“Cuidado sin fronteras”: cuando la enfermería se convierte en herramienta para la equidad y la acción social

Claudia González López, Escuela de Enfermería de Pontevedra, Universidad de Vigo

Nieves Márquez Abraldes, Escuela Naval Militar de Marín

Cristina Arcas Noguera, ONG Salud entre Culturas, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Mbaye Gil Sánchez, ONG Sunu Gaal, Bilbao

Martina Corral Aller, Asociación Laboratorio de Equidad en Salud, Madrid

¿Puede el cuidado transformar la sociedad? Este artículo entiende la enfermería como cuidado sin fronteras: una práctica que supera el hospital y actúa en lo social, comunitario e internacional, situando la equidad y la justicia social en el centro.

Introducción

En un mundo donde la diversidad de la población redefine las dinámicas sociales y sanitarias, la enfermería se posiciona como una disciplina que articula ciencia, ética y derechos fundamentales. No solo garantiza el acceso equitativo a la salud, sino que defiende el derecho universal al cuidado,

atendiendo las complejidades derivadas de los desplazamientos humanos, los desafíos culturales y las desigualdades sociales.

Y sin embargo, la imagen social de la enfermería sigue siendo reductora. La profesión continúa encasillada en el imaginario del hospital, del uniforme blanco y del gesto técnico que asiste al médico, como si su tarea consistiera únicamente en aplicar tratamientos y atender un cuerpo enfermo en un espacio cerrado. Ese estereotipo, que persiste tanto fuera como dentro de la propia profesión, oculta una realidad mucho más amplia: el cuidado es también una práctica social, comunitaria y política, capaz de incidir sobre las condiciones que producen enfermedad y desigualdad. Pensar la enfermería al margen de esa dimensión es renunciar a buena parte de su sentido.

Quienes trabajamos en el ámbito del cuidado nos encontramos cada día con una realidad que desborda los protocolos: personas cuyas necesidades de salud no pueden separarse de su historia migratoria, de su género, de su clase social o de las violencias que han atravesado. La enfermería, tradicionalmente confinada en el hospital y en lo clínico, tiene mucho que aportar a la acción social, porque no cuidamos solo cuerpos, sino personas en contextos concretos. Y esos contextos, hechos de pobreza, exclusión o discriminación, determinan la salud tanto o más que cualquier diagnóstico. Como ya advertía William Osler en el siglo XIX, *es mucho más importante ver qué clase de paciente tiene una enfermedad, que saber qué clase de enfermedad tiene el paciente*.

Desde esta convicción proponemos pensar la enfermería como un cuidado sin fronteras. Lo entendemos como una praxis que se atreve a salir del hospital para situarse en los determinantes sociales de la salud, que dialoga con otras disciplinas en lugar de aislarse en su propio campo, que conecta lo local y lo global, y que se compromete con la equidad y la justicia social. La cooperación al desarrollo con enfoque de derechos humanos representa, en esta dirección, una oportunidad para construir sistemas de salud más justos, inclusivos y

culturalmente competentes[1]. En el ámbito local, experiencias innovadoras en la formación universitaria y en la intervención comunitaria muestran cómo la enfermería puede trascender el hospitalocentrismo y transformarse en agente activo de cambio social[2].

Para dar cuerpo a esta tesis, el artículo recorre cuatro dimensiones de un mismo cuidado sin fronteras: la cooperación internacional con perspectiva de derechos, el aprendizaje cooperativo universitario para el desarrollo de conciencia crítica, la perspectiva interseccional en la intervención comunitaria y la experiencia migratoria como motor de acción social. No se trata de ámbitos separados, sino de planos que se entrelazan en una misma manera de entender y ejercer la profesión.

La enfermería como agente de cooperación al desarrollo

La primera frontera que el cuidado se atreve a atravesar es la que separa lo local de lo global. La cooperación internacional en enfermería no se limita a la transferencia de conocimientos técnicos. Desde una perspectiva ético-política, la profesión actúa como agente de transformación social, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad y desigualdad estructural. La mediación cultural se revela como una herramienta indispensable para atender a poblaciones diversas y migrantes, cuyo acceso a los cuidados está condicionado por múltiples barreras sociales y culturales. De este modo, la cooperación se convierte en un espacio donde se materializan prácticas de justicia social, apoyadas en el compromiso ético de la profesión y en la formación crítica que permite responder a los desafíos contemporáneos[3].

