

**UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE
FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y LA SALUD**

**PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL SECTOR DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL PLOTTIER, ACERCA DE LOS CUIDADOS INTERCULTURALES QUE
BRINDA AL NIÑO Y A SU MADRE DE ORIGEN Y CULTURA BOLIVIANA.**

**Plan de Tesis presentada para cumplir con los requisitos para obtener el título de
grado de Licenciada en Enfermería.**

**Alumna: Enf. Corzo Paola Betiana
Directora: Lic. Andión Graciela**

Argentina- Neuquén

2015

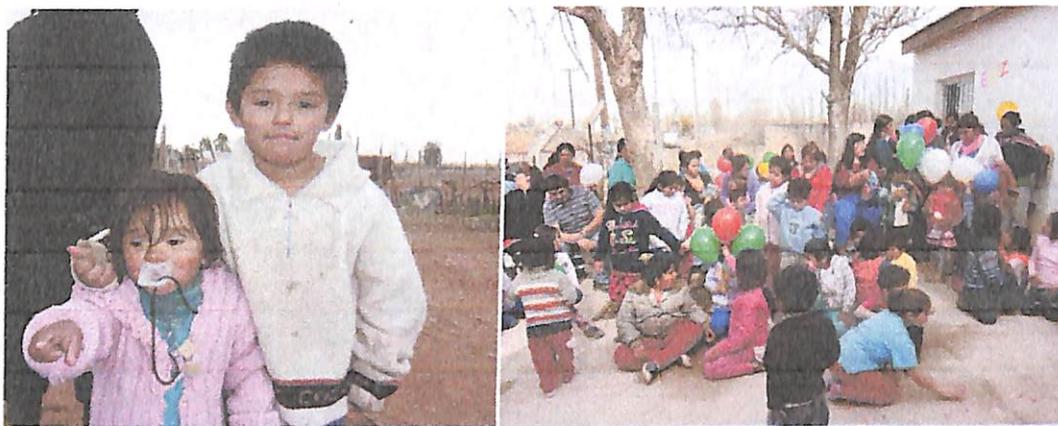
ÍNDICE:

INDICE.....	I
TITULO DE LA INVESTIGACIÓN... ..	IV
AGRADECIMIENTOS.....	V
RESUMEN.....	VI
ABSTRACT.....	VIII
INTRODUCCIÓN.....	1
ORIGEN DE LA INVESTIGACIÓN Y PANTEO DEL PROBLEMA.....	3
OBJETIVO GENERAL.....	5
FUNDAMENTACIÓN.....	6
CONTEXTO EN EL QUE SURGE EL PROBLEMA.....	11
Encuadre Institucional.....	11
Plottier.....	11
Población, datos socioeconómicos.....	12
• Recursos de Salud Local.....	13
• El "hospital nuevo".....	14
ESTADO DEL ARTE.....	16
MARCO TEORICO.....	21
• Percepción.....	21
• Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger.....	23
• La investigación sobre diversidad cultural y la globalización.....	30
• La diversidad del cuidado cultural en latinoamérica.....	31
• Concepciones de salud desde la cultura boliviana.....	32
• Normativa existente sobre salud y pueblos indígenas.....	33
• Salud - Enfermedad.....	34
• Discriminación y Racismo.....	36

DISEÑO METODOLOGICO.....	38
Elección del Tipo de Diseño.....	38
Población y Muestra.....	39
Unidad de Análisis.....	39
Rol de la Investigadora.....	40
Tipos de Técnicas de Obtención de Información Empírica.....	40
Técnicas de Análisis de la Información Empírica.....	41
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	42
• Análisis de datos.....	46
1) IMAGINARIOS SOCIALES ACERCA DEL PUEBLO BOLIVIANO:.....	47
1.1 Pueblo que sufre, pobreza.....	48
1.2 Pueblo con una cultura valorable.....	50
1.3 Pueblo pasivo, callado.....	51
1.4 Pueblo carente de educación, excluido.....	54
1.5 Pueblo que necesita respeto, cuidado y resguardo.....	55
1.6 Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría.....	56
2) PERCEPCIONES SOBRE EL CUIDADO QUE LAS ENFERMERAS BRINDAN AL PUEBLO BOLIVIANO.....	57
2.1 Las diferencias entre el 'hospital viejo' y el 'hospital nuevo'.....	58
2.2 La importancia de la continuidad en el cuidado permite una mejor atención al paciente boliviano.....	61
2.3 Dificultades en la atención: los distintos usos del término 'barreras culturales'.....	64
2.4) El lugar para los saberes y prácticas de salud boliviano: subordinación y exclusión.....	68
2.5 Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría.....	72

3) VISIONES SOBRE LAS DIFERENCIAS QUE SE HACEN EN EL HOSPITAL CON EL PUEBLO BOLIVIANO:.....	74
3.1 Discriminación negativa en el trato y/o en la atención: prejuicio racial y de clase social.....	74
3.2 Discriminación positiva en la atención: Prácticas inclusivas/ prácticas paternalistas.....	76
3.3 Discriminación positiva ¿o paternalismo?.....	76
3.4 No hay diferencias ni en el trato ni en la atención: el mito de la igualdad...	77
3.5 Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría.....	79
 DISCUSIÓN.....	 81
CONSIDERACIONES FINALES.....	84
CONCLUSIONES.....	85
RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFÍA.....	92
ANEXOS.....	96
• Instrumento de recolección de datos.....	97
• Fotos.....	98
• Hoja de Firmas.....	99

PERCEPCIÓN DE LAS ENFERMERAS DEL SECTOR DE PEDIATRÍA DEL
HOSPITAL DE PLOTTIER, ACERCA DE LOS CUIDADOS
INTERCULTURALES QUE BRINDA AL NIÑO Y A SU MADRE DE ORIGEN Y
CULTURA BOLIVIANA.



Festejo Día del Niño en la comunidad del Barrio Los Hornos-Agosto 2015-

"Antes yo creía que tenía que tratar a la gente como yo quisiera que me traten a mí, pero con el enfoque intercultural ahora entiendo que no se trata de eso, sino de tratar a los demás como ellos desean que los traten a ellos".

Riger Borges Arceo, promotor Yucateco

AGRADECIMIENTOS

Este ha sido un trabajo muy solitario, pero no por eso ausente de personas que intervinieron y participaron generosamente de distintas formas.

Agradezco a las docentes de la carrera Licenciatura en Enfermería, por la formación recibida. Fue un espacio que además de aprendizajes me dejó amigos.

Mi agradecimiento a mi directora Licenciada Graciela Andión, por su generosidad al compartir materiales, opiniones, por leerme desde los inicios y seguir mis vaivenes. Por compartir el trayecto y ser testigo en cada paso. Por su calidez y acompañamiento respetuoso con su destacado compromiso con este trabajo y con el pueblo boliviano.

Mi gratitud a Laura Gracedi, quien oportunamente me brindó su apoyo y aportes a esta investigación.

A mi Madre, por motivarme, quererme y acompañarme en todos y cada uno de los estados por los que atravesé en el proceso de esta tesis, su apoyo emocional fue primordial para llegar a esta instancia.

A Patricia Menutto por su eterno apoyo emocional y espiritual, permitiendo que no baje los brazos.

Agradezco a mis compañera/os del hospital, por permitirme tan gentilmente el acceso a sus experiencias, a sus ideas y percepciones en relación al pueblo boliviano.

Al pueblo boliviano, porque me incentivó a esta aventura.

RESUMEN

Introducción: Se realiza una experiencia en el campo de la investigación, con las enfermeras del Hospital de Plottier, provincia de Neuquén, que posibilita responder a la pregunta de investigación: ¿Cómo perciben las enfermeras de Pediatría del Hospital Plottier, el cuidado que le brindan al binomio Madre-Hijo de origen Boliviano, en un contexto de diversidad cultural, durante el mes de octubre del 2015?. Ésta investigación se inscribe dentro de la lógica cualitativa. Se utiliza como técnica privilegiada la entrevista también el análisis de documentación y material bibliográfico. Se adopta el método comparativo constante para el análisis de los datos.

Los resultados a los que se arribó se ordenan en tres categorías y a su vez durante el análisis de los datos, cada categoría presenta dimensiones que ayudan a comprender la información obtenida

Objetivo: Describir las percepciones de las enfermeras de pediatría del Hospital de Plottier, acerca del cuidado intercultural, que brinda al binomio madre-hijo de origen boliviano durante su internación.

Metodología: Teniendo en cuenta la pregunta que guía esta investigación, se utilizó un diseño de tipo cualitativo que permitió, en un movimiento espiralado de ida y vuelta entre la empiria y la teoría, indagar en las entrevistadas y buscar unidades de sentido que den cuenta de los significados en ese contexto de descubrimiento. Se decidió trabajar con una selección muestral de tipo intencional, considerando al total de los enfermeros de Pediatría del Hospital Plottier, recolectando información hasta que las categorías se saturaron, es decir, la muestra saturó en 12 entrevistas y se llevaron a cabo tres sesiones de retroalimentación.

Resultados: queda en evidencia como queda invisibilizada la posibilidad de autocrítica y reconocimiento del cuidado que el personal de enfermería le brinda a las personas de otras culturas, buscando las respuestas a este vacío en su entorno, en la organización hospitalaria, en el acceso geográfico, en el lenguaje, en las diferencias de clases sociales. Las enfermeras no lograron demostrar las percepciones de su propio cuidado, entendiendo que el mismo es el objeto de la disciplina.

Palabras clave: Percepción del cuidado enfermero. Cuidados de enfermería interculturales. Concepciones de salud - enfermedad desde la cultura boliviana Discriminación y Racismo.

ABSTRACT

Introduction: How do you perceive the nurse Pediatric Plottier Hospital: an experience in the field of research, with the nurse Hospital Plottier, Neuquen province, which enables to answer the research question is made the care given to mothers and children of Bolivian origin, in a context of cultural diversity, during the month of October 2015 ?. This research is part of qualitative logic. Technique is used as privileged interview also the analysis of documentation and bibliographical material. the constant comparative method for data analysis is adopted.

The results that were reached are sorted into three categories and in turn during data analysis, each category has dimensions that help to understand the information obtained

Objective: To describe the perceptions of the nurse pediatric Plottier Hospital, about intercultural care, which provides the mother-son of Bolivian origin during hospitalization.

Methodology: Considering the question guiding this research, a design qualitative allowed in a spiral back and forth between empiricism and theory movement, investigate the interviewed and search for meaning units used to realize the meanings in the context of discovery. It was decided to work with a sample selection of intentional type, corresponding to the total of the nurse Pediatric Plottier Hospital, gathering information until categories were saturated, ie, the sample saturated in 12 interviews were conducted three sessions of feedback.

Results: it is evident as the possibility of self-criticism and recognition of care that nurses gives people from other cultures is invisible, searching for answers to this gap in their environment, in hospital organization, geographical access, in language, social class differences. They failed to show the perceptions of their own care, understanding that it is the subject of discipline.

Keywords: Perception of nursing care. Intercultural nursing care. Conceptions of health - disease from bolivianaDiscriminación and Racism culture.

INTRODUCCIÓN

Las migraciones internas y extranjeras han sido uno de los fenómenos que caracterizaron el crecimiento y la estructura poblacional de la Provincia del Neuquén. Cabe recordar que Neuquén fue territorio nacional entre 1884 y 1955, año en que se convirtió en una nueva provincia argentina. En estos años el territorio tuvo una fuerte vinculación con el Estado Nacional por la explotación de recursos naturales, atrayendo población fundamentalmente de otros países. Una vez conformada la provincia, el Estado desempeñó un rol de contención social y generó políticas estatales a partir de obras públicas (hidroeléctricas y empresas nacionales de explotación de recursos naturales) que provocaron fuertes modificaciones poblacionales.

Como en la gran mayoría de las provincias argentinas, la realidad sociocultural de Neuquén es pluriétnica, conformada según la dirección de Estadísticas y Censos de la provincia, la población de chilenos en Neuquén pasó del 92,4% en 2001 al 83,2% en 2010, contrayéndose casi un 10%. En tanto que en igual período la población de bolivianos residentes pasó del 4,5% al 10,6% y la de paraguayos de 0,9% a 3,5%. Todos ellos con diferencias socioculturales que se expresan en la cosmovisión, modo de vida, lenguaje y formas particulares de entender y abordar los problemas de salud-enfermedad.

A esta situación de diferentes culturas, se agrega la aculturación, y la implantación de modelos exógenos de desarrollo que tienden a una homogeneización de las culturas y, en las últimas décadas, a una globalización acelerada del conocimiento hegemónico. Hoy formamos, en varios aspectos una sociedad mundial única. A pesar de que hablamos idiomas distintos, nos comportamos y vivimos de formas muy diferentes.

En los últimos años hemos podido comprobar como el término Enfermería Transcultural se va oyendo con más frecuencia entre los profesionales. El aumento de la inmigración, y el hecho de tener que relacionarnos y cuidar a personas con características y costumbres culturales radicalmente diferentes a las nuestras, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, ha propiciado en gran medida la aparición de nuevos términos que relacionan a la Enfermería con

la diversidad cultural, marcos teóricos y modelos de cuidados culturalmente competentes, así como bibliografía que responde a las nuevas necesidades de una sociedad cambiante.

En el Hospital de Plottier, se atienden en su mayoría, a niños de familias Bolivianas, por lo que en la práctica diaria, Las enfermeras del servicio de pediatría, se encuentran con madres que son muy introvertidas, no hacen preguntas, no exigen ningún comportamiento adecuado a sus necesidades, tienen un lenguaje diferente, lo que debería marcar alguna diferencia acorde a las necesidades culturales del niño y su madre o familia.

En la primera parte, el lector se encuentra con la dimensión epistemológica, donde se realiza la contextualización histórica y provincial e institucional de la investigación. Contiene origen y planteo del problema, los objetivos, los antecedentes, las fuentes y el encuadre teórico conceptual, herramienta para el inicio del trabajo en terreno y también para el análisis del material recogido en el mismo. Abarca los conceptos de Percepción, Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger, conceptos de cultura y concepción de salud desde la cultura boliviana. Los autores provienen principalmente del campo de la psicología social, de la filosofía, antropología social, y del campo de la enfermería.

ORIGEN DE LA IDEA DE INVESTIGACIÓN Y PLANTEO DEL PROBLEMA

Las personas de origen boliviano, que se encuentran viviendo en nuestra comunidad, enfrentan grandes desafíos a la hora de buscar su atención de salud, desde el acceso geográfico del lugar hasta la comunicación a través del lenguaje, los gestos, la vestimenta, la comida, las costumbres, etc.

Asimismo, es importante resaltar que desde la disciplina enfermera, existen modelos, que abordan los cuidados desde la interculturalidad sosteniendo que la cultura es parte importante de la identidad de cada persona y que es necesario considerar los aspectos culturales que inciden en la salud para responder a una necesidad real en enfermería: cuidar a personas de culturas diferentes que piensan y actúan de forma particularmente especial.

Estos modelos se convierten en herramientas para identificar, valorar y alcanzar elementos que nos permiten brindar un cuidado terapéutico, o, según Leininger, "un cuidado culturalmente congruente".

Al momento de la admisión en el servicio, el niño ocupa su unidad, y se le ofrece a la madre una reposera, ya que la madre o un mayor de edad acompaña al niño durante su internación.

Se pudo observar, a pesar del poco tiempo de trabajar en el hospital, que la mayoría de las enfermeras brindan sus cuidados silenciosamente sin muchos interrogantes acerca de la diversidad cultural evidente en el contexto. Si aparece algún comentario referido a lo cultural, es en términos de anécdotas, de obstáculos para la práctica y sin intención de abordarlo formalmente. También es cierto que de parte de los niños y sus madres no hay ningún planteo ni requerimiento al recibir el cuidado. Se puede observar claramente, que son madres muy introvertidas, que escuchan lo que el médico y la/os enfermera/os les dicen y no hacen preguntas.

También se advierte, que no existen oportunidades formales en el hospital donde se aborden temas relacionados con las distintas representaciones sociales en relación al proceso salud-enfermedad, las prácticas previas a la llegada al hospital para aliviar el sufrimiento, y los abordajes posibles a nivel familiar y comunitario.

Así es que queda invisibilizado y silenciado todo aquello que puede suscitar el encuentro. Las preguntas o inquietudes respecto al cuidado intercultural, no aparecen ni en los consultorios, ni en los pasos de guardia, ni en las interconsultas, ni en las reuniones de equipos de salud, ni en las escasas capacitaciones y supervisiones.

