



MedUNAB

ISSN (e): 2382-4603

Publicación anticipada

Este artículo ha sido aprobado por el Comité editorial de la revista MedUNAB, con previa revisión por pares. Se publica en formato PDF, al momento sin corrección de estilo, traducción de metadatos ni diagramación. Está disponible en la web para su consulta, impresión y difusión.

Es pertinente recordar que esta es una versión preliminar la cual está sujeta a modificaciones respecto a la versión final.

Vol. 29(2): **XX-XX**, mayo - agosto 2026

Cocreación de territorios bioseguros frente a enfermedades infectocontagiosas: una Investigación Acción Participativa

Co-creation of biosecure territories to address infectious diseases: a participatory action research

Cocriação de territórios biosseguros diante de doenças infectocontagiosas: uma pesquisa-ação participativa

Romané Véliz <https://orcid.org/0000-0002-2697-7392>

<https://ror.org/029ycp228>

romane.veliz@uach.cl

Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Carola Rosas <https://orcid.org/0000-0001-7693-3278>

<https://ror.org/029ycp228>

carola.rosas@uach.cl

Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Mauricio Triviños-Velásquez <https://orcid.org/0009-0003-4626-8782>

<https://ror.org/029ycp228>

mauricio.trivinos@uach.cl

Instituto de Turismo. Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Elizabeth Flores-González. <https://orcid.org/0000-0002-5230-3252>

<https://ror.org/029ycp228>

idaflores@uach.cl *Autor de correspondencia

Instituto de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Chile.

Información del artículo

Artículo recibido: 07 de abril de 2025

Artículo aceptado: 06 de mayo de 2026

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5343>

Cómo citar. Véliz R, Rosas C, Triviños-Velásquez M, Flores-González E. Cocreación de territorios bioseguros frente a enfermedades infectocontagiosas: una Investigación Acción Participativa. MedUNAB [Internet]. 2026;29(2):XX-XX. doi:

<https://doi.org/10.29375/01237047.5343>

Contribución de los autores

RV. Conceptualización, la metodología de la investigación, la curación de datos y la redacción del borrador original. **CR.** Metodología, el análisis formal, la investigación, la curación de datos, la redacción (revisión y edición), la visualización y la supervisión. **MTV.** Conceptualización, la metodología y la redacción del borrador original. **EFG.** Conceptualización, la metodología, la validación, el análisis formal, la investigación, la curación de datos, la redacción (revisión y edición), la visualización y la supervisión.

RESUMEN

Introducción. Cuando las enfermedades infectocontagiosas salen de control sanitario las consecuencias trascienden el rubro de salud, viéndose afectados otros sectores como el de turismo en cuanto a su fuente laboral, economía y movilidad humana. Se pretende co-construir estrategias para afrontar los principales riesgos de bioseguridad en el sector de turismo en relación con la transmisión de enfermedades infectocontagiosas. **Metodología.** Se utilizó Investigación Acción Participativa a través de un trabajo intersectorial con enfermería, economía y turismo. El estudio se enfocó en comunidades turísticas. Los participantes e investigadores se mantuvieron activos a lo largo de toda la investigación mediante un proceso de reflexión continua que comenzó por un análisis inicial, identificación de líderes, diagnóstico participativo, formulación de objetivos,

ejecución, evaluación del cambio y transformación y finalmente, se realizó una reflexión de todo el proceso. Además, en la etapa final fue utilizado análisis cuantitativo, descriptivo y cualitativo.

Resultados. A través de una iniciativa colectiva que unió diversos sectores, fue posible co-construir estrategias que disminuyeron los riesgos de contagio en el sector turístico, las personas percibieron mayor seguridad y autoconfianza. **Discusión.** Los resultados corroboran que procesos reflexivos posibilitan la transformación significativa e identitaria de cada comunidad involucrada.

Conclusiones. En tiempos de crisis es fundamental crear iniciativas colectivas en las cuales todas las personas puedan ser partícipes, de esta manera se logran resultados identitarios y significativos que incrementan la seguridad y autoconfianza. Unir salud, economía y turismo es esencial para sobrellevar situaciones de crisis sanitarias para que el sector turístico no se vea vulnerado, sino por el contrario, fortalecido.

Palabras clave: Investigación Participativa Basada en la Comunidad; Control de Infecciones; Seguridad; Turismo Sostenible; Asociación entre el Sector Público-Privado; Enfermería en Salud Comunitaria; Salud Pública; Gestión de Riesgos.

ABSTRACT

Introduction. When infectious diseases move beyond public health control, the consequences extend beyond the health sector, affecting areas such as tourism, livelihoods, economy, and human mobility. This study aimed to co-construct strategies to address the main biosafety risks in the tourism sector in relation to the transmission of infectious diseases. **Methodology.** Participatory Action Research was used through intersectoral work involving nursing, economics, and tourism. The study focused on tourism communities. Participants and researchers remained active throughout the process through continuous reflection, which began with an initial analysis, identification of leaders, a participatory diagnosis, formulation of objectives, implementation, evaluation of change and transformation, and a final reflection on the entire process. In addition, the final stage included quantitative, descriptive, and qualitative analyses. **Results.** Through a

cross-sector, community-led initiative, it was possible to co-construct strategies that reduced the risk of infection transmission in the tourism sector, people perceived greater safety and self-confidence. **Discussion.** The results support that reflective processes enable meaningful and identity-related transformation within each participating community. **Conclusions.** In times of crisis, it is essential to create collective initiatives in which everyone can participate; in this way, identity-building and meaningful outcomes are achieved that increase safety and self-confidence. Integrating health, economics, and tourism is essential to cope with public health crises so that the tourism sector is not undermined but instead strengthened.