Experiencias recientes en el Sur Global[4] ilustran cómo la formación de líderes enfermeros puede ayudar a avanzar hacia

la cobertura sanitaria universal. Estas iniciativas se articulan con debates actuales sobre la responsabilidad internacional en el derecho al desarrollo[5] y sobre los desafíos de adaptar las agendas de derechos humanos a contextos locales desde modelos participativos que sitúan el cuidado en el centro[6]. En esa misma dirección se inscribe el trabajo de la ONG *Sunu Gaal*, organización fundada por profesionales de la enfermería y de la cooperación que desarrolla proyectos de salud comunitaria entre España y Senegal, basados en la colaboración con las comunidades locales, el fortalecimiento de capacidades y la formación, en lugar de en lógicas asistencialistas.

Lo que distingue a estos proyectos del asistencialismo tradicional es la apuesta por la apropiación local de los procesos de cambio y la construcción de redes de colaboración horizontal. La figura de la enfermera como mediadora cultural y defensora de derechos permite generar espacios de diálogo intercultural en los que las comunidades no son meras receptoras de ayuda, sino protagonistas de su propio desarrollo. Sin embargo, la incorporación de contenidos vinculados a la equidad y la justicia sanitaria en los planes de estudio de enfermería es todavía desigual, y se enfrenta a resistencias institucionales y a marcos curriculares rígidos[7]. Las experiencias que logran integrar esa formación crítica muestran resultados positivos en términos de sensibilización y compromiso profesional con poblaciones históricamente excluidas[8].

Aprender cooperando: innovación docente para la equidad en salud

Que el cuidado sin fronteras sea posible depende, en buena medida, de cómo se forme a quienes lo van a ejercer. Aquí se sitúa la segunda frontera que es necesario atravesar: la que

separa una formación estrictamente técnica y biologicista de una formación crítica, social y ciudadana. No basta con reconocer el potencial transformador del cuidado: es preciso preparar profesionales capaces de comprender la complejidad de las desigualdades y de intervenir sobre ellas. Esa mirada no surge de manera espontánea, sino que se construye en los espacios donde se aprende a mirar, a cuestionar y a situar el cuidado en relación con las condiciones sociales que lo condicionan. En este sentido, la universidad no es solo un lugar de transmisión de conocimientos, sino también un espacio donde se configura la forma en que las futuras profesionales entenderán su práctica.

Desde esta preocupación, en la Escuela de Enfermería de Pontevedra (Universidad de Vigo) se desarrolló una experiencia en la asignatura «Salud, dependencia y vulnerabilidad social», orientada a situar en el centro la relación entre salud y desigualdad. El trabajo del alumnado se organizó en torno a distintos ejes de vulnerabilidad, como el género, la edad, la clase social, la migración o la discapacidad, en su intersección con los derechos humanos, los determinantes sociales de la salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible[9],[10]. A lo largo del proceso, las estudiantes no solo elaboraron propuestas de intervención enfermera, sino que fueron construyendo una comprensión más compleja de las realidades que viven las personas a las que cuidarán. Los resultados se compartieron en un espacio colectivo, la asamblea «Estudiantes unidas por la equidad en salud», que permitió poner en común miradas, cuestionar supuestos y dar sentido a lo aprendido[10].

Entre 2021 y 2025 se desarrollaron veintitrés proyectos, algunos publicados en revistas científicas, que abordaron cuestiones como la trata de mujeres, la pobreza y el acceso a la salud o la inclusión sociolaboral de las enfermeras con discapacidad. Más allá de estos resultados, lo más significativo fue el desplazamiento en la forma de entender la

relación entre el cuidado, la salud y el contexto social[10]. Las propias estudiantes lo expresan con claridad:

El poder ver cuáles son las barreras que crean vulnerabilidad en las personas, el ver a aquellos grupos más desfavorecidos, conceptos novedosos como la competencia cultural o la accesibilidad universal me han dado una imagen mucho mejor del mundo que me rodea. Me ha hecho reflexionar sobre muchos temas que antes no me había parado a pensar (Estudiante, curso 2021-22).