Frente a lo expuesto es que surgen muchos interrogantes que dan inicio a esta investigación, tales como:

¿Puede explicarse esto debido a que un número importante de profesionales ingresó hace poco tiempo y además proviene y se formó académicamente en centros urbanos de todo el país? ¿Cómo viven las enfermeras de pediatría el encuentro con personas de diferentes culturas? ¿Qué lugar tiene la diversidad cultural? ¿Cuál es la opinión acerca del pueblo boliviano? ¿Qué piensa de ellos y de lo que ellos hacen, dicen? ¿Generan rechazo? ¿Desinterés?, ¿Indiferencia? ¿Cuáles son las significaciones que las enfermeras atribuyen al cuidado en un contexto diverso culturalmente? ¿Cómo impacta esto en la calidad e igualdad del cuidado?

Estas preguntas, se sintetizan en la que dio origen al objeto de investigación:

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo perciben las enfermeras de Pediatría del Hospital Plottier, el cuidado que le brindan al binomio Madre-Hijo de origen Boliviano, en un contexto de diversidad cultural, durante el mes de octubre del 2015?

OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones de las enfermeras de pediatría del Hospital de Plottier, acerca del cuidado intercultural, que brinda al binomio madre-hijo de origen boliviano durante su internación.

FUNDAMENTACIÓN

Desde mediados del siglo XX se habla de la importancia de la transculturalidad, ya que los procesos migratorios implican nuevos retos de cuidados, adaptados a las nuevas comunidades.

Desde entonces es que va en concreto aumento la tasa de inmigrantes a nuestro país, como también en nuestra provincia, al igual que las corrientes migratorias "golondrinas" es que se ha despertado la necesidad de "brindar un cuidado cultural" y de expandir sobre todo en estos momentos los componentes del modelo de "competencia cultural" de Madeleine Leininger a la investigación de los cuidados, de adaptar los cuidados de enfermería a las diferencias culturales, de aprender a "mirar al inmigrante con sus cualidades", o de visibilizar los choques culturales frente al significado de "enfermar y recurrir a los cuidados de salud".

Para las enfermeras no podría pasar desapercibida la cultura, como una variable que no sólo afecta a los receptores del cuidado, sino también a ellos mismos, ya que influye en las formas de pensar y de actuar. Por consiguiente, es prudente y necesario tener en cuenta la cultura dentro de la cual la persona está inmersa, ya que habrá un repertorio distinto de creencias y de prácticas de cuidado de la salud que deben respetarse y considerarse a la hora de planificar los cuidados enfermeros.

Leininger (1966) afirmó que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura.

Los cuidados de enfermería, son más que una actividad, es una actitud para con el otro, un "modo de ser" que representa las intenciones, las expectativas y las necesidades de ser y estar inserto en un ethos en la realidad concreta del mundo. Un *Ethos* contempla un conjunto de principios, reglas, rutinas, que transculturalmente, rigen el comportamiento humano para que este humano sea un ser socialmente libre y responsable por sus actos y por sus actitudes. Así

pensamos en el cuidado como un *ethos* en la medida en que se desenvuelve como una actitud, una relación de responsabilidad interhumana para satisfacer, conocer y compartir experiencias y comportamientos con las otras personas. Así mismo, el *Diccionario de la Real Academia (2001)* incorpora la palabra "etos", que aparece definida como "Conjunto de rasgos y modos de comportamiento que conforman el carácter o la identidad de una persona o una comunidad."

Los enfermeros, además de pensar en las diferentes estrategias de intervención sobre el proceso de enfermar, deben considerar que el cuidado comprende a los individuos en su totalidad, no reducirse únicamente a la ejecución de tareas. Ampliando sus cuidados donde se visualice el cuidado intercultural, o sea, que busque la humanización de la atención.

El concepto percepción de cuidado, es definido "como el proceso mental mediante el cual el paciente y el personal de enfermería obtienen momentos significativos en su interior durante la interacción del cuidado. (Oviedo 2004).

De la manera cómo se comprenda la percepción del cuidado y cómo se de la relación, depende el logro conjunto de propuestas de cambio para dignificar a las personas o fortalecer su autonomía, que es en esencia lo que pretende el cuidado. La enfermera genera la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y establecer una relación empática. Para Watson (1980), la empatía es la capacidad de experimentar, y por lo tanto, de comprender las percepciones y sentimientos de otra persona, así como la capacidad para comunicar esta comprensión.

En la práctica diaria, en el servicio de pediatría, del hospital de Plottier, se ha dado un aumento de pacientes de otras culturas, en este caso, pacientes bolivianos, que esperan que los profesionales de enfermería y de la salud en general entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida. Además el uso excesivo de la tecnología aplicada a los cuidados en salud a veces entra en conflicto con los valores culturales de los pacientes. Entonces los cuidados que brindan los profesionales de enfermería deben evitar situaciones negativas como la imposición cultural y el etnocentrismo, conceptos que suelen llevar a choques y conflictos culturales entre pacientes y enfermeros, o como se

puede observar en algunas oportunidades en este hospital, madres introvertidas, en silencio, sin emitir juicio y aceptando el cuidado, quizás muy alejado a sus necesidades culturales.

Para acercarse a descubrir esa manera particular como las personas de cada cultura se cuidan, es preciso situarse en el esquema comprensivo que considera a las personas como expertas que conocen sus propias formas de cuidarse y por tanto, la interpretación de su experiencia puede ayudar a los profesionales de enfermería a descubrir su mundo social constituido por significados simbólicos observables en los actos, interacciones y lenguaje de los seres humanos. Con este enfoque, la realidad es subjetiva y múltiple, y puede verse desde diferentes perspectivas; los significados también son múltiples y se derivan de las percepciones, experiencias y acciones en relación con los contextos sociales y culturales.

En consecuencia, desde los cuidados culturales se propone acceder a estos grupos con la obligación de enterarse de su cultura, de lo que significan sus cuidados a partir de sus valores, prácticas y creencias culturales. De cualquier modo, se ha visto que este abordaje cultural es difícil de implementar por la urgencia de satisfacer sus necesidades básicas, convertidas en lo más apremiante: abrigo, salud, alimentación, afecto y encontrar un futuro para sus hijos. Estas madres poseen conocimientos, prácticas y creencias de su origen cultural y para la enfermera constituye un desafío reconocer estos saberes, descubrir lo propio de ellas, reconocer el choque cultural que se produce y brindar un cuidado congruente a sus necesidades.

En relación a la posibilidad y viabilidad, según los requisitos para valorar problemas de investigación de Polit y Hungler (1991), se puede establecer que:

- El problema a investigar es relevante porque brindará información sobre la percepción de las enfermeras en relación a los cuidados interculturales que brinda en su práctica diaria, y esto sirve a la disciplina para conocer este aspecto, para tenerlo en cuenta en el accionar de enfermería y para trabajar sobre ello.

- Es un problema susceptible de ser investigado porque se trata de un fenómeno interpretable desde las estrategias propuestas, es decir, desde una estrategia cualitativa, en dónde a través de distintas técnicas de recolección de datos, se podrá describir y caracterizar la percepción de la/os enfermera/os respecto de los cuidados que brinda.
- Es practicable, en cuanto a tiempo y oportunidad. Se realizará en el sector de pediatría, por lo que se cuenta con la disponibilidad de los 16 enfermeros, sujetos de estudio. Para realizar las entrevistas, se solicitará autorización al Comité de Docencia e Investigación del hospital. Respecto a las instalaciones y equipos, se requiere de recursos que son asequibles, por ejemplo: computadora, grabadora, impresora, papel. En cuanto al dinero, no requerirá de gastos importantes. En cuanto a la experiencia, si bien no se tiene experiencia en realizar investigaciones, si se cuenta con los conocimientos necesarios para realizarlo, y con el acompañamiento permanente de mi Directora de Tesis.
- El problema me parece muy interesante, como lo explico anteriormente, dado que estudiar la percepción de la/os enfermera/os sobre los cuidados interculturales, permite que se obtengan nuevos conocimientos tanto para el aporte disciplinar como para replantearnos algún o algunos aspectos que pueden llegar a estar ausentes en nuestra práctica, también se espera que sirva como disparador de otros estudios que pretendan analizar aspectos similares a éste.

En la localidad de Plottier, no se han realizado investigaciones científicas en relación con las percepciones de enfermería acerca de los cuidados interculturales que se brinda a pacientes bolivianos

Este es un aporte al conocimiento en tanto pueda incluirse a la educación/formación profesional y académica de futuros efectores de los sistemas de Salud Pública. El conocimiento generado en esta investigación podrá derivar en insumos a tener presentes en espacios de reflexión sobre las prácticas en los

servicios del hospital de Plottier y otros cercanos, así como también en espacios de capacitación de los trabajadores de la salud. Espacios de reflexión que promuevan cambios en las percepciones de las enfermeras de salud y comunidad en general acerca de la valoración de la población inmigrante.

CONTEXTO EN EL QUE SURGE EL PROBLEMA

Encuadre Institucional

La provincia organizó su sector público de salud en tres grandes componentes: el nivel central, las regiones o zonas sanitarias y los servicios de salud.

El Sistema de Salud Pública responde a un modelo organizacional regionalizado e integrado, a través de una Red de Establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente, agrupados en Zonas Sanitarias, para lo cual se divide el territorio en Áreas Programáticas locales, bajo la administración de Zonas Sanitarias, que son responsables del funcionamiento de los Servicios de Salud de su área.

El Sistema está integrado por seis Zonas Sanitarias, además del Hospital Provincial Neuquén, que depende directamente de la Subsecretaría de Salud, y posee rango de zona sanitaria y es un Hospital de Referencia Provincial (máxima complejidad del sistema).

Plottier

La Provincia del Neuquén tiene una extensión territorial de 94.078 km. cuadrados.

La localidad de Plottier ubicada en el Departamento Confluencia, ubicada sobre la margen norte del río Limay a 16 km. de la confluencia de éste con el Río Neuquén para luego conformar el río Negro que atravesando la provincia del mismo nombre desembocará en el Océano Atlántico, limita al oeste con la ciudad de Senillosa, al este con la ciudad Capital de la Provincia y al norte con Las Bardas, tiene una extensión de 13.500 Hectáreas.

Dado el surgimiento de asentamientos ilegales y loteo de chacras se han visto superadas las condiciones, y la previsión de los servicios esenciales. El clima es templado-frío y semiárido, registrando temperaturas medias anuales que varían entre los 14 y 12 °C. Las lluvias no superan los 300 mm anuales y los fuertes vientos que caracterizan la zona suelen alcanzar entre 20 y 120 km/h.

Población, datos socioeconómicos.

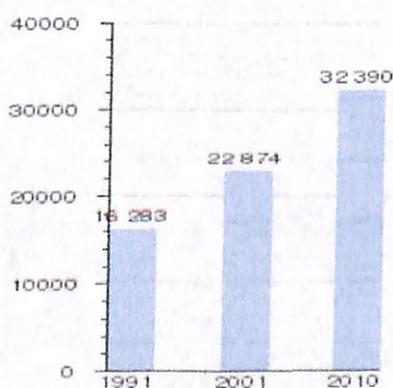
Esta ciudad que se asentó en gran parte sobre el valle del Río Limay contando con una zona árida, tuvo un gran desarrollo con las chacras dedicada en su mayor parte a la fruticultura las cuales tienden a desaparecer ante el crecimiento demográfico convirtiéndose en barrios.

Es notable el crecimiento poblacional debido en parte a la proximidad de la ciudad capital y su fácil acceso a través de la multitrocha, además luego de la crisis de fines del año 2.001 y 2.002, tomó auge la actividad petrolera favoreciendo sin duda el desarrollo de la zona.

Población censada según años: 1.980 (8.013), 1.991 (16.283), 2.001 (22.874).

Cuenta con 32.390 habitantes (INDEC 2010) lo que representa un incremento del 41% frente a los 22.874 habitantes (INDEC 2001) del censo anterior. Aunque en la actualidad se estima una población aproximada de 50.000 habitantes, siendo estadísticamente una población joven, siendo el 65 % entre 15 y 65 años de edad. Forma parte del aglomerado interprovincial Neuquén, Plottier, Cipolletti.

Gráfica de evolución demográfica de Plottier entre 1991 y 2010



Fuente de los Censos Nacionales del INDEC.

Desde el punto demográfico podemos decir que Plottier ha experimentado un insipiente crecimiento Poblacional, y un importante movimiento migratorio que

impacta tanto en los aspectos socioculturales y económicos como en lo ambiental y sanitario.

Tiene una tasa de natalidad de 26,95% según censo de los años 2010, tasa de mortalidad 1,6%; tasa de empleo del 40%, de desocupación de 5%, persona bajo el índice de pobreza 9,32% (según indicadores básicos de salud de Neuquén).

Recursos de Salud Local.

En el Subsector Privado la Localidad cuenta con varios consultorios privados, algunos de ellos instalados en los últimos años, contando con distintas especialidades Médicas, de Odontología, Rehabilitación y Laboratorio de Análisis Clínicos.

Existen dos Centros de Imágenes con Servicios de Radiología, Ecografía y Ecocardiografía.

En el Subsector Público se halla el Hospital de Área Plottier y sus ocho Centros de Salud, siete Urbanos y uno Rural.

En esta investigación se pretende abordar y conocer las percepciones de las enfermeras de pediatría sobre los cuidados culturales que brinda a la población boliviana, que desde hace unos cinco años creció significativamente la migración de familias bolivianas a esta localidad, y actualmente, la mayor concentración se encuentra en el barrio Los Hornos; donde cada familia u hombres solos que llega, se instala allí, donde su compatriota, le da trabajo y vivienda hasta que puede pagar el alquiler de la misma; luego muchos se van mudando a otro barrio o bien alquila en ese mismo lugar un espacio para realizar actividades de micro-emprendimiento haciendo lo mismo con los que van llegando.

Dentro del barrio Los Hornos se encuentran doce campamentos donde viven familias de origen bolivianas (este es el nombre como lo clasifican los agentes que trabajan en el centro salud próximo, debido a la características de su vivienda).

Un total de 398 niños menores de seis años se controlan en el centro de Salud que se encuentra en el mismo barrio. Las familias que habitan en los

campamentos son móviles, llamado así, debido a que todo el tiempo ingresan familiares que vienen a trabajar; solos o con sus familias.

Los niños que requieren internación, son derivados con su madre al hospital, donde son recibidos por guardia e ingresan al sector de internación pediátrica.

El Hospital “nuevo”

En el mes de marzo del año 2.007 finalizó la construcción del Nuevo Hospital el cual se halla emplazado muy cerca del “hospital viejo” .

El nuevo hospital está ubicado entre las calles Paraguay y Sargento Cabral de esta localidad. El nosocomio se construyó para responder al crecimiento poblacional de la localidad, así como también para atenuar la demanda de los hospitales de la capital provincial, al recibir las derivaciones de los nosocomios de Piedra del Águila, PicúnLeufú, Villa el Chocón y Senillosa.

El hospital cuenta con Consultorios Externos, Guardia de Emergencia, sesenta camas de Internación, Sala de Pre Parto y dos de Partos, Central de Esterilización, dos Quirófanos y las distintas Áreas de Administración y de Servicios.

Este Hospital de Complejidad VI, aporta al ordenamiento progresivo de la Red, fortaleciendo los distintos niveles de complejidad, siendo un complemento natural, para dotar al Interior Provincial de un eslabón intermedio antes de llegar al Referente Provincial de Mayor Complejidad.

Esta investigación se desarrolló específicamente, en el servicio de Pediatría, que cuenta con un total de 10 Enfermeros y 6 Licenciados en Enfermería. El mismo dispone de un total de 6 habitaciones triples, de las cuales cada una posee solo dos bocas de oxígeno y aire comprimido, y 2 habitaciones de aislamiento. Posee también una habitación destinada para Neonatología, pero no está en funcionamiento debido a irregularidades edilicias.

El horario de visitas es de 13.00 a 14.00 Hs. y de 18.00 a 19.00 Hs. de Lunes a Viernes y de 18.00 a 19.30 Hs. los fines de semana y feriados.

El servicio de pediatría del Hospital de Plottier, brinda cuidados con una modalidad de internación conjunta.

En la internación se le brinda la unidad al niño, el cual es acompañado por los Padres o familiares adultos.

Los datos estadísticos nos dicen que el nivel de internaciones es de 30 niños por mes, en época invernal de 60 a 70 internaciones, de las cuales el 62% son extranjeros. De éstos últimos, el 95% corresponde a internaciones de niños de origen boliviano. En relación a la cantidad de niños internados, el número de internaciones de niños bolivianos es elevado.

ESTADO DEL ARTE

A través de la búsqueda de información, se encontraron varias investigaciones y trabajos relacionados con el tema de investigación que se aborda y que hicieron aportes significativos a ésta investigación, las cuales se describen a continuación:

Arrúe Wille y Kalinsky Beatriz. (1991). "De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén".

