuidado. La Organización Panamericana de la Salud plantea que una aproximación territorial en la atención primaria permite reconocer cómo las condiciones sociales se expresan de manera concreta en los territorios y favorece la articulación entre equipos de salud, comunidades, gobiernos locales y otros actores para abordar las inequidades en salud. Desde esta mirada, el territorio no es únicamente el escenario donde ocurre el cuidado, sino una dimensión que participa en su construcción y que debe ser considerada para desarrollar respuestas pertinentes, participativas y culturalmente situadas[8].

El objetivo de este trabajo es fundamentar la humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario desde el trabajo del territorio, a partir de una experiencia universitaria de un centro en un pueblo originario, de la alcaldía de Xochimilco, en la Ciudad de México.

Materiales y Métodos

Se realizó una sistematización de la experiencia universitaria desarrollada en el Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC), de la Facultad de Enfermería y Obstetricia (FENO) de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ubicado en el pueblo originario de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco, Xochimilco, al sur de la Ciudad de México. La sistematización permitió recuperar y analizar la experiencia de dicho centro para reconocer los procesos de producción y gestión del cuidado, combinado con un análisis documental. La experiencia analizada corresponde al periodo que comprende agosto del año 2019 hasta agosto de 2026. Se seleccionaron esos meses, porque es cuando ocurre el ingreso de una nueva promoción de prestadores o pasantes del servicio social de la FENO, es decir, de pasantes de ambas licenciaturas, las cuales imparte la facultad: Enfermería y Enfermería y Obstetricia. La duración del servicio social de las carreras de Enfermería y Medicina es de un año ininterrumpido.

Licencia CC-By-NC-ND

El CUEC es un espacio de formación en la atención y el cuidado comunitario, cuya misión es desarrollar las bases teórico metodológicas de la enfermería comunitaria en el servicio social principalmente bajo el enfoque de una colaboración interprofesional. Su propósito es formar perfiles de profesionales de la salud bajo una perspectiva comunitaria e interprofesional con los más altos valores humanos.

Tomando en cuenta la propuesta metodológica de Oscar Jara Holliday la sistematización de experiencias comprende la recuperación, reconstrucción, interpretación crítica y reflexión sobre la experiencia vivida, permitiendo identificar los procesos desarrollados, los factores que intervienen en ellos y los aprendizajes construidos a partir de la práctica[9]. Bajo esta mirada es que se presenta la sistematización de la experiencia del CUEC, el cual como ya se mencionó es un espacio de formación de estudiantes de pregrado, posgrado y prestadores de servicio social en escenarios reales[10] en la atención-cuidado misma que se materializa a través de tres programas y servicios.

La sistematización reconstruye y analiza la experiencia del CUEC como espacio universitario de formación, atención y vinculación comunitaria, considerando su contexto territorial, sus antecedentes, trayectoria, organización, actores participantes, procesos de formación y las acciones que desarrolla con la población. Para ello, se recuperarán los elementos que permitan comprender cómo se ha construido y transformado la experiencia del CUEC, así como los principios y características que orientan su trabajo comunitario, intercultural e interprofesional.

Para recuperar la experiencia se utilizaron las siguientes técnicas: revisión documental, un taller reflexivo con los pasantes del servicio social de la promoción de agosto 2025- julio 2026 y cápsulas de video a las personas usuarias de los programas y servicios. La revisión comprendió el documento rector del CUEC, los documentos que describen los programas y servicios de atención del centro así como los informes finales que elaboraron los pasantes al finalizar su servicio social. Estas fuentes permitieron recuperar la orientación institucional, las actividades desarrolladas y parte de las experiencias formativas y de cuidado que fueron documentadas durante el periodo comprendido.

En el taller se utilizaron fichas reflexivas para recuperar los puntos de vista y significados que atribuyen los pasantes del servicio social a su experiencia de cuidado y colaboración interprofesional en el CUEC, así como identificar algunas de las contribuciones de esta experiencia en su formación profesional y en la atención. En esta actividad participaron un total de 12 pasantes de las diferentes licenciaturas que contempla el programa de servicio social de carácter interprofesional: seis de Enfermería y Obstetricia, dos de Enfermería, dos de Medicina, uno de Psicología y uno de Trabajo Social; siendo siete mujeres y cinco hombres. El rango de edad comprendida va de los 21-24 años. Estas fichas permitieron complementar con la información documental seleccionada e incorporar las perspectivas de quienes cuidan.