Keywords: Community-Based Participatory Research; Infection Control; Safety; Sustainable Tourism; Public-Private Sector Partnerships; Community Health Nursing; Public Health; Risk Management.

RESUMO

Introdução. Quando as doenças infectocontagiosas escapam ao controle sanitário, as consequências vão além do campo da saúde, afetando outros setores, como o turismo, o mercado de trabalho, a economia e a mobilidade humana. O objetivo é coconstruir estratégias voltadas ao enfrentamento dos principais riscos de biossegurança no setor de turismo relacionados à transmissão de doenças infectocontagiosas. **Metodologia.** Utilizou-se a Pesquisa-Ação Participativa por meio de um trabalho intersetorial envolvendo enfermagem, economia e turismo. O estudo concentrou-se em comunidades turísticas. Os participantes e pesquisadores mantiveram-se ativos ao longo de toda a pesquisa por meio de um processo de reflexão contínua que começou com uma análise preliminar, seguida da identificação de lideranças, diagnóstico participativo, formulação de objetivos, execução, avaliação das mudanças e transformações alcançadas e, por fim, realizou-se uma reflexão sobre todo o processo. Além disso, na etapa final, foram utilizadas análises quantitativas, descritivas e qualitativas. **Resultados.** Por meio de uma iniciativa coletiva

que articulou diversos setores, foi possível construir em conjunto estratégias que reduziram os riscos de contágio no setor de turismo, e as pessoas perceberam maior segurança e autoconfiança.

Discussão. Os resultados confirmam que os processos reflexivos possibilitam transformações significativas e identitárias em cada uma das comunidades envolvidas. **Conclusões.** Em tempos de crise, é fundamental criar iniciativas coletivas que possibilitem a participação de todas as pessoas. Dessa forma, alcançam-se resultados significativos e identitários que fortalecem a segurança e a autoconfiança. A articulação entre saúde, economia e turismo é essencial para superar situações de crise sanitária, de modo que o setor turístico não seja prejudicado, mas sim fortalecido.

Palavras-chave: Pesquisa Participativa Baseada na Comunidade; Controle de Infecções; Segurança; Turismo Sustentável; Parcerias Público-Privadas; Enfermagem em Saúde Comunitária; Saúde Pública; Gestão de Riscos.

Introducción

La movilidad es el eje central de desarrollo del turismo. Contempla acciones de desplazamiento de las personas con un fin de implicancias, contribuyendo al desarrollo sociocultural de los territorios y al fortalecimiento de la actividad económica, pero también plantea desafíos importantes, teniendo en cuenta que el contacto entre individuos de distintos lugares se encuentra entre las principales causas de propagación de enfermedades, especialmente aquellas causadas por microorganismos transmitidos por gotitas o aerosoles, como la influenza aviar, el SARS, la COVID-19 y otras infecciones respiratorias con patrones epidemiológicos similares (1,2). A lo largo de la historia se han enfrentado constantemente amenazas de patógenos emergentes que debutan en brotes, epidemias o pandemias, los cuales obligan a implementar medidas extremas a nivel social para controlar su propagación, entre ellas la restricción de la movilidad. Estas acciones impactan de manera directa a todos aquellos que componen la cadena de servicios turísticos, por lo que resulta relevante crear estrategias que vinculen el sector de salud con el turismo (3).

Como una forma de tomar conciencia y reflexionar respecto al vínculo entre los sectores de salud y turismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2009 promulgó, a nivel internacional, la resolución CD49.R20 (4), mencionando a través de esta que se debe contar con estrategias de vigilancia sanitaria y análisis de riesgos que promuevan el fortalecimiento de conductas y entornos saludables. Estas estrategias cobraron relevancia internacional en los últimos años y debieron evolucionar para dar respuesta a la pandemia por COVID-19 ocurrida entre 2019 y 2023, que tuvo consecuencias sin precedentes para la salud pública y la economía global (5).

Es así como en el año 2022, en el contexto de crisis sanitaria, la OPS investigó respecto a la aplicación de recomendaciones básicas para la prevención y control de infecciones en la región de las Américas orientadas a reducir la carga de las infecciones asociadas a la atención de la salud (IAAS) y contener la propagación de microorganismos emergentes y reemergentes en establecimientos de salud y entornos comunitarios. Se visibilizaron las brechas existentes en el ámbito de la prevención, priorizando que las naciones implementen y fortalezcan medidas locales (5). Por su parte, el Ministerio de Salud del Gobierno de Chile (MINSAL – Chile) logró afianzar componentes básicos de prevención y control de infecciones como programas, directrices, capacitación y vigilancia emanadas desde el sector salud, las que debieron ser extrapoladas en otros sectores, como turismo, promoviéndose la cultura de la bioseguridad (2,5).

Si bien la cultura de bioseguridad es un concepto utilizado en el entorno sanitario, en el ámbito turístico se ha visto la necesidad de incorporarlo ante los riesgos permanentes de transmisión de enfermedades infecciosas (4). La cultura de bioseguridad es un concepto multidimensional y es el resultado de las actitudes, valores y comportamientos individuales y colectivos respecto al manejo de la seguridad, lo que determina las costumbres, hábitos, estilos, compromiso y competencias de las instituciones en su gestión. Involucra especialmente las medidas preventivas y el comportamiento de las personas (6,7). Se busca que estas adopten conductas y buenas prácticas orientadas a prevenir y controlar los factores de riesgo derivados de agentes biológicos, físicos y/o

químicos, protegiendo a las personas, la comunidad y el medio ambiente, al mismo tiempo que se favorece la eficiencia y la competitividad de la organización (8,9). La Organización Mundial de la Salud (OMS) define cultura de seguridad como “los principios, técnicas y prácticas aplicadas con el fin de evitar la exposición no intencional a patógenos y toxinas, o su liberación accidental” (10). Una de las estrategias para enfrentar este desafío es la gestión de riesgo, que ha sido definida como un conjunto de acciones destinadas a disminuir las probabilidades de ocurrencia de eventos no deseados. La gestión de riesgos implica identificar las situaciones de riesgo de los procesos e implantar las acciones necesarias para su prevención, reducción o control del impacto, con el respectivo seguimiento, monitoreo y planteamiento de una propuesta de mejora. Por tanto, permite analizar y gestionar los riesgos para la salud y la vida (11,12).