En "De la médica y el terapeuta" es un trabajo de investigación desde la socioantropología de sistematización y análisis de experiencias en relación a la salud del sur de la provincia de Neuquén, más precisamente de San Martín de los Andes.

Los autores realizan una descripción de las prácticas locales del cuidado de la salud provenientes de la medicina popular y de la inclusión de la medicina oficial. Plantean la dificultad para percibir y aceptar la diversidad cultural por parte de profesionales inmigrantes en su mayoría de centros urbanos.

Se plantea sobre cuál es el lugar del equipo de salud en la atención primaria y especialmente el de los equipos de salud mental. Se proponen los 'abordajes conjuntos': prácticas interculturales en el marco de la atención primaria, donde se incluyeron las significaciones culturales de la medicina mapuche y se lleva a cabo entre agentes de hospital y curadores populares, lo que da lugar a un espacio de gestión intercultural de salud.

Este antecedente ha proporcionado elementos para conocer como han sido algunas formas de atención a la salud al pueblo mapuche en la zona donde se realiza la investigación. Aportó información sobre la relación del pueblo mapuche con el sistema de salud oficial. Se realizaron entrevistas a distintos actores: profesionales médicos, curadoras, pobladores, agentes sanitarios, enfermeros/as, etc.

María Eugenia Merino, Daniel Quilaqueo, José Luis Saiz.(2008). "Una tipología del discurso de discriminación percibida en mapuches de Chile"

Este trabajo presenta una tipología del discurso de la discriminación percibida por mapuches en Chile. Específicamente se describen los modos de discriminación percibida y se caracteriza el discurso de los participantes de la muestra, la que está constituida por cincuenta hombres y mujeres mapuches de la ciudad de Santiago y cincuenta de la ciudad de Temuco, Chile. La tipología que realizaron los autores, incluye los ejes temáticos 'evento discriminatorio' y 'representación social'. Los resultados revelaron la existencia de cuatro modos de discriminación percibida. Por otra parte, el 'discurso de la discriminación percibida', reveló que el discurso mapuche se estructura en base a un 'relato argumentativo', con actos de habla principalmente 'expresivos' y 'declarativos de uso', y estrategias semánticas locales de las cuales dos son transferidas desde la lengua mapuche.

El aporte más importante que esta investigación aportó a este trabajo, es el de la categoría 'discriminación macrosocial' que será utilizado en el análisis del presente trabajo.

Marcela Cerruti, auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). (2003). *Evaluando la calidad de los servicios reproductivos en Buenos Aires: de la perspectiva de las usuarias a una medición estandarizada*.

A través de un detallado trabajo de investigación que vincula la mirada cuantitativa y la cualitativa, la descripción, la exploración y un análisis profundo de la información especialmente producida, el estudio contribuye a llenar algunos de los vacíos en el conocimiento del derecho a la salud y a la salud reproductiva de adultas y jóvenes bolivianas en la Argentina desde una perspectiva de derechos humanos, interculturalidad y género. A la desvalorización de las pautas culturales se suma, particularmente en los servicios de salud reproductiva, la noción de ilegitimidad del derecho al acceso al sistema de salud, señala la investigadora. Explica que en general, (las bolivianas) transitan su embarazo en condiciones precarias de trabajo y vivienda, y menos de la mitad completa los controles prenatales básicos; sin embargo, dan a luz niños de mayor peso que las argentinas y con escasas complicaciones al nacer. Esta investigación aporta

significaciones de las personas bolivianas al momento de recibir atención de su salud, la realidad que enfrentan muchas migrantes al acceder a los servicios públicos de salud y salud reproductiva de Argentina.

Jessica Araya-Cloutier, Alicia Ortiz-Salgado. (2005). Colegio de Enfermeras de Costa Rica. *"Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma"* Esta investigación cualitativa pretendió conocer la percepción del cuidado brindado a la persona como reflejo de los paradigmas en enfermería, según los profesionales de Enfermería del Sistema de Salud del Área Metropolitana de Costa Rica. Se identificó el cuidado como tema central y para analizarlo se tomaron los paradigmas en enfermería, de Kérouac S. y colegas (1996): Categorización, Integración y Transformación.

Los resultados más importantes fueron: No hubo convenio en la percepción de los profesionales, en lo referente al Paradigma de la Categorización. Por el contrario, los otros dos paradigmas evidenciaron una mayor afinidad por los profesionales que respondieron el cuestionario pero, los entrevistados manifestaron que estos paradigmas no siempre pueden llevarse a la práctica. La teoría, que desde los Paradigmas en Enfermería se visualizó mayormente, fue la de Dorothea Orem. Y se destaca que los graduados del nuevo plan de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, fueron quienes hicieron mayor alusión a la importancia y utilidad de las teorías al momento de brindar el cuidado.

Esta investigación marca a través de estos paradigmas la utilización de los distintos modelos y teorías, incluyendo el modelo de Madeleine Leininger, a la hora de brindar los cuidados de enfermería. Amplia mi investigación desde el marco teórico.

M.Sc. Lázaro Luis Hernández Vergel ; M.Sc. Dulce Maria Zequeira Betancourt; M.Sc. Amauri de Jesús Miranda Guerra. Cuba (2008): *La percepción del cuidado en profesionales de enfermería*. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la clínica «Cira García», para evaluar la percepción del cuidar según las concepciones de 72 enfermeros. Los conceptos y clasificaciones de

Morse, fueron la base para conocer la percepción del cuidado de los 72 enfermeros. Sus estudios contienen definiciones implícitas y explícitas sobre la percepción del cuidado, evidenciadas a través de técnicas de enseñanza que permiten traducir el cuidado en cinco clasificaciones ontológicas: a) Cuidar como característica humana. b) Cuidar como imperativo moral o ideal. c) Cuidar como afecto. d) Cuidar como relación interpersonal. e) Cuidar como acción terapéutica de enfermería. Se concluyó que existen diferencias en relación a la concepción del cuidado de enfermería entre los grupos y las categorías del cuidado investigadas. Los resultados apuntaron la necesidad de mayor unión entre la enseñanza y su aplicación en el ejercicio de la profesión.

Esta investigación muestra como valorar la percepción del cuidado de enfermería y aporta un punto de vista que posibilita contemplar factores que no se habían considerado en este trabajo.

María Nubia Romero B. *Index de Enfermería versión impresa* ISSN 1132-1296 *Index Enferm v.18 n.2. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. Research, Nursing Care and Cultural Diversity.* La investigación trata sobre diversidad cultural y la globalización para comprender el sentido de la diversidad de los cuidados desde la *alteridad* u *otredad*, por la alta presencia de población inmigrante en Europa y Estados Unidos, lo que despertó la necesidad de "brindar un cuidado culturalmente sensitivo", de expandir los componentes del modelo de "competencia cultural" de Leininger a la investigación de los cuidados, de adaptar los cuidados de enfermería a las diferencias culturales en hospitales, de aprender a vivir en la diferencia y "mirar de cerca" al inmigrado o de visibilizar, desde los aportes de la antropología en el campo de la enfermería, los choques culturales frente a los significados del enfermar. Por todo ello, la docencia también demuestra interés por lograr una formación profesional, de manera transversal en todo el currículo, que brinde cuidados útiles y respetuosos con la multiculturalidad. Entre otros conceptos, concluye que si reclamamos como un deber ético defender el derecho a la diferencia-en-igualdad de la diversidad de cuidados culturales; hay diferencias que no se pueden negociar entre las culturas del cuidado, pero otras

quizá se pueden acercar; entonces hablaremos de ir ganando dominio cultural para resignificar las relaciones *locales* entre cuidados tradicionales y cuidados modernos para una coexistencia de respeto y complementariedad a través del sentido de *pluriversalidad*, que vayan más allá de la simple relación coyuntural de encuentros investigativos a una relación-articulación de transformación.

Esta investigación aporta una mirada más amplia sobre cuidados y globalización en el mundo y sobre todo en la diversidad del cuidado cultural en latinoamérica.

Victoria Ulloa Saavedra. (2012). "Percepción de los usuarios acerca del rol enfermero". Es un estudio cualitativo que tiene como objetivo caracterizar la percepción de los usuarios que se atienden en el Hospital Castro Rendón acerca del rol enfermero, en los servicios de consultorio externo y servicio de internación de clínica médica. Concluye que la disciplina enfermería aplica sus cuidados a personas en momento de enfermedad y dentro del ámbito hospitalario, atribuyendo un cuidado holístico por parte del enfermero, analiza varias categorías de la disciplina y deja abierta la inquietud para seguir investigando y profundizando las percepciones de los usuarios que definen el rol de enfermería en la sociedad.

Este trabajo fue muy importante como guía en el diseño metodológico, como también aporta al marco teórico desde el tema de la percepción.

MARCO TEÓRICO

La función de la teoría para la lógica cualitativa es la de ser una herramienta para el inicio, y también para la interpretación de la información emergente del trabajo de campo realizado. La teoría así orienta el trabajo, delimita la perspectiva teórica que se dispone en el terreno, el énfasis como se verá en el desarrollo, esta puesto en la comprensión.

El encuadre teórico conceptual se constituye en una presentación de referencias conceptuales que son las bases para definir la lectura del problema, los objetivos, la metodología coherente a la lógica cualitativa optada, el material del análisis y las reflexiones que surjan.

Este marco teórico aporta instrumentos que incluyen en su reflexión una dimensión histórica de las situaciones que se analizarán. Se construyó con referencias teóricas que se asumieron antes de realizar las entrevistas, conceptos con los que se enuncia el objeto - problema de investigación y con otros que luego, en el proceso de ida y vuelta, aportarán los datos hallados durante la investigación.

La trama de conceptos está referida a:

- Percepción
- Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger.
- La investigación sobre diversidad cultural y la globalización.
- La diversidad del cuidado cultural en Latinoamérica.
- Concepciones de Salud desde la cultura boliviana.
- Discriminación y Racismo.

Percepción

Una de las formas que tenemos las personas de conocer o interpretar la realidad es por medio de la percepción.

Como el estatus es atribuido según el conocimiento del rol que cumple el profesional en una sociedad, la percepción juega un papel importante en ello, y por lo mismo es un término central en este proyecto.

La Real Academia Española (2001) define percibir como "recibir por uno de los sentidos las imágenes, impresiones o sensaciones externas. Comprender o conocer algo".

Oviedo (2004, pp. 89-96) define la percepción, como un proceso de extracción y selección de información relevante encargado de generar un estado de claridad y lucidez consciente que permita el desempeño dentro del mayor grado de racionalidad y coherencia posibles con el mundo circundante.

Vargas Melgarejo (1994, pp. 47-53) la define como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y social, en el que intervienen procesos psíquicos como el aprendizaje, la memoria y la simbolización. También explica, que la percepción es biocultural, porque, por un lado, depende de los estímulos físicos y sensaciones involucrados y, por otro lado, de la selección y organización de dichos estímulos y sensaciones.

En la percepción, la respuesta que se da al estímulo viene siempre reestructurada, de tal modo que un mismo fenómeno observado y percibido por distintas personas, reciben respuestas distintas, y es interpretado de modo muy distinto. Así, Lagares Vallejo (2008), refiere que las percepciones son construcciones mentales más que registros directos de la realidad. Cada uno de nosotros crea una representación del mundo, lo que entendemos como una copia fiel.

Manifiesta Barboza Campos (2008) que la percepción es universal. Todas las personas perciben a otros individuos y objetos y estas experiencias proporcionan información acerca del mundo.

A través de la percepción, que es una forma de conocer la realidad, las personas dan significado e interpretan dicha realidad.

De esta manera, se conforma el rol profesional, es decir, el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera del profesional, que surge de las percepciones que se tengan de ello.

Así mismo, el reconocimiento del profesional del cuidado intercultural, surge de la percepción que tenga de las diferentes culturas.

La competencia cultural, es el conjunto de conocimientos, actitudes, conductas y, de políticas que capacitan a un profesional para trabajar con eficacia en diferentes contextos interculturales. Hayes (2013) habla de que la competencia cultural depende de cada individuo y de su capacidad para ganar habilidades interculturales. No es un proceso lineal, como todo proceso incluye la aceptación de las diferencias interculturales para entender la salud, los problemas sociales, laborales, etc. La capacidad para tratar con sensibilidad y flexibilidad las diferentes ideas, predisposiciones y reacciones.

El cuidado cultural, es un concepto que describe el cuidado enfermero, que es culturalmente sensible, apropiado y competente. El profesional de enfermería debe buscar el modelo de cuidados más acorde a una sociedad cada vez más pluricultural.

Teoría de la Diversidad y Universalidad de Madeleine Leininger

Existen muchos modelos referidos a los cuidados, pero en esta investigación, se decide trabajar con la Teoría de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger (1966), ya que trata sobre la importancia de brindar un cuidado de enfermería según sea la cultura del paciente al que se le esté brindado el cuidado. Enfatiza también que el conocimiento de la diversidad como de la universalidad de la asistencia de enfermería como lo plantea esta teoría es de extraordinaria importancia para fijar una base sustancial de conocimiento y para convertir a enfermería en una disciplina y una profesión transcultural.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas del mundo, desde el punto de vista de sus valores

asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica cultural y universal.

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural. La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Uno de los objetivos importantes de esta teoría es ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado modelo sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas énicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Leininger ha definido numerosos términos dentro de su teoría, se hará mención de los más importantes:

Cuidados (sustantivo): se refiere a los fenómenos abstractos y concretos, relacionados con las actividades de asistencia, apoyo o capacitación dirigidas a otras personas que tienen necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidar (verbo): Se refiere a las acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales, con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida o de afrontar la muerte.

Cultura: es el conjunto de valores, creencias, normas y estilos de vida aprendidos, compartidos y transmitidos dentro de un grupo determinado, que orientan sus razonamientos, decisiones y acciones según modos de acción predeterminados.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Diversidad de los cuidados culturales: alude a la variación y / o diferencia que existen en los significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: es un término referido a los significados, modelos, valores o estilos de vida o símbolos comunes, semejantes o dominantes que se manifiestan entre las diversas culturas y reflejan las formas en que dichas culturas asisten, apoyan facilitan o permiten medios para ayudar a las personas.

Visión del mundo: es la forma en que las personas suelen concebir el mundo o el universo para formarse una imagen o una escala de valores sobre su vida o en entorno que lo rodea.

Dimensiones estructurales culturales y sociales: se refiere a los esquemas y características dinámicas de los factores estructurales y organizativos interrelacionados de una determinada cultura (subculturas o sociedad), que incluye valores religiosos, de parentesco (sociales), políticos (y legales), económicos, educativos, tecnológicos y culturales y factores etnohistóricos, y a la

forma en que se interrelacionan estos factores para influir en la conducta humana en diferentes contextos ambientales.

Contexto ambiental: es la totalidad de un hecho, de una situación o de las experiencias particulares que dan sentido a las expresiones, interpretaciones e interacciones sociales humanas en determinado entornos físicos, ecológico, sociopolíticos y / o culturales.

Etnohistoria: se refiere a los hechos, sucesos, circunstancias y experiencias del pasado de los individuos, grupos, culturas e instituciones que se centran principalmente en la persona (etno) y describen, explican e interpretan los modos de vida humanos, en contextos culturales concretos y durante periodos de tiempo largos o breves.

Sistema asistencial genérico (popular o local): se aplica a los conocimientos y técnicas nativos (o tradicionales) y populares (domésticos), que transmite y utilizan para brindar cuidados, apoyo, capacitación o facilitación a otras personas, grupos o institución con necesidades reales o previstas, con el fin de mejorar o potenciar su modo de vida humano o su estado de salud (o bienestar) o afrontar situaciones de discapacidad o de muerte.

Sistema (s) asistencial (es) profesional (es): es el conjunto de conocimiento y prácticas de asistencia, salud, enfermedad, bienestar y otros conceptos relacionados, que predominan en las instituciones profesionales que cuentan normalmente con personal multidisciplinario para la asistencia de sus usuarios.

Salud: indica un estado de bienestar que se define, valora y práctica culturalmente y que refleja la capacidad de los individuos (o grupos) para realizar sus actividades cotidianas en modos de vida normalizados, beneficiosos y expresados culturalmente.

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales: se refiere a las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayuda a las personas de una cierta cultura a mantener y / o preservar los valores asistenciales relevantes, con el fin de que alcancen un estado de bienestar, se recuperen de una enfermedad o puedan afrontar discapacidades y / o la muerte.

Adecuación o negociación de los cuidados culturales: comprende las acciones y decisiones profesionales creativas de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a las personas de una cierta cultura a adaptarse o negociar con quienes prestan cuidados profesionales para obtener resultados sanitarios beneficiosos o satisfactorio.