En cuanto a las cápsulas se grabaron el 22 de abril de 2026, en las instalaciones del CUEC, y también en el hogar de algunas de las personas usuarias. Para recuperar las voces de la comunidad, se definieron como criterios de inclusión: ser persona usuaria de alguno de los programas del CUEC, contar con

Licencia CC-By-NC-ND

una trayectoria mínima de tres años de participación regular en los servicios, manifestar disposición y otorgar su consentimiento informado, así como autorizar la grabación y utilización de su voz e imagen con fines académico-institucionales. En este ejercicio, participaron siete personas usuarias, seis mujeres y un hombre, con edades comprendidas entre los 25 y 81 años, de los diferentes programas. Por ejemplo, del programa de Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar para el abordaje de visitas domiciliarias participó una pareja de adultos mayores, en el caso de los talleres comunitarios participaron dos usuarias sin parentesco alguno, las tres restantes participaban en los programas de Salud Materna Integral y Estimulación Oportuna; es importante destacar que dada la articulación de estos programas permite la continuidad del abordaje, por ello, las personas participantes son un referente relevante. De las personas grabadas cinco ingresaron en 2023, una en 2022 y 2018, lo que permitió recuperar perspectivas de personas de distintas edades, así como experiencias relacionadas con diferentes modalidades de atención y cuidado comunitario.

La experiencia objeto de sistematización corresponde a la producción de cuidados humanizados que se desarrollan en el CUEC a través de sus diferentes programas y servicios. Dentro de los programas se consideraron: Salud Materna Integral, Estimulación Oportuna, Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar y; como un servicio transversal la Atención Clínica Comunitaria Intercultural. Cada uno de estos son considerados como escenarios en los que se llevan a cabo acciones de promoción de la salud, prevención y detección oportuna de enfermedades, además de acompañamiento desde el liderazgo colaborativo de Enfermería a las personas, familias y comunidad. Estos programas constituyen espacios de interacción directa con las personas usuarias y permiten recuperar las prácticas mediante las cuales se construye el cuidado en un territorio y contexto sociocultural determinado. A continuación, se describen los componentes de cada uno de los programas y del servicio de Atención Clínica Comunitaria Intercultural[11]:

1. Salud Materna Integral: En el cual se llevan a cabo sesiones de psicoprofilaxis, se brinda información personalizada y contextualizada de acuerdo con las características clínicas, sociales y culturales de la población en temas de planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y embarazos no deseados, consejería para adolescentes y jóvenes sobre pubertad, sexualidad y salud reproductiva, asesoría en salud menstrual, detección de cáncer cervicouterino y mamario.

2. Estimulación Oportuna: Este programa está dirigido principalmente a niñas y niños que atraviesan la primera infancia, así como a sus padres, madres y cuidadores primarios, con el propósito de favorecer un crecimiento y desarrollo integral desde una perspectiva de promoción de la salud y acompañamiento familiar. Se lleva a cabo mediante talleres de estimulación oportuna orientados a fortalecer las diferentes áreas del desarrollo infantil como son motor fino, motor grueso, cognición, lenguaje y socialización, además de proporcionar a las familias herramientas para favorecer el desarrollo de las niñas y los niños en su entorno cotidiano. De manera complementaria, se realizan talleres de crianza positiva dirigidos a cuidadores primarios, promoviendo conocimientos y prácticas que permitan acompañar el crecimiento y desarrollo infantil y reconocer oportunamente situaciones que requieran atención o seguimiento.

Licencia CC-By-NC-ND

3. Acompañamiento al proceso de Envejecimiento y Cuidado en el hogar: Este programa está dirigido principalmente a personas adultas mayores, con el propósito de favorecer un envejecimiento saludable, la autonomía, el bienestar y la continuidad de los cuidados en el entorno familiar y comunitario. Se desarrolla mediante dos estrategias principales, la Visita Domiciliaria la cual permite realizar un abordaje integral, humanizado y familiar, considerando las condiciones de vida, necesidades de salud, dinámicas familiares y recursos disponibles en el hogar. Asimismo, favorece el seguimiento de las personas adultas mayores y la orientación a sus familiares y cuidadores para fortalecer las prácticas de cuidado. La segunda estrategia corresponde a los Talleres y actividades en el CUEC, donde se constituye como un espacio de participación, aprendizaje y convivencia que favorecen el empoderamiento de las personas adultas mayores, mediante actividades de promoción de la salud fundamentadas en sus necesidades e intereses. Estos espacios buscan fortalecer conocimientos, habilidades, autonomía y participación activa en el cuidado de su salud.

4. Atención Clínica Comunitaria Intercultural: Se concibe como un servicio transversal del CUEC, ya que se constituye como un proceso de atención que se integra a los diferentes programas y permite responder a las necesidades de las personas, familias y comunidad. Si bien cada programa atiende poblaciones específicas, la Atención Clínica Comunitaria comparten componentes comunes relacionados con la valoración, identificación de necesidades, orientación, atención, seguimiento y articulación con otros servicios. Su carácter transversal permite adaptar estos componentes a las particularidades de cada programa, sin perder una estructura común que favorezca la continuidad, integralidad y calidad de la atención.