La bioseguridad y la gestión de riesgos son claves en el desempeño del rol de enfermería, ya que combinan conocimientos técnicos, habilidades prácticas y un enfoque preventivo para garantizar entornos de atención seguros y eficientes. El desafío ante una crisis sanitaria se vuelca a extender estos conocimientos y prácticas más allá de un centro de salud, llegando a los territorios donde converge el diario vivir de las personas y donde es primordial la promoción, prevención y adecuación de un mejor bienestar para la comunidad (7,8,12).

Con todo lo mencionado, este estudio pretende co-construir estrategias para afrontar los principales riesgos de bioseguridad en el sector de turismo en relación con la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, por esta razón se desarrollarán estrategias de intervención para afrontar riesgos de bioseguridad asociados a la transmisión de enfermedades infectocontagiosas, mediante un proceso de co-creación con los actores del sector turístico regional a través de Investigación Acción Participativa (IAP).

Metodología

El diseño de estudio se basa en la IAP. El estudio se orienta a la vulnerabilidad experimentada por los actores de turismo en la catástrofe humanitaria y económica que produjo la pandemia por el

COVID-19, en la cual la diversidad cultural, conductas arraigadas y costumbres de las personas del territorio se tornaron un desafío para el investigador, quien a través de la participación de los investigados, de manera protagónica, propuso el establecimiento de una relación horizontal auténtica entre todos los sujetos, de manera que todo tipo de conocimientos y la toma de decisiones conjuntas sirvieran de base para gestionar estrategias de abordaje del problema. Esta integración de los actores es holística y pasa por la experiencia, reflexión y autorreflexión para llegar a adaptar las prácticas como una acción colectiva y transformadora (13,14).

La investigación se desarrolló en el marco del Proyecto FIC-R 20-038 “Cultura de Bioseguridad en Turismo como Estrategia de Competitividad” (2021-2022), enfocado en el desarrollo de sistemas regionales de innovación para contribuir al desarrollo económico de los territorios, incorporando horizontalmente a empresas locales y a la comunidad regional. Una de las características propias de la comunidad turística es el contacto frecuente entre individuos provenientes de distintos lugares. Durante la pandemia por COVID-19, esta dinámica se identificó como uno de los principales factores de riesgo asociados a la propagación de enfermedades infecciosas. El riesgo de contagio resultó especialmente elevado en el caso de enfermedades causadas por microorganismos transmitidos por gotitas o aerosoles, como COVID-19, influenza y SARS.

El estudio se enfocó en la Región de los Ríos, ubicada en el sur de Chile, y sus comunidades turísticas organizadas con base en cuencas denominadas Cuatro Ríos, Valdivia-Corral, Siete Lagos Panguipulli y Cuenca del Lago Ranco. Para la construcción del artículo se aplicó la lista de verificación COREQ.

Fueron incluidas 637 personas sin relación previa con los investigadores, que componen comunidades de turismo afines a transporte turístico fluvial y terrestre, alojamiento, alimentos y bebidas, actividades *outdoor*, museos, teatros y cines, oficinas de información turística de la Región de los Ríos y espacios de uso público (parques, rodoviarios, reservas naturales y

fortificaciones históricas), de los cuales 48 personas corresponden a líderes de sus respectivos rubros turísticos. A lo anterior se sumaron representantes gubernamentales participantes de la mesa de trabajo que incluyó turismo, desarrollo productivo, gobierno regional, salud y academia, incorporando dentro de estos últimos a profesionales de enfermería especialistas en gestión. Los participantes fueron convocados por la Mesa Técnica Regional de Turismo conformada por representantes del Gobierno regional, academia y Secretaría Regional de Turismo (SERNATUR). Se seleccionó a todas las personas que aceptaron participar de manera voluntaria. Se excluyeron las personas que durante el desarrollo del proyecto suspendieron sus actividades turísticas y decidieron no continuar. Para el componente cualitativo se realizó selección de participantes por conveniencia.

La investigación se ejecutó de acuerdo con los cuatro ejes centrales de Investigación Acción Participativa en diálogo con los objetivos propuestos: analizar el riesgo de la bioseguridad en comunidades de turismo, describir las estrategias para enfrentar el aumento del riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas en sector turístico y finalmente, develar la percepción de confianza de las personas pertenecientes a comunidades de turismo respecto a las decisiones tomadas y estrategias implementadas para enfrentar el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas.

El primer eje corresponde a la ejecución de una etapa de apertura con levantamiento de información con los participantes e investigadores, en la cual se realizó el análisis inicial, identificación de los líderes y el diagnóstico participativo.

El segundo y tercer eje corresponden a la formulación de los objetivos a trabajar e implementación de etapa de cierre, con el establecimiento de líneas de actuación en las que participan agentes de turismo, representantes de la salud y de la academia.

Finalmente, el cuarto eje corresponde a la puesta en marcha de las actuaciones con actividades de capacitación, reflexión, toma de decisiones y evaluación del cambio o transformación y finalmente el séptimo paso, donde se realiza una reflexión de todo el proceso realizado (15).