Rediseño o reestructuración de los cuidados culturales: Abarca las acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que ayudan a los pacientes a reordenar, alterar o modificar de forma importante su modo de vida para adoptar esquemas de cuidados sanitarios nuevos, diferentes y beneficiosos, respetando los valores culturales y las creencias de dichos usuarios y ofreciéndoles un estilo de vida más saludable y provechoso que el anterior al coestablecimiento de los cambios.

Cuidados (de enfermería) coherentes culturalmente: son todos los actos y decisiones de asistencia, apoyo, facilitación o capacitación que se ajustan cognitivamente a los valores culturales, creencias y modos de vida de los individuos, grupos o instituciones con el fin de suministrar o apoyar servicios de bienestar o cuidados sanitarios significativos, provechosos y satisfactorios.

Leininger, se propuso descubrir los puntos de vista culturales internos de las personas acerca de los cuidados, dependiendo de lo que sepan, crean y como los practique, para posteriormente usar este conocimiento con la adecuada profesionalidad y guiar así las prácticas y cuidados de enfermería. Por lo tanto el objetivo de esta teoría no es otro que proporcionar cuidados de forma responsable coherente con la cultura y que encajen con las necesidades, valores, creencias y realidades culturales del modo de vida de los pacientes.

Para Leininger algunos de los factores que influenciaron la Teoría del Cuidado cultural y universal y la necesidad de que el cuidado de Enfermería tuviera en cuenta este postulado para su práctica fueron:

- a) El marcado aumento en las migraciones de personas dentro y entre países a nivel mundial y con ello, la aparición de una diversidad creciente que caracterizó las poblaciones nacionales y globales. Esta diversidad se refiere a las diferencias entre razas, etnicidad, origen

nacional, religión, edad, género, orientación sexual, capacidad y discapacidad, clase o estatus socioeconómico, nivel educativo y cultural, entre otras.

- b) El aumento en las identidades multiculturales con personas que esperan que los profesionales de enfermería entiendan y respeten sus creencias culturales, valores y estilos de vida.
- c) La existencia a nivel mundial de múltiples conflictos culturales, choques y violencia que desencadenan un impacto sobre los cuidados en salud al tiempo que cada vez más culturas interactúan las unas con las otras.

Leininger a su vez, planteó que para brindar los cuidados culturales estos deben estar orientados hacia tres ámbitos, siendo el primero preservar y/o mantener los cuidados culturales, para luego adaptar y/o negociar estos cuidados y finalmente lograr reorientarlos y/o reestructurarlos. Por otro lado los enfermeros debe tener en cuenta, dos fases que se obtienen mediante la investigación científica las cuales son por una parte, obtener conocimientos sustanciales, y por otra aplicar los conocimientos en situaciones prácticas.

Elabora su modelo de enfermería, denominado "Modelo del Sol Naciente", es aquí donde representa los componentes esenciales para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría. En este modelo, los seres humanos se describen como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros. Ambos elementos vienen a significar el universo que los enfermeros deben valorar y tener en cuenta para brindar los cuidados humanos y de salud.

Modelo del sol naciente de Leininger representando la teoría de los cuidados culturales de la diversidad y de la universalidad

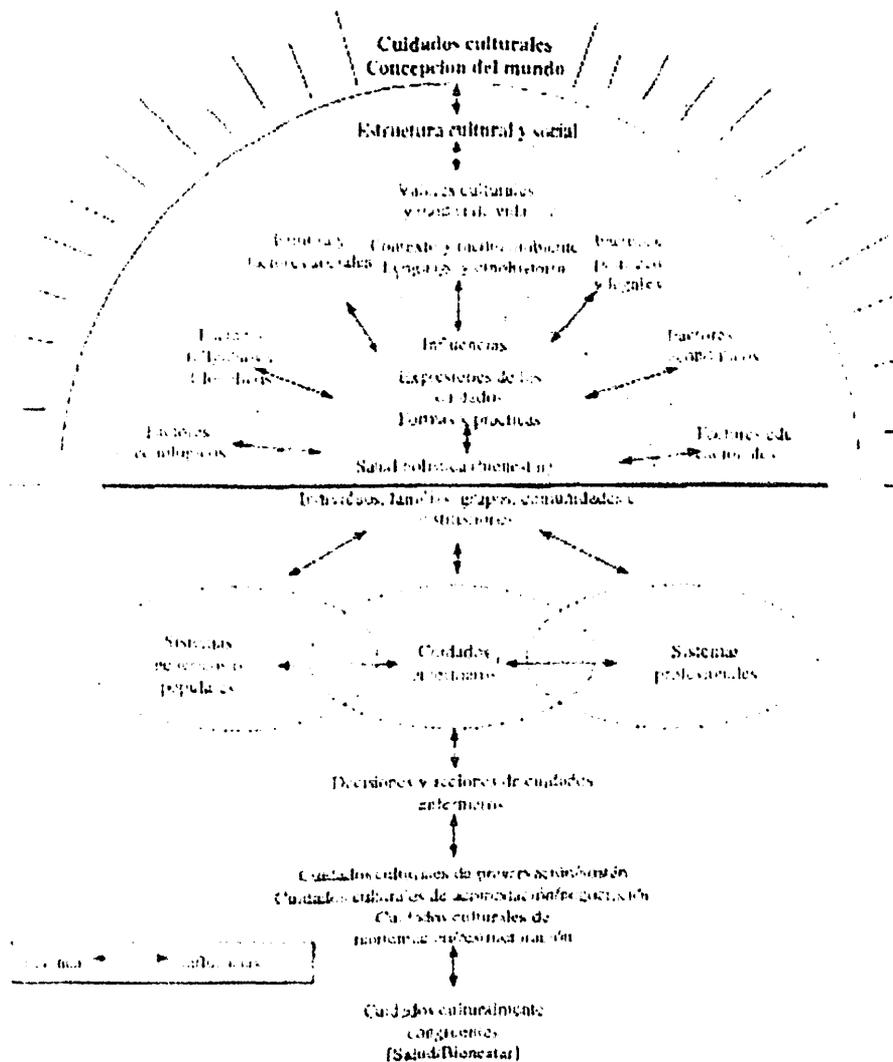


Figura 1. Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger (1991)

Universalidad y Diversidad de la asistencia cultural. New York. Liga Nacional de Enfermería. Pág. 43.

Es de importancia destacar que para lograr aplicar esta teoría es necesario que el profesional, se provea de competencias culturales. Lo cual significa que el enfermero debe ser capaz de conocer la perspectiva cultural, los valores, conocimientos y necesidades de los pacientes, con el fin de realizar acciones congruentes y respetuosas de esa diversidad.

En el sentido práctico la competencia cultural es considerada como un proceso integrador de conocimientos, habilidades, encuentros y deseos culturales,

con el propósito de ofrecer una herramienta que permita reconocer la propia cultura del profesional, para así lograr construir propuestas de tratamiento y mayor probabilidad de promoción, prevención y rehabilitación de salud. Esto mismo fue descrito por Leininger, (1964) quien dice que la cultura como lente de mirada no sería un campo especializado de la enfermería, sino más bien "se trata de lograr que los conocimientos y la práctica de enfermería tengan una base cultural y una conceptualización, una planificación y una aplicación basadas en la cultura".

La investigación sobre diversidad cultural y la globalización

Al buscar desentrañar el papel de la investigación en enfermería en la generación de conocimiento sobre la diversidad cultural en los cuidados, aparece el debate entre concepciones del mundo y sus culturas, que de igual manera se expresa hoy en la discusión entre lo global y lo local, entre lo hegemónico y lo alternativo, entre la dominación y la emancipación. Este debate se evidencia de manera explícita o implícita en los trabajos de investigación, teorizaciones y reflexiones revisados, publicados en revistas nacionales e internacionales.

Contrario al concepto hegemónico, surge el de *globalización solidaria* o de *justicia global*, en la que se promueve una nueva lógica de lo social, basada en formas autoorganizadas y en estructuras no jerárquicas, ni excluyentes, a través de las cuales la *enfermería transcultural* pueda mirar la *otredad* inmigrada, desplazada, excluida o marginada, como una oportunidad para verla como igual, pero diferente, y que esta diferencia no sea motivo de exclusión ni negación, sino de implicación, enlace o rearticulación. O también, buscando incorporar la *competencia cultural* en los profesionales de enfermería, para promover la humanización en el cuidado transcultural y lograr unos cuidados congruentes y eficientes en la diversidad cultura.

Los estudios sobre diversidad cultural en el cuidado demuestran que en los cuidados culturales no hay un cuidado genuino universal con sentido hegemónico y homogéneo; los cuidados llamados universales en la teoría de Leininger, o globales, contienen cuidados configurados en lo local a través de la diversidad y multiplicidad de estructuras, relaciones, cosmovisiones, representaciones, saberes

y prácticas del cuidar que han migrado con las personas y grupos humanos incluidos o excluidos. Este contexto multicultural ha sido configurado desde las culturas locales que han poblado los países y regiones estudiadas por autoras norteamericanas y europeas.

La comprensión de los cuidados culturales en el contexto norteamericano se aborda desde teorías propias de la enfermería, como la de Madeleine Leininger y otras que vienen construyendo, como la "Teoría de transición y marginalización", que permite comprender los cambios significativos que afectan a las personas que afrontan *las transiciones* y perciben pérdidas de identidad y pérdidas en apoyo social y se sienten desarraigadas, vulnerables, en desequilibrio e incertidumbre por sus vidas tanto en el presente como en el futuro. La teoría de Leininger está presente en los discursos de las autoras y autores norteamericanos y europeos que abordan el problema de la cultura del cuidado y es un faro que ha guiado la teorización y la generación de modelos de cuidado desde esta perspectiva; en Latinoamérica, por su parte, apenas empieza a sentirse, excepto en Brasil, donde ya han recorrido un trayecto importante gracias, principalmente, a la formación doctoral.

La diversidad del cuidado cultural en Latinoamérica

La revisión realizada reporta para América Latina una amalgama de conceptos *locales* utilizados por enfermeras y enfermeros investigadores para expresar *la necesidad de relacionar* la diversidad de cuidados tradicionales/locales con los cuidados profesionales. Entre dichos conceptos se encuentran: cuidados híbridos, cuidados adaptados, cuidados fusionados, cuidados que valoren, cuidados legitimados, cuidados articulados, cuidados recíprocos e interactivos, cuidados universales, competencia cultural, cuidados transculturales, competencia multicultural, integración cultural, entre otros. En esta intencionalidad por superar el conflicto modernidad/tradición, que involucra a la profesión, emergen dos perspectivas: una, *traductora*, con potencialidad asimiladora, y otra, *articuladora*, con perspectiva transformadora.

En la primer perspectiva, algunos trabajos buscan *traducir* las tradiciones y las diferentes formas de cuidado cultural para *asimilarlas* e *incorporarlas*, como

prerrequisito de una supuesta *integración o legitimación* exitosa, al concepto moderno de cuidados profesionales; pero lo que hacen es negar el derecho a la diferencia de las *otredades* culturales de los cuidados, porque no se aceptan los *otros* cuidados como iguales, sin jerarquías, pero diferentes. El profesional de enfermería, en su práctica comunitaria o clínica, muchas veces utiliza cuidados únicamente *legitimados* por la ciencia, asumiendo una relación de superioridad y distanciamiento y quebrando el diálogo intercultural; diálogo que ha de buscar, además de relacionar cuidados, articular acciones de encuentro con la tradición para comprenderla y comprenderse mutuamente en el acto de cuidar.

En la segunda perspectiva, la práctica diaria da ejemplos o situaciones que nos indican los conflictos que genera la capacidad de traducir/asimilar para convertir los cuidados tradicionales a la cultura de los cuidados profesionales, y nos ponen en alerta para superarlos, buscando nuevos horizontes para la enfermería transcultural. Uno de los conceptos válidos que se pueden leer entre líneas en los trabajos de investigación es que la cultura de los cuidados está ligada al territorio, al espacio, al cosmos y su biodiversidad, como una unidualidad en la que hombres y mujeres no se consideran entidades autónomas, desarticuladas, así migren de manera interna o externa; es una lógica profunda de relación-articulación. Esta perspectiva es contraria y choca con el mundo de representaciones, que enfermería tiene; nuestra mirada está centrada en la idea de persona, de individuo como una totalidad agregada, como un ser holístico, como esferas, cuya unidad cultural es totalizante, homogénea, sin fisuras ni contradicciones, un ser fácilmente predecible, inferencial, un ser libre para el mercado de la salud (por ello reclamamos tanto su derecho individual a decidir), y nos han hecho sentir distancia ante el colectivo.

Concepciones de Salud desde la cultura Boliviana

Trabajar la interculturalidad en salud implica dar una mirada distinta a una serie de aspectos del accionar profesional. Exige repensar toda la práctica y analizar su pertinencia a la luz de las características socioculturales de los niños y las niñas con quienes se trabaja, y de sus necesidades como personas y como

miembros de una comunidad indígena. Desafía revisar las estrategias a utilizar y los criterios y procedimientos con los cuales evaluar.

Declaración de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2006)

La Declaración de la ONU es el documento macro de los derechos de los pueblos indígenas. Esta declaración fue elevada al rango de Ley en Bolivia en 2007 (Ley 3760). La declaración determina que los indígenas tienen, entre otros, los siguientes derechos: derecho a no ser discriminados, a ser diferentes, a la libre determinación, autonomía, a conservar sus propias instituciones políticas, sociales, económicas, jurídicas y culturales, a participar en la vida política, social, económica, etc. ; a no sufrir la asimilación forzada o destrucción de su cultura, a determinar y elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo, a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que le conciernan, y en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones, a determinar las responsabilidades de los individuos para con sus comunidades, a promover, desarrollar y mantener sus estructuras institucionales y sus propias costumbres o sistemas jurídicos, de conformidad con las normas internacionales de derechos humanos, a las tierras y recursos y a ser consultados por medio de sus instituciones antes de adoptar medidas legislativas y administrativas que los afecten, para obtener su consentimiento libre, previo e informado.

Normativa existente sobre salud y pueblos indígenas

Constitución Política del Estado (CPE) (2008)

La CPE establece el derecho y garantía a la salud de todos los bolivianos y bolivianas, a través de un sistema de salud con enfoque intercultural. Es derecho de los pueblos indígenas mantener sus prácticas de salud y es deber del Estado mantener la medicina tradicional.

Además del Art. 98 en la normativa de pueblos indígenas, existen otros 6 artículos de la CPE directamente relacionados con la salud de la población boliviana y con un sistema de salud con enfoque intercultural.

Salud-Enfermedad

El mundo indígena andino considera a la salud y la enfermedad "en sí una dualidad pareja de opuestos y complementarios, en la cual se define la vida de los individuos". El tratamiento consiste "en recomponer el equilibrio con todo lo que rodea a las personas enfermas". Las enfermedades del cuerpo, espíritu o alma pueden ser agrupadas en dos categorías:

a) Las mágicas o culturales, originadas por agresiones sobrenaturales, que sólo pueden ser alejadas con rituales y ceremonias;

b) Las enfermedades naturales provocadas por objetos y circunstancias externas, "se producen como un desequilibrio que se manifiesta con calor o frío y que debe restablecerse atendiendo a su contrario". Por ejemplo, la menstruación y el parto son "procesos debilitantes de salida, son acontecimientos fríos que se tratan con mates y caldos calientes".

En Bolivia existen 36 grupos indígenas oficiales, cada uno con una cultura y una cosmovisión específica lo cual significa que también existen 36 conceptos de lo que es *salud* y *enfermedad*. Si bien el concepto del *Vivir Bien* ya nos exige un replanteamiento del concepto occidental de desarrollo, no está exento de tener que replantearse también el concepto de *medicina*. Es por esto que la *Medicina Tradicional* cobra tan grande importancia dentro del contexto boliviano del *Vivir Bien* y de la salud.

Las categorías de enfermedad observadas en las medicinas indígenas bolivianas se diferencian de las de la biomedicina: la enfermedad es percibida entre los indígenas como una ruptura en el orden natural o social. Son las deidades – la Pachamama, Dios de la sociedad o un individuo quienes causan el mal. Una persona se enferma porque ha transgredido alguna norma establecida por la sociedad o las deidades de la cosmovisión andina (o los espíritus del monte en el caso de los guaraníes).

La tarea del "medico tradicional" consiste en restablecer el equilibrio, tanto en el orden social como en el religioso, y los rituales de curación están estrechamente ligados al mundo religioso andino o guaraníes, que a menudo se fusiona con el cristianismo.