Como parte clave de esta experiencia se destaca el servicio social interprofesional desarrollado en el CUEC desde el año 2019, en el que participan pasantes de servicio de las licenciaturas de Enfermería, Enfermería y Obstetricia, Medicina, Nutrición, Psicología, Trabajo Social y Medicina Veterinaria y Zootecnia.

El trabajo conjunto entre cada una de estas disciplinas permite analizar la manera en que diferentes saberes se articulan en la atención de las necesidades identificadas en las personas, familias y demás grupos presentes en la comunidad, así como las formas de comunicación, colaboración y toma de decisiones que se construyen durante el trabajo comunitario. Asimismo, se reconoce la participación de docentes, tutores académico-clínicos, familias, comunidad y otros actores que intervienen en el desarrollo de las acciones.

Asimismo, conviene destacar que la información recuperada se organizó por programa, modalidad de atención y fuente: documentos institucionales, fichas reflexivas y testimonios de las personas usuarias registrados en video. Mediante la lectura de los documentos y las fichas, así como la revisión de las cápsulas, se identificaron temas relacionados con las formas de cuidado, la colaboración interprofesional y la relación con las personas usuarias. Posteriormente, se contrastaron las informaciones de los distintos programas y las aportaciones de las disciplinas o profesiones involucradas, reconociendo coincidencias, diferencias y tensiones entre la orientación institucional, las experiencias de los pasantes y los

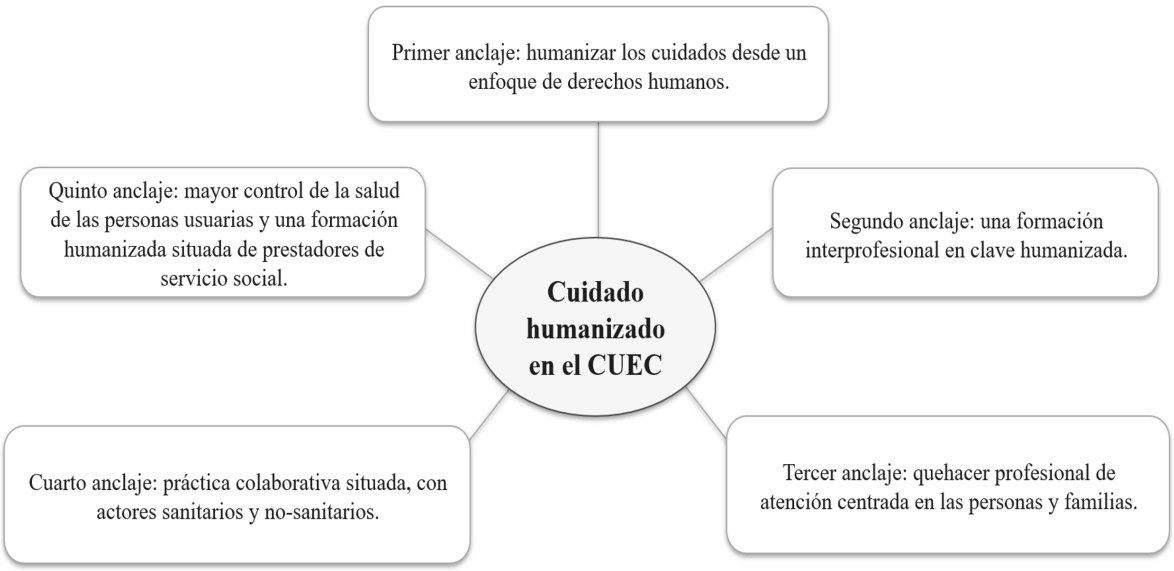
Licencia CC-By-NC-ND

testimonios de las personas usuarias acerca de la atención recibida, haciendo énfasis en la satisfacción. La interpretación crítica se centró en comprender cómo las formas de organización del trabajo y las relaciones entre personal de salud y personas usuarias favorecen o limitan la humanización de los cuidados, así como en reconocer los aprendizajes y desafíos que surgen de la práctica comunitaria.

Resultados

A la luz de la sistematización de la experiencia universitaria y comunitaria que representa el CUEC, se ha pensado y consensuado una propuesta de humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario con cinco anclajes (Figura 1).

Figura 1. Propuesta de humanización de los cuidados en salud en el ámbito comunitario



Fuente: Elaboración propia.