La recolección de la información se complementó mediante observación participante, grupos de discusión, notas de campo y entrevistas en profundidad en las que se indagó y exploró sobre las vivencias hasta saturación de datos, con la colaboración de diez participantes. Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadoras con formación en investigación cuali-cuantitativa. Las entrevistas fueron grabadas y posteriormente transcritas fielmente y validadas por los participantes. Además, se confeccionaron fichas de registro de actividades desarrolladas por las personas pertenecientes a comunidades de turismo y el cuestionario de autoconfianza en bioseguridad (16), que contiene cinco ítems con puntuación de uno a cinco, tipo Lickert. Se aplicó prueba piloto a 10 personas del ámbito turístico y no hubo observaciones en la comprensión y la aplicación. Posteriormente, se visitó a representantes de comunidades turísticas y se aplicó la encuesta a 33 personas en forma presencial, previa coordinación telefónica o por correo electrónico.

El análisis de los datos fue de tipo mixto a través de estadística descriptiva y análisis cualitativo, a partir de la reducción progresiva (separación de unidades, agrupamiento, identificación y clasificación de elementos), disposición, transformación y obtención de conclusiones verificables. Se realizó triangulación entre todos los investigadores (17). Para el análisis cuantitativo se definieron frecuencias y medidas de tendencia central, con software SPSSv24.

El proyecto y el consentimiento libre e informado fueron autorizados por el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Regional Ministerial de la Región de los Ríos, Chile, Ord. N°355/2023, y se consideraron los principios éticos basados en la declaración de Helsinki 2013 (18).

Resultados

El proyecto se llevó a cabo a través de siete pasos. El primer y segundo paso tuvieron una duración de tres meses. El primero consistió en un análisis inicial en el cual los investigadores visibilizaron el problema de la contingencia nacional e internacional de la crisis sanitaria e infecciones endémicas periódicas imperantes. Se implementó un proceso de sensibilización, se realizaron consultas para informar y detectar la viabilidad de realizar una Investigación Acción con la población local, presentando la actividad y abriendo un proceso de reflexión colectiva. Paralelamente fueron realizadas entrevistas con representantes gubernamentales, turísticos, de salud, desarrollo productivo y académicos de las facultades de Ciencias Económicas y Ciencias de la Salud, los que diseñaron conjuntamente el diagnóstico inicial. Además, como parte de la sensibilización, se trabajó con medios de comunicación locales, entre estos diarios o periódicos, radios, canales de televisión y redes sociales con alcance nacional e internacional.

En el segundo paso se identificaron líderes locales que fueron la puerta de comunicación con cada territorio. Como estrategia de validación, representatividad y participación se estableció la Mesa Técnica Regional de Bioseguridad en Turismo, con características de triple-hélice, incorporando a la academia entidades gubernamentales y actores claves de turismo. Sumado a esto, se realizó una búsqueda bibliográfica de evidencia científica y se propusieron estrategias de abordaje inicial. En el tercer paso se desarrolló el diagnóstico participativo para comprender la situación actual. La Mesa sesionó por diez meses con regularidad bimensual y sesiones bisemanales extraordinarias en las fases más agudas de la pandemia. La metodología de trabajo consideró en su diseño las etapas de gestión de riesgo (Figura 1). En las reuniones iniciales se identificó el origen del problema y se formuló un diagnóstico situacional en cada servicio y experiencia turística de cada territorio, utilizando un enfoque salutogénico y enfatizando en el modelo Precede (19). Esto llevó a incluir "espacios de uso público" como plazas y sectores fluviales. En las etapas cuatro y cinco se generaron distintas instancias participativas para la construcción e implementación de respuesta al riesgo, acompañamiento en implementación y mantención de las estrategias. La última etapa de

seguimiento y reporte se inicia con acompañamiento de los investigadores del sector salud y finaliza con el desarrollo de autonomía en la comunidad turística.

El cuarto paso consistió en la creación del proyecto comunitario, estableciendo líneas de actuación con pertenencia territorial, considerando la participación horizontal de los integrantes de la triple hélice y con énfasis en los elementos reactivadores de los servicios turísticos de cada territorio.

Desde la Mesa de Bioseguridad, se establecieron cuatro lineamientos:

1. Implementación y seguimiento de los protocolos de bioseguridad y adaptaciones locales organizacionales: se elaboraron dos manuales de bioseguridad y un manual de protocolos transversales (medidas de prevención generales, higiene de manos, uso de guantes, uso de mascarillas, higiene respiratoria, limpieza y desinfección, manejo de residuos y basuras, desinfectantes), así como el manual de estándares específicos en bioseguridad (de transporte fluvial, transporte terrestre, servicios de alimentos y bebidas, actividades *outdoor*, museos, teatros y cines, y oficinas de información turística), considerando particularidades por servicio y territorio.
2. Habilitación y ejecución de plan de transferencia en sistema de gestión de riesgo: participaron 93 emprendimientos locales de 10 comunas y de los cuatro destinos turísticos de la región, seleccionados en una mesa técnica regional, con representantes de turismo, gobierno, salud, economía y academia regional.

Se formaron 93 personas como embajadores en gestión de riesgo, y se capacitó a 336 trabajadores en protocolos transversales, 100 personas en protocolos específicos y 108 beneficiarios indirectos.

Todos participaron del estudio.

3. Elaboración, aplicación de herramientas de autoevaluación y ciclo de mejora con certificación del personal en aplicación de medidas de bioseguridad y distinción a representantes de cada emprendimiento de turismo. Se elaboró un manual de pautas de cotejo y planes de mejora de bioseguridad en turismo que fue difundido y se capacitó

paralelamente a los 93 embajadores. Posteriormente, se entregó la certificación a todas las personas participantes en las capacitaciones y una distinción a cada destino turístico.