Para la medicina andina, la salud y la enfermedad provienen de la tierra, y toda curación se deriva de las plantas que la tierra misma ofrece al hombre. Para curar al enfermo el médico tradicional media entre las deidades y la tierra, entre el mundo de los muertos y el de los vivos. El cuerpo y el espíritu son parte de un sistema integral y armónico, de manera que una disonancia en cualquiera de las partes cura la enfermedad. La población indígena diferencia entre la enfermedad del cuerpo y la enfermedad "espiritual". Cada uno de estos tipos de enfermedad se trata de manera distinta; sin embargo, se cree también que la esfera espiritual puede afectar a la del cuerpo, y viceversa. Por ejemplo, el hecho de "renegar" o enfadarse puede provocar una enfermedad "espiritual" o agudizar una dolencia existente, y afecta sobre todo a las madres que están preocupadas por sus hijos. El primer paso para enfrentar una dolencia es efectuar un diagnóstico dentro del núcleo de la familia.

El fenómeno que hay que poner de relieve es que las conceptualizaciones del modelo cultural andino manifiestan una concepción del mundo en constante equilibrio dinámico. Y, se podría pensar que los andinos conciben la salud como una condición que contiene algo de salud y algo de enfermedad al mismo tiempo. Se trata de una dualidad en forma de polos complementarios que genera una posición intermedia que se puede conceptualizar como la tríada.

Por otro lado, la noción de enfermedad en el mundo andino se extiende a los animales y a la tierra, es decir, la dolencia de la *Pachamama* puede ocasionar la de los seres vivos. Se trata de una cultura altamente integrada con el medio ambiente. En ella el ser humano es un elemento de un todo, de modo que animales y humanos forman una comunidad en la que existe un equilibrio que involucra a todos. En ese sentido, la cultura andina implica la idea de unidad ecológica; al menos una parte de las enfermedades tiene que ver con transgresiones del equilibrio entre persona y entorno. Mientras una persona tenga en cuenta a la *Pachamama* y ésta forme parte de sus vivencias cotidianas todo irá bien. Pero en el momento en el que se falte el respeto a las costumbres aparecerá un castigo que puede adoptar diversas formas (fracaso, ruina, enfermedad).

Discriminación y Racismo

El término discriminación, ya sea positiva o negativa, según Foucault (1996), remite a una usina productora de múltiples sentidos. Diversos autores discuten estos términos.

A los fines de este trabajo, se define según Foucault, como **práctica social discriminatoria** a cualquiera de las siguientes acciones:

- Crear y colaborar en la difusión de estereotipos de cualquier grupo humano por características reales o imaginarias, sean estas del tipo que fueran, sean estas positivas o negativas y se vinculen a características innatas o adquiridas.
- Hostigar, maltratar, aislar, agredir, segregar, excluir y/o marginar a cualquier miembro de un grupo humano del tipo que fuere por su carácter de miembro de dicho grupo.
- Establecer cualquier distinción legal, económica, laboral, de libertad de movimiento o acceso a determinados ámbitos o en la prestación de servicios sanitarios y/o educativos a un miembro del grupo humano que fuere, con el efecto o propósito de impedir o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos humanos o libertades fundamentales.

Son acciones que, a diferencia de la discriminación negativa - o simplemente discriminación -, pretende establecer políticas que dan a un determinado grupo social, étnico, minoritario o que históricamente haya sufrido discriminación a causa de injusticias sociales, un trato preferencial en el acceso o distribución de ciertos recursos o servicios así como acceso a determinados bienes. Con el objeto de mejorar la calidad de vida de grupos desfavorecidos, y compensarlos por los perjuicios o la discriminación de la que fueron víctimas en el pasado.

En continuidad con el trabajo teórico de Foucault, Gilles Deleuze (1990) afirma que actualmente asistimos a la transición de las sociedades disciplinarias a

las sociedades de control. Ante la constatación de la crisis de las instituciones cerradas (las cárceles, escuelas, hospitales, las fábricas), se despliegan nuevas formas de sanciones, de educación y de cuidados caracterizadas por basarse en formas de control incesante en un medio abierto.

El control social se produce y reproduce mediante leyes, aparatos e instituciones que instauran relaciones de dominación. Lejos de concebir esta dominación en términos de subyugación sólida, global y aplastante que sobre la gran masa del pueblo ejerce una persona o grupo que centraliza la soberanía, Foucault (1995) defiende que el poder lo ejerce cualquier persona de múltiples formas. El poder circula entre todos los dominadores y los dominados, pudiendo intercambiar estos dos roles según el contexto en el que esta relación se dé. Es más, Foucault afirma que los cuerpos están investidos de poder y no son meros objetos pasivos de control social en su cotidianeidad.

Foucault se preguntó: Un poder que consiste en hacer vivir, ¿cómo puede dejar morir? Aquí interviene el **racismo** y se adelanta a decir que si bien ya existía desde mucho tiempo atrás, lo que permitió la inscripción del racismo en los mecanismos del Estado fue la emergencia del biopoder. Es éste el momento en que el racismo se inserta como mecanismo fundamental del poder y según las modalidades que se ejercen en los Estados modernos.

Foucault dijo que se introduce una separación, la que se da entre lo que debe vivir y lo que debe morir y para eso fue necesaria la aparición de las razas, la distinción entre razas, la jerarquía de las razas, la calificación de unas como buenas y otras como inferiores. Cuando él habla de dar muerte incluye ahí todo lo que puede ser también muerte indirecta: el hecho de exponer a la muerte o de multiplicar para algunos el riesgo de muerte, o más simplemente la muerte política, la expulsión, el rechazo. Lo que hace la especificidad del racismo moderno no está ligado con mentalidades, con ideologías, con mentiras del poder, sino más bien con la técnica del poder, con la tecnología del poder.

DISEÑO METODOLÓGICO

En ésta etapa se pretende desarrollar mis decisiones en relación al tipo de diseño, el universo, las unidades de análisis, y la implicancia en este rol de la investigadora.

Elección del Tipo de Diseño:

Teniendo en cuenta las pregunta que guía esta investigación, se decidió utilizar un diseño de tipo cualitativo, según modelo de Sirvent (2005) que permitió mediante las técnicas de recolección de datos y su análisis, en un movimiento espiralado de ida y vuelta entre la empiria y la teoría, indagar en los entrevistados y buscar unidades de sentido que den cuenta de los significados en ese contexto de descubrimiento.

Esta lógica cualitativa permite a través de buscar y comprender, en el acercamiento a la realidad, la disponibilidad de teorías existentes sobre las percepciones, sobre la comunidad boliviana, sobre la atención de enfermería y el alcance de éstas, como así también la existencia de investigaciones y de experiencias concretas sobre el tema.

La confrontación teoría-empiria se resuelve a través de la estrategia inductivo-analítica, basada en la comprensión de los hechos particulares, mientras que se trabajó desde la implicancia operativa en función del doble rol: enfermera de pediatría e investigadora.

Proceso en espiral, o sea movimiento espiralado desde una comprensión dialéctica se entiende que en un momento del desarrollo los objetos y los fenómenos parecen recorrer etapas ya transitadas, retroceder a momentos anteriores. Pero en su retroceso no es ya el mismo objeto, sujeto, fenómeno, pues regresa desde una etapa superior, ya que su desarrollo ha continuado. Esto supone entender la tarea emprendida como un proceso permanente de delimitación, comparación, análisis y nueva integración en una constante búsqueda de comprensión, cada vez más abarcativa y profunda que permita develar, conceptualizar.

Población y Muestra

Se decidió trabajar con una selección muestral de tipo intencional, correspondiendo al total de los enfermeros de Pediatría del Hospital Plottier, recolectando información hasta que las categorías se saturaron, es decir, cuando no surgieron nuevos datos de las entrevistas que hagan aportes significativos. La muestra saturó en 12 entrevistas.

Es una estrategia en la cual los escenarios, personas o acontecimientos son escogidos deliberadamente para proveer información importante que no puede ser tan bien obtenida por otras selecciones. Por ejemplo, Weiss (1994) sostiene que muchos estudios de entrevistas cualitativas no usan muestras en absoluto, sino *paneles*: “personas que son las únicas que pueden ser informantes debido a que son expertos en un área o fueron testigos privilegiados de un suceso” (p. 17); ésta es una forma de muestreo intencional. La consideración más importante en las decisiones de muestreo cualitativo es la selección de aquellos momentos, escenarios e individuos que pueden proporcionarle la información que necesita para responder sus preguntas de investigación.

Unidad de Análisis

Cada uno de los 16 enfermeros del servicio de pediatría, de los cuales 10 son Enfermeros y 6 son Licenciados en enfermería.

Los criterios de inclusión son:

- Que se encuentren trabajando actualmente en el servicio asistencial de pediatría del Hospital Plottier.
- Que accedan voluntariamente.
- Dispongan de tiempo para realizar la entrevista.
- Que tengan al menos un mes de antigüedad en el servicio.

Los criterios de exclusión:

- Enfermeros que se encuentren realizando cobertura ocasional pero pertenecen a otro servicio.
- Que tengan menos de un mes de trabajar en el servicio.

Rol de la Investigadora

En este caso, el doble rol, como investigadora y como enfermera, se configuró, contradictoriamente, como obstáculo que habrá que sortear, dado que quien investiga es también quien se desempeña como enfermera de pediatría del hospital.

Se considera que el rol de la investigadora debe jugarse en la producción de conocimientos sobre situaciones problemáticas, naturalizadas y que necesitan ser indagadas. Es decir, afilar las herramientas heurísticas que le faciliten el camino del cuestionamiento metódico de las evidencias y que ayuden, según el autor Nievas Fabian (1999), a 'desmadejar la densa trama de relaciones en que estamos inmersos sin que nos demos cuenta'.

Tipos de Técnicas de Obtención de Información Empírica:

Teniendo en cuenta las decisiones hasta aquí tomadas respecto al proceso metodológico, se consideró que las siguientes técnicas son las más apropiadas para obtener y analizar la información empírica:

La entrevista en profundidad es una entrevista personal, directa y no estructurada (Mejía, 1999), en la que el investigador hace una indagación exhaustiva para lograr que el entrevistado hable libremente y exprese en forma detallada sus motivaciones, creencias y sentimientos sobre un tema, es una técnica de intensa interacción personal que posibilita un gran nivel de persuasión y armonía con el entrevistado, dando lugar a una relación sustentada en un clima de confianza en la cual fluye la confianza e inclusive la información que normalmente se oculta o no se comparte con nadie, es decir, busca que el entrevistado hable sinceramente de lo que cree de si mismo (Ricoeur, cit. por Kornblit, 2004). El objetivo es descubrir las razones más fundamentales de las actitudes y comportamientos del entrevistado, a fin de reconstruir el sistema cultural que origina la producción discursiva y aspectos no cognitivos de las personas como sus compromisos, afectos y emociones.

En la entrevista se recogieron las representaciones, percepciones, imaginarios y esquemas interpretativos de los sujetos interrogados, de forma directa. Tiende a producir una expresión individual, pero precisamente porque esta individualidad es una individualidad socializada, permite inferir generalizaciones respecto al objeto de estudio.

Técnicas de Análisis de la Información Empírica:

Para analizar e interpretar los datos obtenidos, se decide trabajar, según los criterios en etapas de Taylor y Bodgan (1986), que indica que el análisis de los datos implica tres etapas diferenciadas. La primera es una fase de descubrimiento en progreso: identificar temas y desarrollar conceptos y proposiciones, donde se intenta dar sentido gradualmente a lo que se estudia combinando perspicacia e intuición y una familiaridad con los datos. La segunda fase, que típicamente se produce cuando los datos ya han sido recogidos, incluye la codificación de los datos y el refinamiento de la comprensión del tema de estudio. En la fase final, traté de relativizar los descubrimientos, es decir, de comprender los datos en el contexto en que fueron recogidos.

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

La técnica de análisis utilizada se corresponde con el método de análisis de contenido de Piñuel Raigada (1997), el cual lo describe como al conjunto de procedimientos interpretativos de productos comunicativos (mensajes, textos o discursos) que proceden de procesos singulares de comunicación previamente registrados, y que, basados en técnicas de medida, a veces cuantitativas (estadísticas basadas en el recuento de unidades), a veces cualitativas (lógicas basadas en la combinación de categorías) tienen por objeto elaborar y procesar datos relevantes sobre las condiciones mismas en que se han producido aquellos textos, o sobre las condiciones que puedan darse para su empleo posterior.

Los pasos a seguir en el examen de los datos hasta obtener su interpretación, siguen los procedimientos analíticos del modelo de investigación elegido.

De acuerdo con aquellos planteamientos se puede entender que un análisis de contenido incluiría necesariamente los siguientes pasos:

- **Selección de la comunicación que será estudiada;** según los objetivos de la investigación aplicada a esos formatos y situaciones de comunicación, se realiza análisis de contenido de carácter descriptivo, y verificativo y/o explicativo.
- **Selección de las categorías que se utilizan;** la selección de la comunicación a estudiar permite enmarcar fenomenológicamente el objeto material de análisis pero la selección de categorías construye la "mirada" del objeto. Las categorías siempre derivan de las miradas, o lo que es más preciso, de las representaciones que permiten la mirada del objeto de análisis.
- **Selección de las unidades de análisis,** la pertinencia de la elaboración de datos mediante disección (o análisis) procede de someter a prueba (refutar) que las operaciones de disección del "texto", y la elaboración, registro y tratamiento de los datos referidos a éste, resulten adecuados,

significativos y suficientes para mostrar su singularidad respecto a la situación de comunicación que constituye el campo de estudio para representar, a su vez singularmente, un objeto de conocimiento científico: la comunicación a la que se recurre en la agenda del acontecer colectivo.

- **Selección del sistema de recuento o de medida**, pueden diferenciarse análisis de contenido *cuantitativos* y *cualitativos*.

Para la interpretación de los datos obtenidos, por medio de las entrevistas focalizadas abiertas llevadas a cabo a el personal de enfermería del servicio de Pediatría del Hospital Plottier, se comenzó con la lectura reiterada y en profundidad de cada una de ellas según la técnica propuesta: análisis del contenido, para extraer aquellos datos que representen una significación relevante relacionado con el objetivo del estudio.

En principio se entrevistó a doce enfermeras y luego del análisis de estas se realizó las sesiones de retroalimentación de forma individual con tres de ellas.

Posteriormente, iniciando con el proceso de codificación propiamente dicho, se identificaron palabras, párrafos y frases que se establecieron como significativas para lograr alcanzar relaciones del contenido.

A partir del análisis de los datos, fueron apareciendo las siguientes categorías, las que a partir de ahí se volvieron a aplicar en todos los casos hasta lograr que algunas se saturaran teóricamente.

El análisis de los datos, quedó conformado por **tres Categorías**:

- 1 -Imaginarios sociales acerca del pueblo boliviano,**
- 2 -Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado que brinda al paciente boliviano,**

3 -Visiones sobre las diferencias que se hacen en el hospital con el pueblo boliviano.

A la vez que se distinguen significaciones en cada una de ellas:

1º Categoría:

- sufrimiento y pobreza
- aspecto positivo del pueblo boliviano: una cultura valorable
- pasividad, precaución y pocas palabras
- relación del pueblo boliviano con el sistema político
- carente de educación y excluido
- necesidad de respeto, protección y cuidados

2º Categoría:

- Las diferencias entre el 'hospital nuevo' y el 'hospital viejo'
- La importancia de la continuidad en el trabajo que permita construir un vínculo con el/la paciente boliviano
- Dificultades en la atención: los distintos usos del término 'barreras culturales'
- No hay lugar para los saberes y prácticas de salud boliviana

3º Categoría:

- Discriminación negativa en el trato y en la atención: prejuicio racial y de clase social
- Discriminación positiva en la atención: Prácticas inclusivas/prácticas paternalistas
- No hay diferencias ni en el trato ni en la atención: el mito de la igualdad

Para su mejor comprensión, se detallan las categorías con sus dimensiones en el siguiente cuadro:

CATEGORIAS	DIMENSIONES
Imaginarlos sociales acerca del pueblo boliviano	<ul style="list-style-type: none"> - sufrimiento y pobreza - aspecto positivo del pueblo boliviano: una cultura valorable - pasividad, precaución y pocas palabras - relación del pueblo boliviano con el sistema político - carente de educación y excluido necesidad de respeto, protección y cuidados
Percepciones de las enfermeras sobre el cuidado que brinda al paciente boliviano	<ul style="list-style-type: none"> - Las diferencias entre el 'hospital nuevo' y el 'hospital viejo' - La importancia de la continuidad en el trabajo que permita construir un vínculo con el/la paciente boliviano - Dificultades en la atención: los distintos usos del término 'barreras culturales' - No hay lugar para los saberes y prácticas de salud boliviana
Visiones sobre las diferencias que se hacen en el hospital con el pueblo boliviano	<ul style="list-style-type: none"> - Discriminación negativa en el trato y en la atención: prejuicio racial y de clase social - Discriminación positiva en la atención: Prácticas inclusivas/prácticas paternalistas - No hay diferencias ni en el trato ni en la atención: el mito de la igualdad

Análisis de datos

Introducción al análisis:

"Toda investigación es, por definición, un viaje a lo desconocido (...) Surcar los mares, una mar que es siempre mar de dudas, o que debería serlo, para todos, porque la duda es precisamente lo que mantiene a flote y lo que hace avanzar la nave de la investigación (...) Investigar es una de las diversas prácticas que están a nuestro alcance para experimentar con alguna intensidad el placer de vivir, el placer de sentirnos vivos (...)
Pensar, decía Foucault, es siempre cambiar de pensamiento. Y como lo que somos no es independiente de lo que pensamos, pensar es ponernos en trance de cambiarnos nosotros mismos, es adentrarnos en la aventura de devenir constantemente 'otro' de lo que somos."