Me parece muy importante educar no solo desde un punto de vista etnocentrista y cisheterosexual blanco, que es lo que se hace los otros cuatro años de carrera mayormente, y ya no solo para nosotras como futuras enfermeras, sino como personas. Además, creo que es una forma de hacernos sentir a todas, en nuestra diversidad, integradas en la carrera (Estudiante, curso 2022-23).

Este tipo de experiencias no solo aportan conocimientos: contribuyen a configurar una identidad profesional distinta. Frente a un modelo todavía marcado por una lógica biologicista y hospitalocentrada, introducir la interseccionalidad, los derechos humanos y los determinantes sociales de la salud en la formación permite avanzar hacia una práctica enfermera más consciente, situada y comprometida con la justicia en salud[11].

Mirar a la exclusión en salud: la interseccionalidad como clave del cuidado

La tercera frontera que el cuidado sin fronteras se propone atravesar es la que separa la respuesta estandarizada de la atención . El desplazamiento al que apuntaban las estudiantes no es casual: responde a la necesidad de incorporar marcos que permitan dar cuenta de la complejidad de las desigualdades que recorren la vida de las personas. Entre ellos, la

interseccionalidad se ha consolidado como una herramienta fundamental.

La interseccionalidad permite comprender cómo dimensiones como la etnia, el género, la clase social o el estatus migratorio no actúan de forma aislada, sino que se entrelazan con sistemas estructurales de poder, como el racismo, el sexismo o la xenofobia, generando desigualdades en salud que no pueden explicarse desde una única variable[12]. Frente a modelos que reducen el análisis a la cultura o a factores individuales, esta perspectiva sitúa el origen de las inequidades en la interacción entre condiciones personales y contextuales, incluidas las experiencias de discriminación, la exclusión social y los determinantes socioeconómicos adversos[13].

Desde la práctica profesional del cuidado, esto tiene implicaciones directas. No se trata solo de reconocer la diversidad, sino de comprender cómo se construyen las situaciones de vulnerabilidad. La atención a una mujer migrante, por ejemplo, no puede entenderse únicamente desde su origen cultural, sino que exige considerar simultáneamente su género, su posición socioeconómica o su situación administrativa, entre otros factores[14]. Esa mirada situada es la que sostiene el trabajo cotidiano de organizaciones como Salud Entre Culturas, vinculada al Hospital Ramón y Cajal, que acompaña a la población migrante mediante mediación intercultural, interpretación sanitaria y participación comunitaria, y que contribuye, paso a paso, a reducir las barreras lingüísticas, culturales e institucionales que separan a estas personas del sistema de salud.

Incorporar esta mirada supone, en última instancia, un cambio en la forma de intervenir desde la enfermería. Implica abandonar respuestas estandarizadas y avanzar hacia prácticas más situadas, capaces de adaptarse a la complejidad de cada contexto. En este proceso, la participación activa de las comunidades y la coconstrucción de conocimiento con ellas se convierten en elementos centrales, junto al desarrollo de

estrategias culturalmente sensibles que permitan superar barreras de acceso y mejorar la calidad de los cuidados[15,16]. La interseccionalidad no es entonces solo un marco teórico, sino una herramienta práctica que interpela directamente a la enfermería: integrarla en la formación y en la práctica profesional permite avanzar hacia un cuidado más consciente de las desigualdades y más comprometido con la equidad en salud.

Cuando el cuidado atraviesa fronteras: de la experiencia migratoria a la acción social

La última frontera que recorre este artículo es la que el propio cuidado atraviesa cuando se encarna en una historia personal de migración. La experiencia migratoria constituye un punto de partida privilegiado para comprender cómo se construyen las desigualdades en salud y cómo el cuidado se sitúa en contextos marcados por la diversidad. En un mundo donde la movilidad humana redefine las realidades sociales y sanitarias, las trayectorias de profesionales de enfermería migrantes permiten acercarse, desde lo vivido, a las barreras y oportunidades que emergen en sistemas sanitarios culturalmente diversos[17].