4. Creación y aplicación del plan de difusión: se difundió por diversos medios el inicio, avances y término del proyecto. También se creó una hoja de ruta regional a cinco años y se realizaron evaluaciones ex-ante y ex-post a esta iniciativa.

En el quinto paso se procedió a poner en práctica lo programado, iniciando con un momento de acompañamiento cercano y frecuente de parte de los investigadores. Paralelamente se continuó la socialización de las normativas y directrices vigentes a los participantes de la investigación, utilizando redes sociales, radio, correo electrónico y plataforma digital establecida para el proyecto. Las investigadoras de profesión enfermeras fueron facilitadoras en la interpretación, diseño y aprendizaje de técnicas, metodologías y estrategias que permitieron a los participantes instalar bioseguridad en sus servicios y experiencias turísticas, y junto al investigador experto del sector turístico, diseñaron y establecieron flujogramas y particularidades de los distintos servicios turísticos. Sumado a eso, se contactaron personas para realizar las entrevistas en distintos momentos del desarrollo del proyecto, hasta la saturación de los datos, que correspondió a diez participantes pertenecientes a todos los ámbitos: uno de la academia, tres del sector gubernamental y seis de destinos turísticos. Se lograron identificar unidades de significado que fueron agrupadas dando origen a 11 códigos, agrupados en cinco categorías: co-construcción, satisfacción, eficiencia, responsabilidad social e impacto en turismo (Figura 2).

Los actores turísticos refirieron haber realizado una gestión colaborativa para poder construir la cultura de bioseguridad, compartieron experiencias, conocimientos y analizaron variables que les permitieron tomar decisiones para implementar cambios sustentables y sostenibles en el tiempo. Se logró articular la red de emprendedores turísticos a través de académicos de la universidad, del gobierno regional y de la comunidad. Los emprendimientos locales en turismo reconocieron que lograron ser protagonistas y contribuir activa y voluntariamente en el abordaje y mejora de un

problema contingente de salud pública y en el fortalecimiento de la actividad económica del sector turístico, y destacaron la responsabilidad sociocultural al abordar el cambio en conductas arraigadas y costumbres de las personas del territorio.

Las personas participantes del proyecto manifestaron satisfacción por su contribución en el proyecto; asimismo, destacaron las ventajas para toda la comunidad derivadas de la implementación de un turismo seguro con sello de calidad. Se evidencia percepción de alto nivel de autoconfianza para identificar los riesgos de contagio en la actividad turística, implementar medidas transversales y específicas de prevención, poder realizar supervisión del cumplimiento de las medidas establecidas e implementar medidas de mejora frente a problemas que surjan a futuro. También destaca la disminución del ausentismo laboral en el sector por enfermedades infectocontagiosas.

El sexto paso consistió en la evaluación para medir el cambio o transformación lograda, mediante la reflexión y satisfacción que implicó participar de este proceso. Se analizaron los resultados y en conjunto se tomaron decisiones.

Además, en esta fase se aplicó un cuestionario de autoconfianza en relación con la percepción de riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas entre los 33 representantes, seleccionados de forma intencional para asegurar diversidad en cuanto a edad, representatividad de territorios abordados y servicios turísticos. De la muestra se obtuvo una media de edad de 48.5 años, con una mínima de 26 y máxima de 84 años. El 69.7% fueron mujeres. La mayoría pertenecía al rubro alojamientos (42.4%) y a alimentos y bebidas (33.3%).

Con respecto al nivel de autoconfianza declarado por los participantes se encontró que la mayoría de los sujetos se autoperciben como totalmente seguros; es decir, muestran una autoconfianza muy alta en desarrollar acciones para gestionar el riesgo de transmisión de enfermedades infectocontagiosas en los destinos turísticos. Alcanzaron un 100% de autoconfianza o de seguridad

en la implementación de distanciamiento, higiene de manos y manejo de residuos. En la implementación de medidas preventivas y uso de mascarilla alcanzaron un 97% de autoconfianza. El séptimo paso fue reflexivo, pues se lograron acuerdos de sostenibilidad que generaron transformaciones positivas en la comunidad.

Discusión

Uno de los hallazgos relevantes observados en este estudio fue que la aplicación de una metodología de Investigación Acción Participativa es necesaria cuando se pretende y necesita unir sectores sociales que habitualmente no están acostumbrados a dialogar, como turismo, economía y salud, frente a una crisis sanitaria que afectó la actividad turística del territorio regional en el cual se desarrolló la investigación. Cabe resaltar que la región se beneficia del turismo, el cual representa un porcentaje considerable de la fuerza laboral (20). La paralización ocurrida debido al cierre de fronteras, a la restricción de la movilidad y al encierro, perturbó a sectores productivos y culturales asociados al turismo, afectando enormemente el progreso del país, lo que es sabido debido a datos compartidos por la OPS (5). Crear instancias de colaboración a través de la co-construcción de estrategias, mediante procesos reflexivos necesarios para sobrellevar el problema identificado, posibilitó la transformación significativa e identitaria de cada comunidad involucrada (21).

La elaboración y desarrollo de estrategias para implantar la cultura de seguridad y afrontar los riesgos de transmisión de enfermedades infectocontagiosas pudieron ser abordadas de manera reflexiva y colaborativa. Los resultados ponen de manifiesto que la postura integradora de la metodología, al hacer partícipes a sujetos de distintas áreas, consiente la complementariedad de saberes y experiencias para proponer estrategias de abordaje efectivas, empoderamiento y especialmente la incorporación de la seguridad del sector ante las probabilidades de contagio de enfermedades infectocontagiosas, transitando hacia la implantación de una cultura de bioseguridad

al momento de entregar un servicio o experiencia, lo que contribuye a una mejor calidad de atención de los visitantes (2,22).