Tomás Ibáñez

Lo que se generó antes y después ya era parte de la entrevista y por ese motivo tiene un lugar en este análisis. Además de considerar el contenido, el material que se desplegaba con lo dicho, se va a considerar también lo que no está en el discurso explícito y en las implicaciones y afecciones del cuerpo (gestos, acciones, actitudes):

Resultó muy difícil ajustar las categorías con las significaciones halladas en los datos recolectados en las entrevistas, pero fue necesario en términos del desarrollo de este trabajo de investigación que se propone responder a las preguntas del problema de investigación: ¿Cómo perciben las enfermeras de Pediatría del Hospital Plottier, el cuidado que le brindan al binomio Madre-Hijo de origen Boliviano, en un contexto de diversidad cultural, durante el mes de octubre del 2015?

El análisis e interpretación de los datos permitió ordenar la información en tres grandes categorías. En cada uno de ellas se puede advertir distintos aspectos que - a los fines del análisis - fueron reagrupados en dimensiones. Aunque se intenta integrar en las conclusiones tal como se encuentran en el universo de representaciones. Del conjunto de información empírica recolectada se tomaron aquellas citas que más claramente expresan cada categoría y su dimensión, como representativo de lo expresado reiteradamente por las enfermeras del hospital.

Para posibilitar mayor comprensión se realizó un breve resumen de los hallazgos más importantes de cada categoría al finalizar el análisis de las dimensiones. ¿Qué es lo que se repite en las entrevistas? ¿Qué insiste?

Algunas de las opiniones que surgieron de las entrevistas con las enfermeras del hospital de Plottier acerca del cuidado que brindan al binomio madre – hijo boliviano, los reúne la categoría:

1) IMAGINARIOS SOCIALES ACERCA DEL PUEBLO BOLIVIANO

Partimos del concepto de Imaginario social como aquel sistema simbólico sobre el cual se apoya y a través del cual trabaja la imaginación, edificándose sobre la base de las experiencias de las enfermeras, pero también sobre sus deseos, aspiraciones e intereses. El imaginario se establece de esta manera, como una matriz de conexiones entre diferentes elementos de la experiencia de los personas, de manera colectiva, en donde las redes de ideas, imágenes, sentimientos, creencias y proyectos comunes están disponibles en un contorno sociocultural propiamente definido.

Estos imaginarios se vieron reflejados en las respuestas que las enfermeras dieron durante la entrevista y se destacaron elementos que los caracterizan, tales como el sufrimiento, analfabetismo, la pobreza, introversión, con necesidades de respeto, protección y cuidados, y su cultura valorada como aspecto positivo.

1.1) Pueblo que sufre, pobreza:

El campo o el área rural aparecen en las entrevistas asociados a ámbitos casi exclusivos donde habita el pueblo originario boliviano. El barrio Los Hornos es visto como lugar de sufrimiento, de soledad, de desamparo, de distancia con el centro urbano, lugar de pobreza, de trabajo duro, de exposición a las inclemencias del tiempo. También la discriminación sobre la cultura, las costumbres, la identidad vistas como sufrimiento. Se describe el sufrimiento por 'las pérdidas': de prácticas, de saberes, del idioma, de identidad, de la cultura.

...gente que sufre, que sufre en el campo... en su trabajo, el clima, más en el invierno que no tienen gas ... yo lo que sé es lo que vi acá en el hospital, lo que se ve, la gente muy pobre, algunos vienen hasta sin comer... no comen los chiquitos, desnutridos, tienen frío... hay mucha pobreza... (Entrevista N° 1)

...están más alejados y desamparados,...por otro lado me parece que están... que siguen siendo víctimas de un montón de condiciones de esta sociedad actual... (Entrevista N° 3)

...y son personas muy sufridas que fueron muy... este... discriminados en el hecho que siempre estuvieron muy aislados (...) yo veía la gente del campo... te da cosa cuando ves gente que está sufriendo, que está sola... (Entrevista N° 7).

...pueblo sumamente avasallado, en una situación de mucha precariedad (Entrevista N° 6)

... y por ahí la discriminación, que sé yo... a veces la gente boliviana se siente discriminada, se siente... por otra gente, por gente del lugar, neuquinos. Por ejemplo, hay veces que se siente discriminación y a veces se pierden muchas cosas del mismo pueblo... costumbres, eh...el idioma, muchas cosas que se pierden. Uno mismo por ahí lo ha vivido, porque viste que yendo a la escuela uno

termina perdiendo muchas cosas de su cultura, de como creció uno... (Entrevista N° 8)

...nosotros somos los... nativos (...) deberíamos conocer profundamente nosotros mismos la propia identidad que hay cosas que ignoramos y que los chicos de hoy deberían conocer su propia identidad, su cultura todo lo que trae el boliviano... (Entrevista N° 10)

Desde la visión de algunas entrevistadas, la gente boliviana vive exclusivamente en el barrio los hornos o en el "campo".

Si bien la presencia de personas bolivianas en las urbes no es un fenómeno reciente ésta se mantuvo ignorada por largo tiempo, al sustentarse en la idea que 'la comunidad' es el único espacio de permanencia y reproducción de la identidad boliviana y quien habita en ella: la única dirección de esa identidad.

Una idea que subyace en muchas de las entrevistas analizadas es la dicotomía urbano-rural, en la que lo primero representa lo deseado o ideal y lo segundo lo indeseado o problemático.

Para algunas entrevistadas, quienes viven en el campo o en la zona del barrio Los Hornos, son pasibles de sufrimiento por el mismo hecho de vivir allí. Como si vivir más cerca de la ciudad eximiese de tal padecimiento.

El análisis de las entrevistas muestra que en estas ideas predomina una lógica desarrollista, que ve en la ciudad un ideal imaginario en donde se espera 'ser o estar como en las grandes ciudades', y eso equivale a estar acompañado/a, a sufrir menos la pobreza.

La descripción acerca de las condiciones de vida de la gente que vive en el campo está basada en ideas positivistas del progreso y parecieran no contemplar la *perspectiva cultural del desarrollo* desde las comunidades mapuche, bolivianas o indígenas.

En la exposición de estas condiciones, se deja de considerar los aspectos históricos que sumergió al pueblo boliviano a condiciones de pobreza y migración en su propio territorio.

Se describe el sufrimiento por 'las pérdidas': de prácticas, de saberes, del idioma, de identidad, de la cultura. El sufrimiento de ser discriminada, la vergüenza, el no tener con quién compartir el idioma propio.

La escuela aparece como lugar donde se *pierden las cosas del mismo pueblo y se impone la cultura argentina.*

1.2) Pueblo con una cultura valorable:

A lo largo de la investigación la palabra 'cultura' es mencionada por diferentes motivos, así también la palabra 'identidad'. Aparece la 'cultura' como aspecto positivo que se puede apreciar del pueblo boliviano, tales como sus costumbres, su idioma, su identidad. Aquí se puede recordar el modelo de Madeleine Leininger (1991) cuando describe en su teoría en el modelo llamado Sol Naciente, en donde el enfermero en su práctica debe descubrir, documentar y conocer los distintos puntos de vista étnicos, personales o culturales, relativos a los cuidados para aplicarlos en sus prácticas asistenciales.

...me gustan sus costumbres, su forma de hablar, ojalá que no pierdan sus raíces... (Entrevista N° 8)

... es un pueblo que tiene una identidad étnica definida con su historia, sus tradiciones, sus hábitos, sus costumbres y las particularidades que le son propias. (Entrevista N° 4)

...es un pueblo con mucha riqueza cultural para mí (Entrevista N° 7)

...me inspiran muchísimo respeto por toda su historia y toda cultura, me parece que sería fantástico que pudieran recuperarse y poder vivir plenamente según todo su... esencia y... y lo que piensan y cómo aceptan el mundo, como lo miran digamos... (Entrevista N° 3)

Tienen costumbres diferentes por ahí... otra lengua, cultura diferente a las demás, comidas diferentes también... (Entrevista N° 2)

El concepto de cultura que subyace en la mayoría de las entrevistadas tiende a considerarla una e inmodificable, cristalizada, esencialista, a lo sumo es 'corrompible' por el avance de la modernidad.

Esta imprecisión en cuanto a la cultura como 'aspecto positivo' también se contradice en otra entrevista:

...me cuesta ver la idiosincrasia positiva del boliviano a pesar de que me gusta...(...) yo siento que nosotros decimos su cultura, 'su cultura' y no sé muy bien qué estoy diciendo, me cuesta ver el rasgo distintivo positivo que yo puedo ver por ejemplo, cuando trabajaba en Buenos Aires, con los bolivianos... (Entrevista N° 12)

Para Leininger, la diversidad de los cuidados culturales alude a la variación o diferencias que existen en los significados de modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia, dentro de grupos humanos distintos con el fin de apoyar o facilitar medidas asistenciales de cuidados.

1.3) Pueblo pasivo, callado

Se plantea también los atributos hacia el pueblo boliviano: Se puede advertir entre los más mencionados: personas tímidas, calladas, conformistas, personas muy precavidas, cuidadosas, vergonzosas. Las entrevistadas expresan una idea de la madre/padre del niño boliviano como un sujeto raro, como un otro que no se incorpora voluntariamente y con confianza.

El modelo que impone la estructura dominante es una adaptación pasiva, el acatamiento a las pautas que se dan, que no se modifique lo impuesto, que sea aceptado sin cuestionar.

Porque son de hablar poco ellos, son de decir muy pocas palabras, pero con una idea concreta, cortante... es lo que yo noto de ellos, no tienen tanta verborragia como nosotros.... (Entrevistado N° 7)

...está en la persona que está atendiendo al público de ir y decirle - señora pase la hacemos atender - No. Pasan, pasan y esa gente queda porque no habla, ¡no habla! lamentablemente es así... (Entrevistado N° 5)

...la madre boliviana es una persona muy precavida, son cuidadosas, o sea que tienen un poco de miedo hasta que no conocen a la persona, no sé, si es por su forma de... o sea... el trato que ha tenido del resto de la gente o sea... veo que tienen miedo hasta que conocen a la otra persona. (Entrevistado N° 10)

La mamá boliviana... eh... no te va a consultar muchas cosas... por ahí... ¿porque tiene fiebre? O ¿por qué continúa con fiebre? Qué sé yo... por ahí no lo van a preguntar al pediatra o al médico que lo atiende a su hijo en cambio si le pregunta al enfermero. (Entrevistada N° 11).

...son tímidas, muy que por ahí todo lo que le decís se lo dejan y no hablan más, por ahí se ve que viene gente y le dicen - quedáte acá - y puede pasar toda la noche y se queda ahí y es como que no buscan otra alternativa... (Entrevista N° 12)

Ninguna de las enfermeras dio cuenta de los motivos por los cuales definía con estas características a una persona boliviana. Por esto es que en las sesiones de retroalimentación en este trabajo de investigación se decide indagar acerca de las posibles causas, como aquí se muestra:

Yo es algo que no lo puedo entender... en el colegio de curas donde yo estudié habían muchos mapuche ¡y los chiquitos eran como son ahora! Igual que los

bolivianos en el sentido... muy reservados, ¡no había ninguna reacción en cuanto a una situación que no les gustara! Si el cura les pegaba se quedaban callados, o si estaban en penitencia... distinto a nosotros que si me ponían en penitencia y mi vieja se enteraba: ¡agarráte cura!... yo no sé si tiene que ver con la raza boliviana, con los genes o con su propia historia, que siempre hubo alguien que pensó por ellos y que los llevó a que fueran así... no sé... (Sesión de retroalimentación N° 1)

Son cerrados, donde ellos no tienen contacto... no tienen posibilidad... no pueden hablar directamente, se sienten como ajenos a la gente del hospital o a la gente. Ellos no tienen esa cultura que tiene uno, ellos a lo mejor quieren pedir algo y les da vergüenza ¿viste? (Sesión de retroalimentación N° 2)

...una persona que no es boliviana se desenvuelve mucho más rápido, más fácil, por ahí va y dice. En cambio el boliviano es más silencioso, no pregunta. Para mí es falta de... ese temor siempre estuvo... no todos los bolivianos son iguales... (Piensa, duda...)... no sé... pero sí más tímidos para expresarse, con miedo o vergüenza, a hablar en otras palabras, a que se le atravesara el caballo... (...) pero eso ya viene así en el boliviano, el silencio también, antes no dejaban que los chicos escucharan las conversaciones de los grandes ni menos hablar... (...), con el cuidado de no interrumpir las conversaciones... hay gente que sabe, que puede decir cosas pero se habla lo justo y necesario...le cuesta más para responder a las cosas, va despacito, le cuesta programar, es más lento, se toma su tiempo, tiene que ver con el respeto también... (Sesión de retroalimentación N°3)

Es posible pensar que en estas entrevistas subyace un mito esencialista: el boliviano es callado, conformista, tímido, precavido y lo es por naturaleza, por vivir en el campo o porque es así su esencia, porque es constitutiva a su identidad.

1.4) Pueblo carente de educación, excluido:

Otro aspecto que se repitió en las entrevistas y que guarda relación con lo expuesto hasta aquí es el que da lugar a la dimensión referida a la falta de educación y exclusión del pueblo boliviano al mercado laboral a un estatus social.

Aparecen valoraciones en las cuales se revela como las enfermeras ven a las personas de origen boliviano: como otros - carentes.

...no están en los mercados educativos ni en el laboral, ni están educados
(Entrevista N° 12)

...grupo antiguo que tiene sus raíces indígenas que se está metiendo en la sociedad, en la civilización actual... (Entrevista N° 8)

...y a mí me parece que la selección del personal que atiende a una población que está menos capacitada para entender tiene una obligación ética formal de tener otra forma de comunicación (Entrevista N° 3)

...el paciente boliviano, su mama... a veces está menos instruido, casi todos, y esta menos incorporados a la vida... a la sociedad, conoce menos mecanismos, tiene una posibilidad de vocabulario más baja, no entiende las cosas escritas...
(Entrevista N° 10)

...te encontrás con personas que tienen un lenguaje más limitado, con menos instrucción, con menos capacidad de entender... (Entrevista N° 11)

...les cuesta entender algunas premisas que uno les da para el cuidado de sus hijos... (Entrevista N° 9)

Aparece 'la falta' de instrucción, educación, y en consecuencia la exclusión del mercado laboral. También la idea de que están fuera del progreso, de la evolución.

El boliviano queda representado con esta idea de 'retraso' por no entender la dinámica de un hospital. Hay percepciones asociadas a la 'inferioridad', al 'atraso' de aquel que se niega a adherir a estos nuevos valores otorgados por la modernidad. La educación formal, las habilidades cognitivas son valoradas como herramienta para competir, para ser aceptados.

1.5) Pueblo que necesita respeto, cuidado y resguardo:

Esta dimensión reúne aquellas opiniones de enfermeras que expresaron que el pueblo boliviano necesita ser cuidado, preservado o mirado con más atención.

Un grupo de entrevistadas fundamenta esto porque consideran que al pueblo boliviano se lo sometió históricamente y es necesario no reproducir esto desde las prácticas de salud. Mantener una actitud de vigilancia, de revisión.