Primer anclaje: humanizar los cuidados desde un enfoque de derechos humanos

Este primer anclaje parte de reconocer que cualquier tipo de experiencia de cuidado que no esté fundamentada en los derechos humanos difícilmente puede sostenerse en una sociedad democrática. Cuidar implica reconocer la dignidad de todas las personas, sin distinción alguna, así como respetar su autonomía, decisiones saberes y las diferentes formas en que comprenden y viven los procesos de salud y enfermedad.

Para el CUEC, las personas no son receptoras pasivas de indicaciones por parte del personal de salud, sino sujetos de derechos con capacidad de agencia, que son participantes activas en la construcción de

Licencia CC-By-NC-ND

su propio cuidado. Esto requiere proporcionar información clara, escuchar sus necesidades y respetar sus decisiones. Además, generar ciertas condiciones para que puedan expresar lo que piensan, sienten y aguardan de la atención. Es por ello, que el la experiencia del CUEC está centrada en las necesidades de las personas usuarias y no en el personal de salud. En ese sentido, humanizar los cuidados significa también revisar las relaciones de poder, de poca horizontalidad entre personal de salud y las personas usuarias de los servicios.

Como plantea Joan Tronto, desde la ética del cuidado, el cuidado puede contribuir a la construcción de una sociedad democrática cuando las necesidades de todas las personas son escuchadas y cuando las responsabilidades de cuidar se distribuyen de manera justa[10]. Esto supone reconocer tanto a quienes reciben los cuidados como a quienes los proporcionan, pues no puede hablarse de humanización si el personal de salud trabaja en condiciones de sobrecarga, precariedad o falta de reconocimiento. Tampoco puede considerarse democrático un cuidado en el que las decisiones se toman de manera unilateral y la voz de las personas no es tomada en cuenta o invisibilizada.

En este sentido, los cuidados no son democráticos por el solo hecho de realizarse. Se construyen democráticamente cuando existe participación, diálogo, corresponsabilidad y posibilidad de decidir. Para Tronto, cuidar con otras y otros implica incorporar valores como la confianza, la solidaridad, la justicia y la igualdad. De esta manera, el cuidado deja de entenderse como una responsabilidad individual o privada y se reconoce como una práctica social y política indispensable para sostener la vida. Aunque sea el personal de enfermería o de otra profesión relacionada con la salud, es un conocimiento y saber que se construye con ese otro y se alimenta en ambas direcciones.

En la experiencia del CUEC, este enfoque se expresa en el reconocimiento de las personas como participantes activas del cuidado. La consultoría de Enfermería, las visitas domiciliarias y los talleres comunitarios buscan generar espacios de escucha y acompañamiento en los que se consideran no solo síntomas o signos, sino que en la valoración del cuidado y la planificación de los mismos, son tomadas en cuenta las condiciones familiares, sociales, culturales y territoriales en las que transcurre la vida. Desde esta perspectiva, humanizar los cuidados significa construirlos con las personas y no únicamente para ellas.

***Segundo anclaje: una formación interprofesional en clave humanizad*a**

La formación interprofesional representa una oportunidad para fomentar relaciones basadas en el diálogo, el reconocimiento mutuo, la corresponsabilidad y el trabajo colaborativo. Implica aprender con, de y sobre otras disciplinas, además de desarrollar capacidades para escuchar otros saberes y reconocer los límites de su propio campo profesional. La interprofesionalidad no implica únicamente reunir diferentes profesiones en un mismo espacio, sino construir una cultura de colaboración en la que las distintas perspectivas se integren alrededor de las necesidades de las personas, las familias y las comunidades.

Desde una perspectiva humanizada, esta formación también exige revisar las relaciones de poder entre profesiones, la colaboración interprofesional requiere superar modelos en los que una disciplina ocupa

Licencia CC-By-NC-ND

una posición central y las demás actúan de manera subordinada. Se trata entonces de reconocer el valor de cada profesión, y comprender que el cuidado es una responsabilidad compartida.

En el CUEC, este anclaje se expresa en las experiencias de aprendizaje que favorecen el encuentro entre profesionales de distintas áreas, así como con las personas, familias y actores comunitarios. El territorio se convierte en un espacio en el que se aprende que los problemas de salud no son únicamente clínicos y que su abordaje requiere integrar conocimientos profesionales con los saberes y experiencias de quienes habitan la comunidad. Así, la formación interprofesional se convierte también en una formación para la humanización, porque enseña a reconocer al otro, dialogar, colaborar y construir respuestas colectivas.