El recorrido de un enfermero migrante en España ilustra cómo la adaptación a un nuevo contexto no se limita a la adquisición de competencias técnicas, sino que implica un proceso más amplio de reconstrucción personal, social y profesional[18]. Es el caso de quienes llegan a España en patera desde el África subsahariana y, tras un largo camino de integración y formación, encuentran en la enfermería un horizonte profesional y vital. Ese tránsito exige desarrollar habilidades interculturales, cuestionar marcos previos y aprender a situar el cuidado en realidades distintas a las propias. La enfermería deja entonces de ser únicamente una

práctica clínica para convertirse en una forma de comprender y actuar sobre las desigualdades que afectan a las personas.

Es en estas trayectorias donde convergen, de forma concreta, los elementos abordados a lo largo del artículo. La acción propia de la cooperación, la mirada crítica que se construye en la formación y la comprensión de la complejidad que aporta la interseccionalidad no operan de manera aislada, sino que se entrelazan en la práctica cotidiana del cuidado. En algunos casos, este proceso trasciende la experiencia individual y se convierte en acción colectiva: así, un recorrido profesional y vital puede desembocar en la creación de una organización no gubernamental orientada a la cooperación para el desarrollo entre España y el país de origen, como sucede con quienes han impulsado proyectos de salud comunitaria desde una mirada basada en la equidad y la sensibilidad cultural[19].

La práctica de este tipo de organizaciones pone de relieve la importancia de diseñar intervenciones contextualizadas, capaces de reconocer la complejidad de las identidades migrantes y las desigualdades estructurales que las marcan. Asimismo, evidencia el valor de construir redes de colaboración y espacios de participación que permitan a las comunidades implicarse activamente en la definición de sus propias estrategias de salud. Desde esta perspectiva, incorporar las voces y los liderazgos de las personas migrantes en la planificación y ejecución de políticas y programas de salud no es solo una cuestión de inclusión, sino una condición necesaria para avanzar hacia sistemas sanitarios más justos y culturalmente competentes[20]. Cuidar sin fronteras implica, también, reconocer que quienes han vivido las desigualdades no solo las conocen, sino que pueden contribuir de manera decisiva a transformarlas.

Conclusiones: hacia un cuidado que traspasa fronteras

Las experiencias recorridas permiten comprender que hablar de cuidado sin fronteras no es una metáfora, sino una forma de redefinir la práctica enfermera frente al estereotipo que aún la confina al hospital. Un cuidado sin fronteras es aquel que trasciende los límites tradicionales del centro sanitario para incorporar la dimensión social, cultural y política de la salud; el que supera las barreras de la disciplina dialogando con el trabajo social, la antropología o la educación; y el que se despliega más allá de los territorios, conectando realidades locales con dinámicas globales.

En este sentido, la cooperación internacional, la formación orientada a la conciencia crítica, la interseccionalidad como marco de comprensión y la experiencia migratoria como vivencia situada no constituyen ámbitos separados, sino dimensiones interrelacionadas de una misma práctica: una enfermería capaz de situarse ante la complejidad, de reconocer las desigualdades estructurales y de intervenir sobre ellas. Avanzar hacia este modelo implica asumir que el cuidado no puede limitarse a la respuesta clínica, sino que debe incorporar una mirada integral que contemple los determinantes sociales de la salud, las relaciones de poder que afectan a las personas y las condiciones que generan vulnerabilidad. Supone, en definitiva, entender la enfermería no solo como provisión de cuidados, sino como una práctica comprometida con la equidad y la justicia social.

Para que esta propuesta no quede reducida a experiencias aisladas resulta necesario fortalecer políticas institucionales que lo respalden, promover alianzas reales entre la academia y las comunidades, y consolidar una formación de profesionales que integre de manera explícita los derechos humanos, la diversidad y la dimensión estructural del cuidado. El cuidado sin fronteras se concreta también en una

práctica colectiva: no es solo una reflexión teórica, sino un trabajo cotidiano que articula formación, investigación y acción social.