A través del estudio se observó que esta crisis social fue capaz de alcanzar la transformación del sector turístico para enfrentar una crisis sanitaria y asegurar la sostenibilidad, lo que se condice con otros estudios (23,24). El estudio reafirmó que el abordaje de problemas del sector turístico con la participación multisectorial permitió obtener evidencia para apoyar la toma de decisiones, especialmente a través de la mesa tripe hélice, donde resultó relevante la participación del sector académico que transmuta las acciones junto con todo el equipo y trasciende a estrategias intersectoriales, todos con una motivación común, la de disminuir los riesgos de contagio, aumentar la bioseguridad y reactivar las actividades turísticas de emprendimientos locales. Estos hallazgos se corresponden con los resultados obtenidos en una investigación que observó la percepción del trabajo intersectorial, incluyendo académicos, empresarios y salud, frente a la crisis sanitaria, develando la importancia de actuar intersectorialmente en fases tempranas y movilizar canales de comunicación. No obstante, este estudio, a diferencia de nuestros resultados, no menciona la importancia de considerar a los ciudadanos para alinear estrategias significativas (25). La elaboración de protocolos de bioseguridad con pertinencia territorial y de acuerdo con la realidad local en el sector turístico cobra sentido para abordar un problema de salud pública, y aunque estos protocolos ya son ampliamente conocidos, especialmente en organizaciones de salud, pudieron ser trasladados al turismo para una mayor seguridad sanitaria y otorgar confianza a las personas. En este contexto, la participación de la enfermería como profesión y en su ámbito académico resulta fundamental para la creación, adaptación e implementación de protocolos contextualizados y la capacitación de los equipos involucrados, así como para adecuar y aplicar criterios de gestión reales, favoreciendo el cumplimiento de las medidas y el logro de estándares efectivos de protección sanitaria (26,27).

El estudio evidencia niveles altos de autoconfianza en las últimas fases de la investigación, lo que mediante un proceso reflexivo permitió que los participantes percibieran mejoras reales relacionadas a la sostenibilidad a través de experiencias de aprendizaje relevantes que impactaron su propia seguridad. La incorporación de prácticas turísticas seguras impulsó la confianza de todos los involucrados, demostrando que los esfuerzos colectivos pueden convertir la región en un lugar seguro para disfrutar y ofrecer un servicio de calidad. Así mismo, las personas que participaron se percibieron más preparadas para identificar y gestionar los riesgos de contagio y aplicar medidas preventivas como distanciamiento, higiene de manos y manejo de residuos. Resultados similares fueron los mostrados en un estudio con una propuesta teórica de bioseguridad, a diferencia de la metodología de Investigación Acción Participativa utilizada en nuestro estudio (26).

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio se centran en los cuidados que debieron abordarse en relación con la metodología, como presencia y tiempo invertido por parte de los investigadores, lo que pudo limitar su replicación. Otra limitación es que los investigadores, al ser parte de la investigación, pueden influir en los resultados de manera no intencional a través de sus propias interpretaciones y prejuicios, y que los resultados pueden ser muy específicos al contexto, lo que puede limitar su aplicabilidad en otras situaciones. Sin embargo, se vislumbra la obtención de resultados favorables al replicar en contextos similares.

De igual manera, parte de la información se basa en percepciones de los participantes, lo que puede implicar subjetividad. Asimismo, los conceptos de bioseguridad y riesgo fueron abordados desde una perspectiva contextual y participativa y además, la intervención se desarrolló en un período específico y en un contexto particular, lo que puede limitar la generalización de los hallazgos a otros escenarios.

Conclusiones

La principal contribución de este estudio es demostrar que la co-creación de estrategias de bioseguridad mediante IAP en contextos de trabajo intersectorial y colaborativo, permite formular respuestas territorialmente pertinentes para la prevención de riesgos sanitarios en el sector turístico. Este enfoque permitió la participación de actores locales en la toma de decisiones y posibilitó trasladar principios de prevención y control de infecciones desde el ámbito sanitario hacia contextos productivos y comunitarios caracterizados por alta movilidad de personas. Asimismo, la IAP permitió identificar factores clave para una articulación efectiva entre turismo, salud, academia y Gobierno, destacando el diagnóstico participativo con enfoque territorial basado en el modelo Precede–Procede y la existencia de instancias formales de coordinación lideradas por actores reconocidos del territorio.

Entre las estrategias implementadas aplicadas en transporte turístico, alojamiento, alimentos y bebidas, actividades *outdoor*, museos, teatros y espacios públicos, destacan: elaboración y adaptación territorial de protocolos de bioseguridad transversales y específicos para servicios turísticos; instalación de un sistema de gestión de riesgos sanitarios; formación de actores locales como embajadores en gestión de riesgo; capacitación sistemática en medidas preventivas y control de infecciones e implementación de herramientas de autoevaluación y mejora continua, generando altos niveles de autoconfianza para identificar y gestionar riesgos sanitarios.

Estos hallazgos sugieren que la integración de enfoques participativos y liderazgo intersectorial puede fortalecer la resiliencia sanitaria de los destinos turísticos. Futuras investigaciones deberían evaluar longitudinalmente el impacto de estas estrategias y avanzar en modelos replicables de gobernanza territorial en bioseguridad.

Implicancia para la enfermería

Respecto a las implicancias para la práctica, este estudio generó evidencia de que es posible trasladar los saberes de enfermería a la práctica comunitaria. Además, sienta las bases para la formulación de políticas de bioseguridad y una gestión de riesgos eficiente, garantizando que, en

tiempos de crisis sanitarias, no se comprometan la seguridad, el empleo ni la movilidad de las personas.