Tercer anclaje: quehacer profesional de atención centrada en las personas y familias

La humanización de los cuidados también requiere transformar el quehacer de los profesionales de la salud. Una atención centrada en las personas y las familias implica reconocer que quienes acuden a los servicios no pueden ser reducidos a una enfermedad, un diagnóstico o una necesidad de intervención, aunque sí lo requieran. Son personas con una historia, saberes, valores, vínculos y sus condiciones materiales de vida que influyen en la manera en que viven la salud, la enfermedad y su experiencia de cuidado.

Desde esta perspectiva, el conocimiento profesional sigue siendo necesario, pero no es el único que interviene en la atención. Las personas y sus familias cuentan con saberes construidos a partir de su experiencia cotidiana, conocen sus posibilidades y limitaciones, y participan de diferentes maneras en el cuidado. Por ello, la relación no debería establecerse desde la imposición de indicaciones, sino mediante la escucha activa, el diálogo y la construcción conjunta de alternativas que sean posibles y tengan sentido para quienes las llevarán a cabo.

Incorporar a las familias tampoco significa trasladarles toda la responsabilidad del cuidado. Es reconocer una red de apoyo social informal clave y al mismo tiempo incluirles en el abordaje integral de parte del personal de salud. Es necesario reconocer su participación, pero también identificar cómo se distribuyen las tareas al interior de los hogares, quiénes cuidan, en qué condiciones lo hacen y con qué apoyos cuentan. Cuidar a quienes cuidan en el escenario de la clínica comunitaria como en el hogar es parte de una propuesta de humanización de los cuidados.

En el CUEC, este anclaje se expresa en la consultoría de Enfermería, la visita domiciliaria y los talleres comunitarios. Estos espacios permiten conocer a las personas más allá de su padecimiento y comprender sus diferentes realidades que condicionan sus experiencias de cuidado. De manera particular, la visita domiciliaria acerca al personal y a los prestadores de servicio social a la vida cotidiana, donde las recomendaciones profesionales se encuentran con las posibilidades reales de las personas y sus familias. El hogar se configura como un escenario privilegiado para un quehacer transformador.

Licencia CC-By-NC-ND

Por ello, centrar la atención en las personas y las familias supone pasar de una práctica que prescribe a otra que acompaña, dialoga e intenta construir acuerdos. Este cambio requiere que el personal de salud desarrolle capacidades para escuchar, comunicar, reconocer otros saberes y tomar decisiones compartidas. También implica mantener la continuidad del cuidado y establecer relaciones de confianza, sin perder de vista sus competencias técnicas.

Desde la experiencia del CUEC, la atención centrada en las personas y las familias constituye una forma concreta de humanizar los cuidados, porque reconoce su participación activa, recupera las particularidades de cada situación y busca que las acciones propuestas respondan a las necesidades y condiciones reales de quienes viven y sostienen el cuidado.

Cuarto anclaje: práctica colaborativa situada, con actores sanitarios y no-sanitarios

Los problemas que afectan la salud y el bienestar de las comunidades no pueden resolverse exclusivamente desde los servicios sanitarios. Las condiciones en las que las personas nacen, crecen, trabajan, envejecen y construyen sus relaciones determinan en gran medida sus posibilidades de cuidar y sostener su salud, por ello, humanizar los cuidados en el ámbito comunitario implica ampliar la mirada más allá de las instituciones y profesiones sanitarias[8].

La práctica colaborativa situada parte del reconocimiento de que en el territorio existen múltiples actores que poseen conocimientos, recursos y capacidades para contribuir al cuidado: familias, organizaciones comunitarias, instituciones educativas, colectivos sociales, autoridades locales y otros actores no sanitarios. Estos actores no deben ser considerados únicamente como recursos disponibles para ejecutar acciones definidas por los profesionales, sino como interlocutores y participantes en la construcción de respuestas de cuidado.

En la experiencia del CUEC, la práctica colaborativa situada permite articular la universidad, los servicios de salud y los diferentes actores presentes en el territorio. Las actividades comunitarias se convierten así en espacios de encuentro en los que los conocimientos académicos dialogan con los saberes construidos desde la experiencia cotidiana. Humanizar implica, entonces, no solamente atender a la comunidad, sino trabajar con la comunidad, reconociendo su capacidad para participar en la construcción de soluciones relacionadas con su salud y bienestar.

Quinto anclaje: mayor control de la salud de las personas usuarias y una formación humanizada situada de prestadores de servicio social

El cuidado humanizado no termina cuando se proporciona una orientación, se realiza un procedimiento o se resuelve una necesidad inmediata, su propósito es además favorecer que las personas desarrollen mayores capacidades para comprender, decidir y actuar sobre aquello que influye en su salud. En este sentido, humanizar implica pasar de una atención que hace por las personas hacia una práctica que fortalezca sus capacidades para cuidar de sí mismas y de otras personas.