Cuidar sin fronteras es, en definitiva, ampliar la mirada sobre qué significa cuidar y cuál es el papel de la enfermería en la sociedad. Supone reconocer que la salud se construye también fuera de los servicios sanitarios, allí donde se configuran las condiciones de vida de las personas, y asumir que el cuidado no puede desvincularse de las realidades sociales que las atraviesan. Entendido de este modo, el cuidado amplía sus límites tradicionales para convertirse en una práctica comprometida con la equidad, los derechos humanos y la transformación social.

Bibliografía

1. Bowleg, L. «The problem with the phrase women and minorities: Intersectionality—an important theoretical framework for public health». American Journal of Public Health, 102(7), 2012; págs. 1267-1273.
2. Frenk, J. et al. «Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world». *The Lancet*, 376(9756), 2010; págs. 1923-1958.
3. Gibson, L. y Nishimwe Samvura, E. «Citations for the Human Rights and Nursing Awards 2020». *Nursing Ethics*, 27(8), 2020; págs. 1789-1793.
4. Koto-Shimada, K. et al. «International cooperation for nursing human resource development in Lao PDR: Investing in nursing leadership». *Global Health & Medicine*, 5(4), 2023; págs. 249-254.
5. Beall, K. M. «The Global South and global human rights: International responsibility for the right to development». *Third World Quarterly*, 43(7), 2022; págs. 1645-1662.

6. Spence, N. «International development organisations and the localisation of human rights». *Australian Journal of Human Rights*, 27(1), 2021; págs. 139-148.
7. Karlsen Dogan, E. I. et al. «Human rights education for nursing students: A scoping review». *Nursing Ethics*, 31(5), 2024; págs. 765-782.
8. Newham, R. et al. «Human rights education in patient care: A literature review and critical discussion». *Nursing Ethics*, 28(2), 2021; págs. 190-209.
9. Leyva-Moral, J. M. y Riu Camps, M. «Teaching research methods in nursing using Aronson's Jigsaw Technique». *Nurse Education Today*, 40, 2016; págs. 78-83.
10. González López, C. «Estudiantes unidas por la equidad en salud: experiencia de innovación docente para un aprendizaje transformador en Enfermería». *Index de Enfermería*, 34(2), 2025; e15636.
11. Bhutta, Z. A. et al. «Education of health professionals for the 21st century: a global independent Commission». *The Lancet*, 375(9721), 2010; págs. 1137-1138.
12. Bowleg, L. «Evolving intersectionality within public health: From analysis to action». *American Journal of Public Health*, 111(1), 2021; págs. 88-90.
13. Viruell-Fuentes, E. A., Miranda, P. Y. y Abdulrahim, S. «More than culture: Structural racism, intersectionality theory, and immigrant health». *Social Science & Medicine*, 75(12), 2012; págs. 2099-2106.
14. Corrigan, P. W. «Benefits and challenges of addressing cultural intersectionality for program development and evaluation». *Psychiatric Services*, 75(12), 2024; págs. 1276-1278.
15. Truong, M., Paradies, Y. y Priest, N. «Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews». *BMC Health Services Research*, 14, 2014; artículo 99.
16. Miller, B. «Intersectionality theory in sociocultural anthropology». *Humans*, 5(2), 2025; págs. 112-128.
17. Moyce, S., Lash, R. y de León Siantz, M. L. «Migration

experiences of foreign educated nurses: A systematic review of the literature». *Journal of Transcultural Nursing*, 27(2), 2016; págs. 181-188.
18. Enfermería en Desarrollo. «Un viaje de 4.500 km con destino final en la enfermería». *Revista Enfermería en Desarrollo*, 24, 2020; págs. 38-41.
19. Bampoh, V. et al. «Nursing practice and global refugee migration: initial impressions from an Intergovernmental-Academic Partnership». *International Nursing Review*, 67(3), 2020; págs. 334-340.
20. Castañeda, H. et al. «Immigration as a social determinant of health». *Annual Review of Public Health*, 36, 2015; págs. 375-392.

Septiembre 2026