...merecen ser respetados, siempre tratar de escucharlos antes de tratar de imponerles algo... por mucho tiempo se les impuso cosas y... pero creo que lo más importante es escucharlos antes de programar algo que les involucre.
(Entrevista N° 7)

...hay que respetarlos y respetar tanto sus costumbres, su cultura que la hemos pasado por encima todos ¿no? Nosotros hemos modificado mucho su medio de... a veces para bien y a veces para mal, su manera de ser y su manera de vivir y de cuidar a sus hijos. (Entrevista N° 10)

También puede ser en el sentido cuidado de que la gente no pierda su cultura, o sea que se mantenga su cultura, que no se la siga arrebatando... (Sesión de Retroalimentación N° 3)

Se podría pensar que las entrevistadas manifiestan la necesidad de respeto y mayor atención hacia la persona boliviana como una forma de considerar las

condiciones de desigualdad en las que se encuentra y mantener una actitud de observación y revisión permanente de las prácticas. Pero también se puede entrever que esta necesidad de mayor cuidado, toma las formas de amparo, protección, en donde el pueblo boliviano necesita del auxilio del no boliviano del que 'no puede o no sabe' parece corresponderle prácticas asistencialistas de mayor cuidado.

1.6) Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría:

Las dimensiones de esta categoría se presentan como un gran tejido en el cual se hallan múltiples conexiones entre sí.

Se destaca el sufrimiento del pueblo boliviano en varios sentidos y la vida en el campo o en barrio Los Hornos, como par opuesto de la ciudad, lugar de pobreza, soledad, desamparo y lugar donde habita el pueblo boliviano.

Como aspecto positivo se valora la cultura del pueblo boliviano asociada a la 'identidad', aunque ambas están definidas de manera imprecisa, consideradas como una suma de rasgos única, estereotipada, inmodificable y con necesidad de ser 'rescatadas'. Otras características atribuidas se refieren un pueblo pasivo, callado y precavido como personas tímidas, conformistas, cuidadosas, vergonzosas. Estas características se explican por el hecho de vivir lejos de la ciudad, por el escaso contacto 'con la gente', o porque es su esencia, su identidad.

Se manifiesta otra percepción que hace referencia a la falta de educación formal y a la consecuente exclusión del pueblo boliviano, percepciones que denotan ideas de inferioridad y atraso, mientras que la educación se revela como herramienta como respuesta a la exclusión laboral. Prejuicio de 'la falta' para alcanzar ser parte de la civilización y sus ventajas.

Por último se presentan respuestas donde la persona boliviana es percibida como una persona que necesita respeto, cuidado y protección. Se expresa la necesidad de respeto y cuidado como una forma de resarcir y no volver a reproducir las prácticas de sometimiento desde el ámbito de salud. También aparecen expresiones ligadas a una visión del pueblo boliviano como personas que 'no pueden' y necesitan del auxilio y cuidado.

Leininger, nos dice en su teoría que se deben brindar cuidados responsables y coherentes culturalmente, ajustándose de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y modos de vida de los pacientes, de manera de mantener y preservar la cultura. En este sentido si el enfermero/a no tiene en cuenta en su práctica la necesidad de cuidado y protección se mostrarán síntomas de conflictos culturales, insatisfacción, tensión, es decir, resultados desfavorables.

2) PERCEPCIONES SOBRE EL CUIDADO QUE LAS ENFERMERAS BRINDAN AL PUEBLO BOLIVIANO.

A través de la percepción, que es una forma de conocer la realidad, las enfermeras dan significado e interpretan dicha realidad para poder planificar sus cuidados. De esta manera, se conforma el rol profesional, es decir, el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera del profesional, que surge de las percepciones que se tengan de ello. El cuidado cultural, es un concepto que describe el cuidado enfermero, que es culturalmente sensible, apropiado y competente. El profesional de enfermería debe buscar el modelo de cuidados acorde a una sociedad cada vez más pluricultural.

Esta categoría contiene las repuestas que surgieron en las entrevistas respecto al cuidado brindado al binomio madre hijo boliviano específicamente.

Es importante decir que no todas fueron claras en responder, algunas lo hicieron con evasivas, otras con dificultad para implicarse y hablar de ellos en primera persona, generó ansiedades y dudas:

- *Pero...ehmmm... ¿desde qué punto de vista?*
- *Por eso... habría que ver si podes redondear el tema porque diferencia obviamente que la hay..*

Introducir en la entrevista, el término 'diferencia' generaba tensión, nuevas preguntas, pedido de aclaraciones, titubeos, silencios, dudas, quedó claro las

diferencias entre el hospital viejo y el hospital nuevo en relación a la forma de comunicarse y atender al paciente boliviano, marcando así, la continuidad del cuidado.

También se evidenció en algunas entrevistas una rápida respuesta (casi refleja):

- No, no hay diferencia

En algunas entrevistadas pudo caer lentamente y de manera menos defensiva empezaron por mencionar y dar cuenta de algunas de las dificultades que las hacía intervenir de manera diferente con el pueblo boliviano de acuerdo a sus saberes y prácticas de salud. Aquí evidencian las dificultades en la atención por las barreras culturales existentes.

2.1) Las diferencias entre el 'hospital viejo' y el 'hospital nuevo':

Las diferencias en la atención en el hospital 'viejo' y en el 'nuevo', es un tema que aparece en varias oportunidades en los diálogos con las enfermeras que tuvieron la experiencia de trabajar en 'el viejo' y ahora en 'el nuevo'.

Durante las entrevistas realizadas se pudo advertir que este cambio generó momentos de ansiedad en algunas enfermeras y el despliegue de múltiples contradicciones.

... este hospital está diseñado para gente instruida, que tenga celular, que tenga auto si es posible, que pueda ir y venir diez veces. La gente está en situación desventajosa y el hospital no está preparado para eso y las puertas de entrada no están seleccionadas para ese perfil ¿no? Y la computadora lejos de mejorar esto a mí me parece que lo empeora (...)se callo el sistema...veni mas tarde.... Entonces uno hace un rompecabezas y seguridad muchas veces es la puerta de entrada que tiene al hospital ¡ah! y la central telefónica... que es un grabador. (Entrevista N° 12)

...cuando se interna un abuelo por ejemplo, quiere internarse también, o estar, el nieto, el sobrino, y en nuestro hospital eso es prohibido. La permanencia en la sala cuando hay una persona de edad, boliviana o no, que por ejemplo está agonizando, y el hospital como institución tiene marcado el límite, no pueden estar más de dos personas con ese paciente. El enfermero que lo atiende, enraizado en eso, no permite o le molesta de que esa situación la tenemos que ver de otra manera... creo que lo que mejor pinta esto es el tema de los partos, de la maternidad y con el niño internado nos pasa lo mismo, solo se puede quedar un solo adulto. (Sesión de retroalimentación N° 1)

...que todos somos iguales, a todo el mundo tenemos que atender igual, y no es así, es algo que... yo lo veo acá adentro... es algo que... por eso yo ahora, porque soy... o sea yo tengo el dicho de que allá en el hospital viejo no se hacía eso ¿entendés? Bueno allá era el hospital viejo acá es el hospital nuevo, nada que ver. Para mí sigue siendo igual, porque igual tenemos que estar con el paciente y pensar en el paciente, no en los horarios ni en cuantos están en la habitación ni todo eso.... (Entrevista N° 9).

...sí... a mí me parece que eso...que el hospital viejo y el hospital nuevo fue una impronta para el funcionamiento acá de la localidad de esto, si... este hospital ya está pensado más con la especialidad, un grupo más grande donde construir códigos en común es más difícil. Allá por ejemplo en el hospital viejo, había permanentemente espacios en común ¿sí? ... entonces eso hacía que hubiese más espacios para la construcción en común que acá se han perdido. Por ejemplo yo salgo de pediatría solo si hay algo puntual sino, no... no sé si se entiende más o menos...solo me quedo en mi sector de trabajo...ya no se si hay espacios en común... (Entrevista N° 6)

...sí, pero me parece que eso tiene que ver con eso de que 'todo lo pasado fue mejor', mucho de mitología, hemos mejorado en otros sentidos: calidad de

atención, en la parte técnica, en conocimiento del pueblo boliviano. Algunas cosas hemos hecho, nos falta un montón... (Sesión de retroalimentación N° 3)

La idea que circula sobre el hospital 'viejo' es que en el viejo todo era así: viejo. Sin comodidades, la gente en los pasillos con el suero, muchos familiares en los horarios de visita, el mate en el pasillo para la gente que estaba trabajando. Muchos encuentros informales porque era pequeño el espacio. Pero con una atención más personalizada, más humanizada, lo que genera actualmente la paradójica sensación de que 'antes era mejor'.

El horario de visitas es más estricto que el hospital viejo. Hay una excesiva preocupación por respetar los lugares para el personal de salud, lugares prohibidos para la circulación de los 'pacientes'.

En algunas entrevistas surgió que en reuniones el personal solicitó cambios para restringir más aún los horarios de visitas y la circulación de 'la gente' por los *espacios* del hospital (por ejemplo en la sala de maternidad cuando ocurre un nacimiento y en pediatría por los menores).

En estas entrevistas aparece en que antes - en el hospital viejo - se estaba más cerca del paciente como par, y ahora en el hospital nuevo, está más acentuada la diferencia entre el 'adentro' y el 'afuera', el lugar del paciente y el lugar del profesional que lo atiende, las relaciones en que se encuentran respecto a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo.

En el imaginario común, el hospital era un lugar 'familiar' tanto para quienes trabajaban allí como para quienes iban buscando asistencia. La palabra circulaba mas, 'charlar' con los pacientes de las comunidades bolivianas, era posible antes cuando la relación de los trabajadores con los espacios también era diferente. Lo familiar, lo humanizado, la celebración, lo informal, es sentido como pérdida.

El nuevo hospital para algunas entrevistadas que trabajaron en el viejo, se presenta hoy como un lugar difícil para el encuentro, para reconocer a los compañeros de trabajo, a los pacientes.

Ahora bien, a esta descripción y análisis de lo que significó el cambio de hospital, lo dicho, lo visible, y lo enunciable aflora en lo que insiste en estas entrevistas: la pérdida, la queja, las comparaciones entre un hospital y otro. Pero esto que cobra visibilidad abre necesariamente aspectos invisibilizados: este conjunto de heterogeneidades también 'disponen a'. En este caso y de acuerdo a las entrevistas, esto dispone a incrementar la distancia con lo considerado 'ajeno/a', a percibir sus manifestaciones como perturbación, a profundizar la relaciones de subordinación y asimetría. Al delimitar el 'adentro' y el 'afuera' tajantemente, dispone al encierro, a la exclusión, con fuerte impacto en el proceso salud/enfermedad/atención. Dispositivos que contribuyen a inducir a los usuarios a adoptar una buena conducta frente al nuevo establecimiento y a las nuevas formas de organización.

Para el paciente boliviano, y esto puede ser extensivo para quienes portan las 'diferencias', hay cada vez menos lugar, menos posibilidades de pensarlos sin caer en prejuicios

2.2) La importancia de la continuidad en el cuidado permite una mejor atención al paciente boliviano:

El cuidado prolongado y de forma continua en lugares donde habita población boliviana son factores que muchas entrevistadas mencionan como facilitadores para la tarea.

Una... o sea... es algo natural atenderlos...no me cuesta... no me cuesta esfuerzos, ningún esfuerzo, nunca me... al principio... cuando recién llegué a la provincia me parecía que había dificultad en la comunicación, hoy en día no me parece. Hay muchas cosas que ya las salvé de poder entender y decodificar cosas y poder comunicarme... (Entrevista N° 3)

Bueno... yo he ido cambiando, digamos, el eje podríamos decir de la relación. Uno viene con una cosa así 'truk' (hace un gesto firme con la mano). Hay que hacer esto, lo otro, y de pronto empezas a entender. Con el tiempo... las diferencias que tienen con nuestra mirada. Porque aparte ellos tienen, creo, aprendizaje de qué es lo que tiene que decirse, es como para decir - bueno no me rompas las pelotas - Mirando para atrás, yo entiendo que... yo insisto en esto de haber sido muy irrespetuoso por no conocer la filosofía de ellos, y las necesidades, y demás. Es como que con el tiempo uno va entendiendo cosas a partir de ver también los lugares donde viven, como viven, y todo eso... es como que uno va...va cambiando en función de eso. (Entrevista N° 2)

Me favorece el hecho de haber estado tantos años relacionándome con ellos que tengo facilidad en entrar y en indagar sobre sus problemas. Es interesante haber aprendido como ellos expresan dolencias que al principio yo tenía una gran disparidad de criterios en lo que son los síntomas con respecto a cómo los sienten ellos. Hoy por hoy puedo comprenderlos mucho más que hace años atrás. (Entrevista N° 8)

...y después de tantos años me parece que no me cuesta, que en general cuando el paciente llega al hospital trato de entender a su madre que vio ella, porque lo trajo, si entendió lo que le dijo el médico.... bueno antes no lo hacía....(Entrevista N° 11)

Y una cosa que yo entiendo que nosotros como trabajadores de salud, y yo particularmente, he podido a través del tiempo es entender muchas de las cosas de ellos. Como que uno viene con una mirada que es demasiado intervencionista podríamos decir desde salud...y autoritaria sobre...que no hemos podido ver el tema...me cayó la ficha una vez que fui al barrio los hornos con respecto a lo que es... cuando han tenido un bebé, que hacen con la placenta, por ejemplo, y acá , bueno cada vez que viene alguien, desde siempre, nunca se me dio por

preguntarle a alguien que quería hacer con la placenta..., y sin embargo ellos lo tienen, y lo han ido...hay gente que si bien lo mantiene como una cosa así de bueno la placenta la voy a enterrar, o le voy a dar un tratamiento distinto al que nosotros hacemos que es tirarla o quemarla. Son cosas...yo al principio ni las pensaba, no las podía tener presentes; y creo que nosotros hemos sido muy irrespetuosos, me parece...y eso te hace pensar en todas las prácticas o rituales de salud...por así llamarlos...que ellos tienen... (Entrevista N° 5)

Entiendo que el factor tiempo, crea condiciones de posibilidad en algunos profesionales para que devenga un vínculo con el paciente. No cualquier vínculo, sino aquel construido a partir del interés por conocer al otro y su realidad sociocultural. Vínculo que pueda alojar la alteridad y no reproducir relaciones de sometimiento.

El vínculo es fundante para la atención del paciente y para la planificación de estrategias terapéuticas. Es necesario para el funcionamiento de la medicina científica, y lo es del mismo modo necesaria para cualquier medicina distinta a la oficial.

Se habla de prácticas intervencionistas, autoritarias, irrespetuosas. Para algunas enfermeras, con la mediación del factor tiempo, la revisión constante de las prácticas pueden transformarse en otras más despojadas de prejuicios que no reproduzcan sufrimientos y que posibiliten relaciones de poder/saber de menor sometimiento y asimetría.

Cada enfermero en el transcurso del tiempo, 'decodifica' o aprende la forma en que el paciente boliviano expresa un malestar, dolencia, sufrimiento. Las barreras culturales se asumen como menos obstaculizadora con la continuidad en un lugar y el contacto permanente con un otro diferente.

2.3) Dificultades en la atención: los distintos usos del término 'barreras culturales'

Al aparecer en las entrevistas el tema de que si para ella había diferencia en atender a una persona de la comunidad boliviana y otra que no lo es, surgía rápidamente una respuesta negativa. Las diferencias que surgieron en general, hicieron alusión a 'dificultades' 'barreras culturales'. Según expresaron, generaron años atrás y generan actualmente, dificultades en la atención.