Licencia CC-By-NC-ND

Esto implica fortalecer la autonomía, la alfabetización en salud, la capacidad de tomar decisiones y el reconocimiento de los propios recursos. Esto no significa trasladar la responsabilidad de la salud únicamente a las personas, sino generar condiciones para que puedan participar de manera informada en las decisiones que les afectan. La autonomía, por tanto, debe comprenderse en relación con las condiciones sociales, familiares y territoriales que posibilitan las opciones de cuidado.

Este anclaje adquiere una dimensión particular en la formación de quienes realizan su servicio social, ya que el territorio constituye un espacio privilegiado para aprender que el ejercicio profesional no implica únicamente aplicar conocimientos técnicos, sino en comprender realidades concretas, reconocer desigualdades, escuchar a las personas y construir respuestas pertinentes. La formación situada permite que las y los prestadores de servicio social de distintas disciplinas desarrollen competencias profesionales al mismo tiempo que fortalecen capacidades relacionales, éticas y comunitarias.

En el CUEC, la participación de prestadores de servicio social es una experiencia formativa bidireccional: mientras las personas y comunidades fortalecen sus capacidades para participar en el cuidado de su salud, las y los estudiantes aprenden a ejercer una práctica profesional más reflexiva, colaborativa y sensible al contexto. El territorio deja de ser únicamente el lugar donde se presta un servicio y se convierte en un espacio de aprendizaje, encuentro y transformación.

Discusión

Desde la perspectiva de Watson, el cuidado constituye una experiencia relacional en la que la presencia, la confianza, la escucha y el reconocimiento de la subjetividad forman parte de la propia práctica de cuidar[6]. Esta aproximación resulta pertinente para interpretar la experiencia del CUEC, donde el cuidado ocurre en distintos escenarios, incluyendo la atención clínica, los talleres, el acompañamiento familiar y la visita domiciliaria.

El primer anclaje, sustentado en los derechos humanos, adquiere particular relevancia porque establece el fundamento ético de los demás. Humanizar el cuidado implica reconocer la dignidad, autonomía, diversidad y capacidad de decisión de las personas. El segundo anclaje, referido a la formación interprofesional, permite reconocer que la humanización también se aprende y se construye durante la formación de los profesionales[12]. La experiencia del CUEC muestra que compartir escenarios de formación entre diferentes disciplinas favorece una comprensión más amplia de las necesidades de las personas y reduce el riesgo de fragmentar el cuidado.

El tercer y cuarto anclaje muestra que la atención centrada en personas y familias y la práctica colaborativa situada son dimensiones inseparables. Los cuidados adquieren mayor pertinencia cuando las decisiones se construyen a partir de las necesidades, posibilidades y condiciones concretas de las personas, y cuando los equipos reconocen los recursos existentes en las familias y comunidades. Esto coincide con el marco renovado de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), que propone

Licencia CC-By-NC-ND

fortalecer capacidades relacionadas con los derechos humanos, el abordaje de los determinantes sociales, el acceso equitativo a servicios integrales y de calidad y la colaboración entre diferentes actores[13]. En este sentido, las FESP permiten ampliar la discusión sobre humanización desde la relación profesional-persona hacia las responsabilidades institucionales y sociales que hacen posible el cuidado.

Para concretar la humanización de los cuidados en lo comunitario se requiere un mapeo de actores sanitarios y no sanitarios, que apuntale a una práctica colaborativa que se construya a partir de las necesidades y características de cada territorio. Los problemas de salud son complejos y no pueden ser atendidos de manera suficiente por una sola profesión, pero tampoco exclusivamente por los servicios sanitarios. La práctica colaborativa ocurre cuando profesionales de distintas disciplinas trabajan con las personas, las familias y las comunidades, comparten responsabilidades y participan en la toma de decisiones para brindar una atención más integral[14].

Hablar de una práctica colaborativa situada significa reconocer que la colaboración no puede desarrollarse de la misma manera en todos los contextos. Cada comunidad tiene una historia, formas propias de organización, redes de apoyo social, recursos, saberes y maneras particulares de responder a sus necesidades. Desde la Atención Primaria de Salud, la respuesta a los problemas requiere la participación de actores de distintos sectores, así como de personas y comunidades con capacidad para intervenir en las decisiones relacionadas con su salud[15].

La colaboración situada implica que los diferentes actores compartan información, reconozcan sus capacidades y establezcan acuerdos sobre las acciones que se llevarán a cabo. No se trata de que el personal de salud transfiera indicaciones a la comunidad, sino de generar espacios donde puedan encontrarse los saberes profesionales y comunitarios. Desde Alma-Ata se reconoce que las personas tienen el derecho y la responsabilidad de participar, tanto individual como colectivamente, en la planeación y puesta en práctica de la atención a su salud[16].