Asimismo, este estudio evidencia la capacidad de la disciplina para liderar procesos de gestión de riesgo y cultura de bioseguridad en contextos comunitarios no sanitarios, ampliando su campo de acción hacia la gobernanza territorial e intersectorial. Demuestra también que la Investigación Acción Participativa fortalece el rol de enfermería como facilitadora, articuladora y traductora del conocimiento técnico hacia estrategias aplicables en el sector productivo. Estos hallazgos sustentan la incorporación de competencias en gestión territorial, trabajo intersectorial y metodologías participativas en la formación profesional, además de aportar evidencia para el diseño de políticas públicas orientadas a la sostenibilidad sanitaria del turismo.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

La investigación surge del desarrollo del Proyecto FIC2038 que tuvo financiación del Gobierno Regional de Los Ríos.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales: el presente estudio se considera una investigación sin riesgo dada su naturaleza. Fue aprobado por el Comité de Ética Institucional.

Confidencialidad de los datos: los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado: los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia referido en el artículo.

Referencias

1. Riquelme-Brevis H, Pareja N, Lazo A, Riquelme-Brevis M, Sandoval-Obando E. La movilidad turística en el desarrollo sociocultural de Puerto Varas (Chile) desde la percepción de sus operadores turísticos. *Antropologías del Sur* [Internet]. 2022;9(17):39-56. doi: <https://doi.org/10.25074/rantros.v9i17.2045>
2. Julca-Meza EC. Pandemias y su efecto en el turismo: lecciones del pasado y nuevos retos. *Rev Cult* [Internet]. 2020;34:159-66. doi: <https://doi.org/10.24265/cultura.2020.v34.11>
3. Duro JA, Perez-Laborda A, Turrion-Prats J, Fernández-Fernández M. Covid-19 and tourism vulnerability. *Tourism Manag Perspect* [Internet]. 2021;38:100819. doi: <https://doi.org/10.1016/j.tmp.2021.100819>
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Resolución CD49/9. Eliminación de las enfermedades desatendidas y otras infecciones relacionadas con la pobreza [Internet]. Washington: OPS; 2009. Recuperado a partir de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/61675>
5. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Estado actual de la aplicación de los componentes básicos de prevención y control de infecciones en la región de las Américas [Internet]. Washington: OPS; 2022. Recuperado a partir de: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55923?locale-attribute=pt>
6. Gao W, Wu Z, Zuo K, Xiang Q, Zhang L, Chen X, et al. Global Safety and Health: The History of High-Level Biosafety Laboratories Toward Large Scientific Facilities. *Laboratories* [Internet]. 2025;2(1):3. doi: <https://doi.org/10.3390/laboratories2010003>
7. Kim MJ, Bonn M, Hall CM. What influences COVID-19 biosecurity behaviour for tourism? *Curr Issues Tour* [Internet]. 2022;25(1):21-7. doi: <https://doi.org/10.1080/13683500.2021.1883558>

8. Tartaglia-Reis C, Guerra-Paiva S, Sousa P. The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *Int J Qual Health Care* [Internet]. 2018;30(9):660-77. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>.
9. Flores-Serrano LV, Gavilanes-Carvajal NA, Yanchatipan-Chiluiza VR. Normas de bioseguridad en los laboratorios clínicos frente a la pandemia por COVID-19. *Rev Cient Arbitra Multidiscip Pentaciencias* [Internet]. 2022;4(5):475-500. Recuperado a partir de: <https://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/320>
10. Instituto de Salud Pública de Chile, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Guía de bioseguridad para laboratorios clínicos. Versión 1 (2a Edición)-2019 [Internet]. Santiago de Chile: ISPCH; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.ispch.cl/sites/default/files/GU%C3%8DA%20DE%20BIOSEGURIDAD%20PARA%20LABORATORIOS%20CL%C3%8DNICOS.pdf>
11. Monroy-Caicedo SP, Montoya-Torres J. Gestión de riesgos laborales y seguridad del paciente en entornos hospitalarios de la ciudad de Ibagué. *SIGNOS Investig Sist Gest* [Internet]. 2022;14(1). doi: <https://doi.org/10.15332/24631140.7477>
12. Munoz CM, Arias MR, López MP, Ortiz LV, Carrillo NM, Alvarado LA, et al. COVID-19 y salas de análisis del riesgo en salud pública en cuatro departamentos fronterizos de Colombia. *Biomédica* [Internet]. 2022;42:85-101. doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.6142>
13. Mercon J. Investigación transdisciplinaria e investigación-acción participativa en clave decolonial. *Utopía y Praxis Latinoamericana* [Internet]. 2022;27(98). doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.6614174>
14. Fals-Borda O. Por la praxis: el problema de cómo investigar la realidad para transformarla. *Espacio Abierto* [Internet]. 2022;31(1):193-221. Recuperado a partir de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12270216010>

15. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(10):854-857. doi: <https://doi.org/10.1136/jech.2004.028662>
16. Bandura A. Guide for constructing self-efficacy scales. In: Pajares F, Urdan T, eds. *Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich (CT): Information Age Publishing [Internet]. 2006;5:307-37. Recuperado a partir de: <https://www.sciepub.com/reference/181510>
17. Miles MB, Huberman AM. *An Expanded Sourcebook. Qualitative data analysis, Second Edition* [Internet]. London: Sage Publications; 1994. Recuperado a partir de: <https://vivauniversity.wordpress.com/wp-content/uploads/2013/11/milesandhuberman1994.pdf>
18. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM- Principios éticos para las investigaciones médicas con participantes humanos [Internet]. Finlandia: WWA; 2024. Recuperado a partir de: <https://www.paho.org/es/documentos/declaracion-helsinki-amm-principios-eticos-para-investigaciones-medicas-seres-humanos>
19. Rojas-López DA, Hernández-Rincón EH, Lamus-Lemus F, Zapata-Obando MR. El modelo Precede-Procede: un marco contextual para la salud comunitaria en entornos educativos. *Cult Cuid* [Internet]. 2023;27(67):411-28. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.22044>
20. Paz U, Estaba RJ, García EC. Desarrollo del turismo comunitario: Una propuesta para la región de los Ríos en Chile. *Rev Consensus* [Internet]. 2021;5(4):188-203. Recuperado a partir de: <https://pragmatikasolutions.com/consensus/index.php/consensus/article/view/96>
21. Ros-Sánchez T, Abad-Corpa E, López-Benavente Y, Lidón-Cerezuela MB. Investigación-acción-participativa sobre empoderamiento en mujeres mayores: un análisis teórico-metodológico. *Enferm Clin* [Internet]. 2023;33(2):141-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.10.016>