En el CUEC, la colaboración se construye entre prestadores de servicio social de distintas profesiones, personal académico, personas usuarias, familias y diferentes actores de la comunidad de San Luis Tlaxialtemalco. La consultoría, las visitas domiciliarias y los talleres comunitarios permiten acompañar y buscar respuestas que consideren los aspectos clínicos, pero también los determinantes sociales de la salud de cada persona y familia.

La experiencia también ha mostrado que reunir a distintas profesiones no garantiza por sí mismo una práctica colaborativa. Es necesario clarificar los roles, fortalecer la comunicación, reconocer los aportes de cada participante y dar continuidad a los acuerdos. La rotación de prestadores de servicio social y la limitada presencia de algunas disciplinas dificultan el proceso colaborativo, además de la diferencia entre los tiempos institucionales de la universidad y los tiempos de actores comunitarios, por ejemplo.

Licencia CC-By-NC-ND

Desde esta perspectiva, la colaboración situada constituye un componente de la humanización, porque evita respuestas fragmentadas y reconoce que el cuidado se produce mediante relaciones de interdependencia. Construir los cuidados con actores sanitarios y no sanitarios permite ampliar la comprensión de las necesidades, fortalecer las capacidades de la comunidad y generar respuestas más cercanas a las condiciones reales de las personas y las familias.

El quinto anclaje, relacionado con la participación y la autonomía, permite identificar un cambio sustantivo en la finalidad del cuidado. No se trata únicamente de resolver necesidades inmediatas sino de favorecer que las personas incrementen sus capacidades para comprender, decidir y participar en lo que afecta su salud.

En conjunto, los cinco anclajes sugieren que la humanización constituye un proceso multidimensional en el que convergen ética, formación, práctica profesional, participación y organización de los servicios.

Conclusiones

Sistematizar la experiencia del CUEC permitió identificar cinco anclajes para la construcción de una propuesta de humanización de los cuidados en la comunidad: el enfoque de derechos humanos, la formación interprofesional, la atención centrada en las personas y las familias, la práctica colaborativa situada y el fortalecimiento de la participación y autonomía para el cuidado de la salud.

Cada uno de estos anclajes muestran que la humanización del cuidado constituye una práctica ética, relacional, técnica y política que requiere reconocer a las personas y comunidades como sujetos de derechos, saberes y decisiones, al tiempo que demanda transformar las condiciones institucionales y organizativas en las que se produce el cuidado.

La experiencia del CUEC también permite reconocer al territorio como una dimensión clave del cuidado comunitario. Situar las prácticas en el contexto de las personas favorece una atención más integral, pertinente y respetuosa de las condiciones sociales, culturales y familiares que intervienen en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado.

En este sentido, la formación interprofesional constituye un elemento fundamental para avanzar hacia prácticas de cuidado más integrales y colaborativas, mientras que las Funciones Esenciales de Salud Pública ofrecen un marco complementario para comprender que la humanización depende también de capacidades institucionales relacionadas con los derechos humanos, la equidad, la participación, los determinantes sociales y el acceso a servicios de calidad.

La propuesta construida a partir de la experiencia del CUEC no pretende establecer un modelo único de humanización, sino aportar referentes para la reflexión y transformación de las prácticas de cuidado en otros escenarios comunitarios y es un insumo para pensar en que la humanización de los cuidados puede

Licencia CC-By-NC-ND

ser una realidad. Consideramos las limitaciones al ser una experiencia universitaria, muy local, pero no por ello deja de ser una contribución en la puesta en práctica de una humanización que camina con los cuidados en la comunidad al sur de la Ciudad de México.

Conflicto de interés

Las personas autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se orienta a la sistematización de la experiencia del CUEC, a partir de la recuperación y el análisis de su trayectoria a través de documentos relacionados con sus actividades académicas y de atención comunitaria; así como parte de las experiencias de quienes prestan la atención y cuidan. En su elaboración se consideraron los principios de respeto a la dignidad humana, autonomía, confidencialidad, respeto a los derechos humanos y reconocimiento de la diversidad cultural de la comunidad.

La información se presenta con fines académicos y de reflexión sobre la experiencia institucional, procurando evitar la exposición de datos personales o elementos que permitan identificar a las personas participantes en las actividades descritas. Además, se reconoce la importancia de un abordaje respetuoso de los saberes, las prácticas y las formas de organización de la comunidad del pueblo originario de San Luis Tlaxialtemalco.

Uso de inteligencia artificial

Se empleó GPT-6.1 y GPT-6 como apoyo para la revisión y mejora de la redacción académica del manuscrito, así como para facilitar la organización alfabética de las referencias bibliográficas. El contenido generado se revisó y ajustó críticamente por las autoras, quienes verificaron su pertinencia y exactitud y asumen la responsabilidad integral del contenido definitivo del artículo.

Contribución de los autores

Conceptualización: A.R.C.; Curación de datos: A.R.C., I.H.S., Z.R.P.; Análisis formal: A.R.C., I.H.S.; Obtención de financiación: A.R.C.; Investigación: A.R.C., I.H.S., Z.R.P., D.E.C.V.; Metodología: A.R.C., I.H.S.; Administración del proyecto: A.R.C.; Recursos: A.R.C., Z.R.P., D.E.C.V.; Software: A.R.C.; Supervisión: A.R.C.; Validación: A.R.C., I.H.S., Z.R.P.; Visualización: A.R.C., I.H.S.; Redacción del borrador original: A.R.C., I.H.S.; Redacción, revisión y edición: A.R.C., I.H.S., Z.R.P., D.E.C.V.

Licencia CC-By-NC-ND

Financiamiento

El presente trabajo no recibió financiamiento específico de organismos públicos, privados o sin fines de lucro.

Agradecimientos

Agradecemos a cada enfermera y enfermero que trabaja en el CUEC, sean tutores y prestadores del servicio social, así como a quienes son de otras diferentes disciplinas de las ciencias de la salud y de ciencias sociales. Asimismo, un agradecimiento especial a las personas usuarias de los servicios y programas del centro, a nivel individual, familias y comunidad en general de San Luis Tlaxialtemalco, por su receptividad y confianza.

Referencias

1. Menéndez EL. Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. Salud Colect. 2020;16:e2615. Doi: https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615

2. Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. Cien Saude Colet. 2004;9(1):7-14. Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232004000100002

3. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface (Botucatu). 2004;8(14):73-92. Doi: https://doi.org/10.1590/S1414-32832004000100005

4. Casallas-Murillo AL. La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. Rev Cienc Salud. 2017;15(3):397-408. Doi: https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123

5. Waldow VR. Cogitando sobre o cuidado humano. Cogitare Enferm. 1998;3(2):7-10. Doi: https://doi.org/10.5380/ce.v3i2.44316

6. Watson J. Nursing: the philosophy and science of caring. Rev ed. Boulder (CO): University Press of Colorado; 2008.

7. Romualdo-Pérez Z. La Enfermería Comunitaria: Una propuesta de aproximación conceptual en México. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC): 34 años de historia y reflexiones. 1a ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2026. p. 82-97. Disponible en: https://www.feno.unam.mx/wp-content/uploads/2026/06/cuec-34-ans-de-reflexiones.pdf.

Licencia CC-By-NC-ND

8. Organización Panamericana de la Salud. Marco operacional para la inclusión del enfoque de equidad, determinantes sociales y promoción de la salud en la atención primaria de salud [Internet]. Washington (DC): Organización Panamericana de la Salud; 2026 [citado 27 oct 2026]. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/marco-operacional-para-inclusion-enfoque-equidad-determinantes-sociales-promocion-salud.

9. Jara Holliday O. ¿Por qué y para qué sistematizar las experiencias de extensión universitaria? +E: Revista de Extensión Universitaria. 2019;9(11):3-9. Doi: https://doi.org/10.14409/extension.v9i11.Jul-Dic.8675

10. Castro AR, Huitron-Santana I. Modelo Interprofesional en salud comunitaria. El caso del Centro Universitario de Enfermería Comunitaria. Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC): 34 años de historia y reflexiones. 1a ed. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Enfermería y Obstetricia; 2026. p. 68-83. Disponible en: https://www.feno.unam.mx/wp-content/uploads/2026/06/cuec-34-ans-de-reflexiones.pdf

11. Tronto JC. Caring democracy: markets, equality, and justice. New York: New York University Press; 2013.

12. Organización Mundial de la Salud. Derechos humanos y salud [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/derechos-humanos-salud

13. Organización Panamericana de la Salud. Implementación de las funciones esenciales de salud pública en las Américas: evaluación y fortalecimiento de capacidades. Washington, D.C.: OPS; 2024. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/implementacion-funciones-esenciales-salud-publica-americas-evaluacion-fortalecimiento

14. World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2010. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/d743ea4e-8c14-493c-b3a5-1a0022e6ce54/content

15. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Operational framework for primary health care: transforming vision into action [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789240017832

16. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care; 1978 Sep 6-12; Alma-Ata, USSR. Geneva: World Health Organization; 1978. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/declaration-of-alma-ata

Licencia CC-By-NC-ND