22. Higgins-Desbiolles F. Socialising tourism for social and ecological justice after COVID-19. [Internet]. 2020;22(3):156-169. doi: <https://doi.org/10.1080/14616688.2020.1757748>
23. Mahendru M, Arora V, Chatterjee R, Sharma GD, Shahzadi I. From over-tourism to under-tourism via COVID-19: lessons for sustainable tourism management. Evaluation Review [Internet]. 2024;48(1):177-210. doi: <https://doi.org/10.1177/0193841X231189805>
24. Goel P, Garg A, Walia N, Kaur R, Jain M, Singh S. Contagious diseases and tourism: a systematic review based on bibliometric and content analysis methods. Qual Quant [Internet]. 2022;56:3085-3110. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-021-01270-z>
25. Turner S, Ulloa AM, Nino N, Valencia-Godoy V. The role of intersectoral action in response to COVID-19: a qualitative study of the roles of academia and the private sector in Colombia. Int J Health Policy Manag [Internet]. 2022;11(9):1913-1925. doi: <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.100>
26. Kim MJ, Bonn M, Hall CM. What influences COVID-19 biosecurity behaviour for tourism? Curr Issues Tour [Internet]. 2022;25(1):21-7. doi: <https://doi.org/10.1080/13683500.2021.1883558>
27. Ham-Baloyi WT. Nurses' roles in changing practice through implementing best practices: a systematic review. Health SA Gesondheid [Internet]. 2022;27(0):a1776. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v27i0.1776>



Figura 1. Esquema etapas de gestión de riesgo.

Fuente: elaborado por los autores.

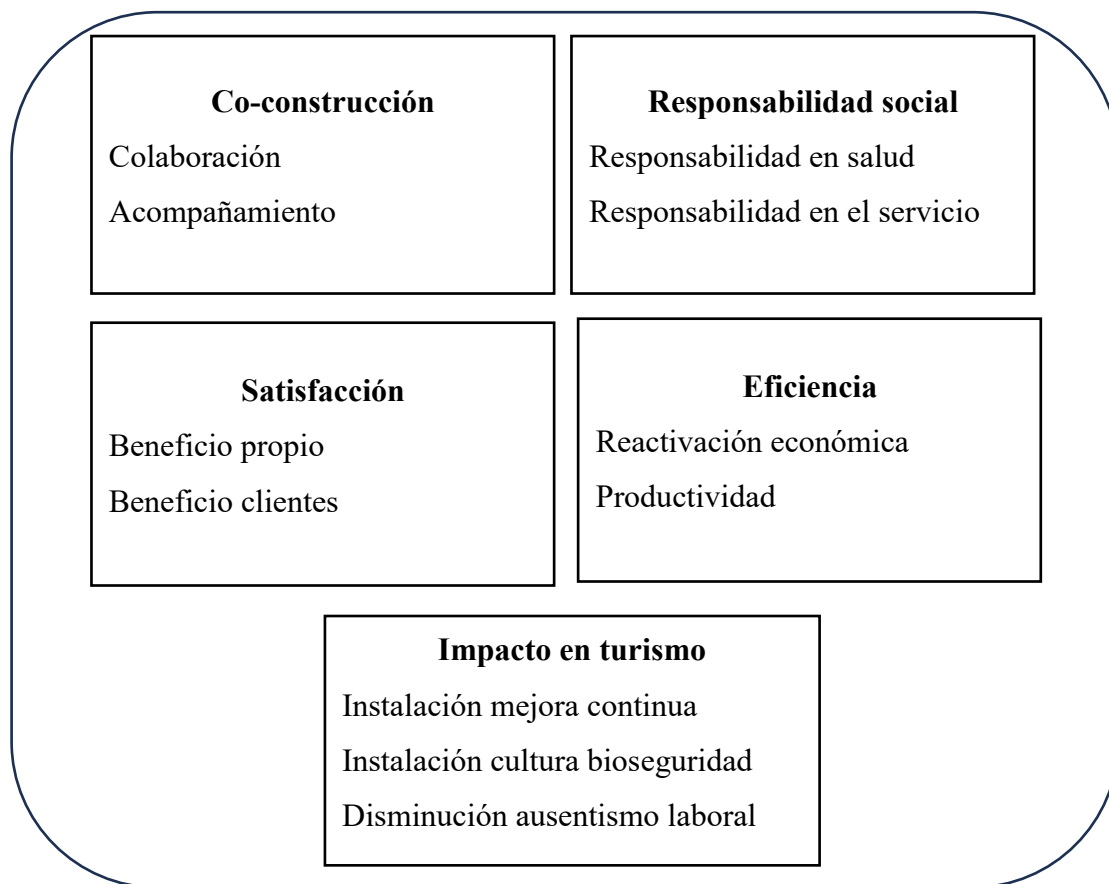


Figura 2. Categorías y códigos análisis cualitativo de entrevistas.

Fuente: elaborado por los autores.