Una entrevista describe como era la atención hace unos diez años atrás en la provincia y especialmente en lugares como Plottier. La entrevistada decide hablar de las dificultades que se representaban en aquel entonces trabajar con la persona boliviana:

...por eso todo ese tipo de cosas a mi me requetesirvió para conectarme con ellos (se refiere a su infancia en el campo), charlar de estas cosas y a través de estas cosas llegar a lo que yo realmente necesitaba que era controlar la embarazada, vacunar al niño, desparasitar el can... Todas estas cosas que yo sabía, que yo había mamado me sirvió para relacionarme con ellos e incluso ir y colaborar en la quinta en la siembra en estas cosas cuando recién empezábamos. Había que buscar alguna forma de llegar porque...para lograr modificar parte de lo que ellos hacían o por lo menos para traer a los chicos a control, había que entrar de alguna manera... (Entrevista N° 9)

Una vez un agente sanitario no podía convencer a una mujer de que viniera a controlar su embarazo al hospital. Entonces le dijo que tenía que venir al hospital porque la llamaba la policía. ¡Y la mujer vino! Le tuvimos que explicar después... pero era tanta la desesperación del agente sanitario que le mintió... (Sesión de retroalimentación N° 3)

...Tengo la sensación esta de que hay una diferencia de cultura entonces hay cosas que no entendemos que piensan, o que dicen o que viven de otra forma, no

sé, que tienen otros tiempos por ejemplo que los nuestros y me parece que a veces no se respeta... (Entrevista N° 4)

...sé que les cuesta llegar hasta acá, porque sé que les cuesta entrar al hospital y entender nuestra dinámica y... están siendo por ahí... eh digamos... sujetos de entender nuestros horarios nuestra dinámica que ellos por ahí son muy ajenos y que por cuestiones de tiempo y de distancias les cuesta... (Entrevista N° 1)

...como que son personas que necesitan que las cosas, que se les hable con más claridad, se las trate de otra forma porque no es lo mismo hablar con el familiar del niño boliviano, mama, papa, abuela que con alguien de acá. Por ahí capaz, que en una de esas nos resulta más fácil pero a veces la gente boliviana necesita que le hables con más claridad o que le digas las cosas que sé yo, de otra forma para que lo entiendan... (Entrevista N° 2)

Y sí, a mi me da más trabajo, tengo que contemplar muchas cosas (...) la capacidad de entender algo escrito... (Entrevista N° 12)

...te encontrás con una persona ya sea chica, adolescente, joven o adulto que tenés que hablar en... fundamentalmente nosotros que manejamos cosas relativas de un lenguaje más técnico, mas científico si bien tenemos que traducirlo siempre al llano al lenguaje común. Pero en este caso te encontrás con personas que tienen un lenguaje más limitado, con menos instrucción, con menos capacidad de abstracción ya te digo no porque tengan déficit ni nada de eso... entonces uno tiene que adaptarse a la situación y se hace más difícil... (Entrevista N° 11)

Hay diferencia propias que son de las barreras culturales lo que te decía del analfabetismo cultural que les cuesta entender algunas premisas que uno les da el hecho de hacerse un laboratorio, una radiografía, o para que las gotas el antibiótico....a algunos les cuesta mucho... (Entrevista N° 8)

Los agentes de salud debían realizar esfuerzos y hasta “maniobras” poco claras - como las descritas en la cita anterior - para lograr cumplimentar lo que el plan de salud exigía. Para atender a la población considerada más vulnerable, la entrevistada recurrió a aquello que tenía en común - la infancia en el campo - para acercarse, poder intervenir y modificar lo que desde el sistema de salud se consideraba necesario cambiar.

Quedaban resistencias por parte de algunas personas bolivianas hacia algunas prácticas - para lograr, por ejemplo, que los embarazos se controlen en el hospital, que la vacunación de los niños sea ineludible, etc.- Estas resistencias, limitaciones conformaban lo que las enfermeras del hospital de alguna manera llamaban ‘barreras a superar’.

Estos aspectos guardan estrecha relación con la siguiente ‘barrera’ que las enfermeras llaman ‘cultural’: la limitación que perciben en el paciente boliviano en términos de analfabetismo y falta de instrucción, en especial para comprender algunas indicaciones médicas.

¿Qué quiso decir esta entrevistada con ‘analfabetismo cultural’? Se le preguntó nuevamente en la sesión de retroalimentación y dijo:

... se nota la falta de escolaridad en algunas comunidades, hay en otras como mas posibilidad de diálogo y entendimiento, cuesta mucho el dialogo porque no comprenden las consignas (...) el analfabetismo cultural... por la falta de ... por el aislamiento, la nacionalidad, la falta de dinero, crea un cierto analfabetismo por más que vayan a la escuela, el hecho de tener poco contacto entre sí, poco diálogo y entre otras por falta de escolaridad, hay mamás jóvenes que no terminaron la escuela y les cuesta mucho relacionarse, que te entiendan y expresarse...

...además por el hecho de que uno intenta llegar de diversas maneras, con los papás bolivianos lo hace tratando de que entiendan, teniendo ciertas costumbres....por ahí uno intenta llevarles información o cuestiones que tienen que ver con la prevención, principalmente con la atención primaria de la salud. Y

ellos es como que no las aceptan porque ellos ya tienen estipulado que ante cualquier situación eso se puede revertir curando, por decir algo...y bueno, entonces uno ahí va, viendo cual es la atención que ellos le prestan, a lo que uno les dice o lo que se hace, y en base a eso vas dando pasos chiquitos como para llegar a lo concreto, que es lo que uno quiere transmitir a la persona... (Sesión de retroalimentación N° 1)

Bueno evidentemente ellos son los portadores de una cultura diferente y tienen sus creencias y por ahí no siempre aceptan las proposiciones que se hacen desde la medicina que nosotros hacemos (...) no todos los casos son iguales pero en algunos casos no sé si complicada es la palabra es distinto... es distinto porque a veces a mi no me queda claro si yo pude hacerme entender, si lo que yo dije fue claro a lo mejor... o si yo soy el que no puede entender, sí me comprendieron o no. A lo mejor me comprendieron y yo creo que no...porque a veces no te contestan nada...entendes.... (Sesión de Retroalimentación N° 2)

El término 'barrera cultural' hasta aquí viene siendo utilizado para hacer referencia a *aquello que entorpece el trabajo* del enfermera, retrasa diagnósticos o tratamientos, confronta a los actores, impide el diálogo. La 'cultura' del familiar del niño boliviano entendida como *'falta de'* es considerada negativa y causa de problemas.

En estas entrevistas la noción de 'cultura' se refiere a aquellos elementos que intervienen en el proceso de salud/enfermedad/cuidado y que se relacionan con las distintas percepciones de lo que es la medicina, al lugar de las creencias en la causa de los problemas de salud, a la capacidad de comprensión de códigos culturales de los pacientes. Elementos que pueden estar limitando y/o dificultando el acceso 'real' de estos últimos al cuidado de la salud.

2.4) El lugar para los saberes y prácticas de salud boliviano: subordinación y exclusión

Esta última dimensión resulta llamativa por dos razones:

- Guarda relación con algunas preguntas que se realizaron en la situación problemática del diseño de investigación. Allí expresé: "Queda invisibilizado y silenciado todo aquello que puede suscitar el encuentro. Las preguntas o inquietudes respecto al cuidado intercultural, no aparecen ni en los consultorios, ni en los pasos de guardia, ni en las interconsultas, ni en las reuniones de equipos de salud, ni en las escasas capacitaciones y supervisiones.
- Es una categoría producto de las sesiones de retroalimentación y observación participante, ya que, en las primeras entrevistas no se desencadenó ninguna idea al respecto.

Algunas de las preguntas que se hicieron en el diseño de investigación son:

¿Puede explicarse esto debido a que un número importante de profesionales ingresó hace poco tiempo y además proviene y se formó académicamente en centros urbanos de todo el país? ¿Cómo viven las enfermeras de pediatría el encuentro con personas de diferentes culturas? ¿Qué lugar tiene la diversidad cultural? ¿Cuál es la opinión acerca del pueblo boliviano? ¿Qué piensa de ellos y de lo que ellos hacen, dicen? ¿Generan rechazo? ¿Desinterés?, ¿Indiferencia? ¿Cuáles son las significaciones que las enfermeras atribuyen al cuidado en un contexto diverso culturalmente? ¿Cómo impacta esto en la calidad e igualdad del cuidado ?

En este último tiempo han llegado muchísimos médicos y enfermeros y todo el mundo es como que no hay un compromiso realmente como trabajar. De hecho si vamos a hablar de otro... si queremos agregarle otro ingrediente no hay una política de salud hacia el pueblo boliviano, no hay una política, es tratarlo a todos por igual, todo paciente, todo es salud y todo es enfermedad... todo es lo mismo y creo que para nosotros no es todo lo mismo. Por eso desde el sistema se cuestiona muchas cosas que hoy por hoy en el pueblo mapuche todavía está vigente, desde los profesionales de la salud no son interpretadas de la misma forma, como las vemos nosotros entonces eso es ya una diferencia por lo tanto va a ser tratados a todos por igual ... (Entrevista N° 7)

A mí la que más me preocupa es la madre en realidad, esta con sus creencias...de sus yuyos que está todo bien que las crea, pero que el hijo tome la pastilla... (Observación participante)

Lo que pasa es que si dice que va a la curandera, o que le da yuyos van a decir - bueno, si ya tiene médica ¿qué hace acá? - mejor que no diga nada y haga las dos cosas... (Observación participante)

...sus prácticas de salud ya están bastante olvidadas, (se refiere a las prácticas de salud bolivianas) o han caído en desuso por parte de ellos mismos, por esta cuestión de que la medicina nuestra es la que ellos tienen que aceptar, a excepción de que algún personal del hospital le permita o le dé la libertad de hacer otra cosa o deposite en ellos... o de pronto elegir... pero son casos puntuales. Además nosotros los enfermeros solo nos preocupamos por cumplir las órdenes médicas y no contemplamos si ellos están de acuerdo o lo entienden....(Sesión de retroalimentación N°1)

Por ejemplo los yuyos, para acá, para los de acá (se refiere al personal del hospital) es algo que no deben tomar, ellos están acostumbrados a tomarse sus yuyos y bueno.... Pero no. Acá no... es algo que... es que ahora no se curan con yuyos, porque esta la medicina... (Sesión de retroalimentación N° 6)

...en el hospital se tienen que ajustar a lo que nosotros decimos. Por ejemplo el tema del baño. Hay mamás que no se bañan todos los días, ni quieren bañar al niño, es su costumbre y a ellos no les molesta su olor, ¿Por qué se tienen que bañar? ¿Porque a nosotros nos molesta su olor? (Sesión de retroalimentación N°2)

La cultura no se tiene en cuenta, hay gente que rezonga, que se quiere ir a su casa, y uno piensa - pero si acá está bien - porque no se le pregunta. La comida misma, no están acostumbrados a tomar una sopa de pura verduras por ejemplo, hay gente que si bien hoy con la pobreza que hay y todo la gente se la rebusca para... la gente está acostumbrada a comerse un puchero, carne, papa... también la creencia de bañarse, (Sesión de retroalimentación N° 3)

Los saberes ancestrales no gozan del status de racionalidad científica - técnica y son 'tolerados' en tanto se cumpla con las indicaciones o prohibiciones médicas. Las prácticas de salud del hospital silencian y vuelven invisibles estas diferencias, como construcción de relaciones de poder.

Esto no quiere decir que no haya personal de salud que a través de sus posibilidades y habilidades personales reconozca e incluya los procesos y factores históricos, sociales, culturales para un mejor cuidado. Pero se demuestra en las entrevistas que los enfermeros no son formados para dialogar con otros saberes, no tienen aptitudes ni actitudes adecuadas para posicionarse frente a lo distinto, lo nuevo. El otro queda simplificado, borrado a través de esa simplificación. Los diagnósticos previos contruidos al interior del grupo familiar - productos de saberes y experiencias previas - así como las prácticas de autocuidado son vividos como amenazas al vínculo entre sí.

Los aspectos más excluidos por la biomedicina son los que corresponden al campo cultural. El personal de salud suele hablar de la significación de la pobreza,

del nivel de ingresos, de la calidad de la vivienda o del acceso al agua potable como factores que inciden en el proceso de salud/enfermedad/cuidado. Es decir, los procesos sociales han sido más incluidos en las prácticas comparativamente con la dimensión cultural.

Estas citas confirman que la dimensión cultural, las prácticas y saberes de la persona boliviana no tienen lugar en el proceso de cuidado en el hospital. Y si lo tienen, es en relación de subordinación o exclusión respecto del saber biomédico. Son anecdóticos, no hay información sobre las prácticas y/o saberes ni espacios donde se convoque a la comunidad boliviana a participar sobre las cuestiones de salud.

Es en la conjunción específica de estas diferentes dimensiones que se va construyendo un modo de operar que hace del hospital un espacio ajeno, hostil y en definitiva, ineficiente.

Ahora bien, no es posible hablar de salud intercultural en el hospital de Plottier, ya que surgen intenciones de revisión de las prácticas:

...justamente la diferencia es justamente en la cultura es distinta a la nuestra entonces hay que conocer la cultura de ellos como para poder recibir mejor por parte de ellos el problema concreto que tienen ellos. Por eso cuanto más conozcamos su cultura mejor podemos interrelacionarnos y sacar provecho de eso...pero conocemos muy poco.....para ser honesto.. (Entrevista N° 8)

La interculturalidad no sólo apunta a que se acepte los saberes y prácticas de salud boliviana, ni es solo una nueva manera de atender de otra forma a los pacientes bolivianos para mejorar su calidad de vida. Si bien demanda que el personal de salud atienda al paciente como a una persona distinta, teniendo los mismos derechos en términos de calidad de atención, atañe a los valores y a la forma de vivir en comunidad y de resolver los problemas en conjunto con los pobladores bolivianos. Es también una nueva manera de gestionar la diferencia cultural, de asignar identidades, en el marco de la reforma general del sistema de salud.

2.5) Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría:

La cuestión de los espacios en el hospital nuevo cobra relevancia en la primera dimensión de ésta categoría. Se manifiesta mayor restricción para la circulación por el hospital tanto para los pacientes como para los trabajadores. Hay consenso en caracterizar al hospital viejo como lugar de atención más humanizada y lugar que promovía el encuentro entre trabajadores.

También para el paciente de origen boliviano este hospital viejo aparece ofreciendo mayor espacio y lugar para su cultura. Se considera que esto puede ser abordado como dispositivo que dispone a profundizar la distancia entre un supuesto 'adentro' y un 'afuera' y con esto al encierro y la exclusión. Dispone a relaciones de mayor asimetría y exclusión que promueve menos condiciones de posibilidad para prácticas que alojan la diversidad cultural.

Aparece el factor tiempo para construir un vínculo con el paciente boliviano que facilita la atención principalmente a lo relativo al diagnóstico y al conocimiento de la realidad sociocultural del paciente. La inclusión del paciente en la institución médica tiene generalmente carácter de subordinación – inclusión y exclusión por lo que establecer confianza en el vínculo enfermero- paciente implica pensar la misma como un proceso, requiere de tiempo entre otras condiciones.

Las barreras denominadas 'culturales' o dificultades que expresan las entrevistadas sugieren distintos usos:

- 1) Cuando se trata de convencer o imponer al paciente boliviano de los beneficios de la medicina
- 2) Cuando se habla en términos *déficit* (instrucción, alfabetización) aquí describimos *mirada centrada en la propia cultura y formación profesional*.
- 3) Barreras de estructura y organización de servicios (en las derivaciones, en las 'puertas' de entrada al hospital)

El lugar que ocupan los saberes y prácticas de salud boliviano en la atención es claramente de subordinación y exclusión respecto del biomédico. Se omiten los aspectos culturales o se descalifican.

Familiares a cargo del niño internado, ante la ausencia de interlocutores válidos omite sus creencias o realizar preguntas para evitar la sanción o la burla.

Surgen nuevas preguntas en relación a la interculturalidad y las posibilidades de que su inclusión en las formaciones profesionales promuevan y signifiquen modificaciones en las prácticas. La interculturalidad no sólo apunta a que se acepte los saberes y prácticas de salud boliviana, ni es sólo una nueva manera de cuidar de otra forma a los pacientes para mejorar su calidad de vida. Si bien demanda que el personal de salud atienda al paciente como a una persona distinta, teniendo los mismos derechos en términos de calidad de atención, atañe a los valores de los pacientes bolivianos y a la forma de vivir en comunidad y de resolver los problemas en conjunto. Es también una nueva manera de gestionar la diferencia cultural, de asignar identidades, en el marco de la reforma general del sistema de salud.

Como menciona también Madeleine Leininger, uno de los objetivos importante de su teoría es que el enfermero que brinda el cuidado debe ser capaz de documentar, conocer, predecir y explicar de forma sistemática, a partir de los datos de campo, qué es lo diverso y qué lo universal a cerca de la asistencia genérica y profesional de las culturas en estudio, dentro del marco formado por los componentes del llamado modelo sol naciente, su finalidad consiste en descubrir los puntos de vistas énicos, personales o culturales, relativos a los cuidados, tal como se entienden y se aplican, y emplear estos conocimientos como base de las prácticas asistenciales.

La meta de la teoría es suministrar unos cuidados responsables y coherentes culturalmente, que se ajusten de modo razonable a las necesidades, valores, creencias y los modos de vida de los pacientes.

Por último, la categoría:

3) VISIONES SOBRE LAS DIFERENCIAS QUE SE HACEN EN EL HOSPITAL CON EL PUEBLO BOLIVIANO.

Al aparecer este tema en las entrevistas, se producía una especie de alivio - respecto al tema de la categoría anterior - . El pedido de hablar de "lo que hacen los demás" les permitía posicionarse en algunos casos con más comodidad. Expresaron que en el hospital se hacen diferencias hacia el paciente boliviano. Estas son descritas en la forma de tratar y/o cuidar y surge aquí la discriminación de raza, de clase social, la discriminación vista desde un punto de vista positivo al incluir prácticas paternalistas en el cuidado marcando la igualdad en el mismo.

3.1) Discriminación negativa en el trato y/o en la atención: prejuicio racial y de clase social

De doce entrevistas realizadas, nueve expresaron que en el hospital se hacen diferencias hacia el paciente boliviano. Estas son descritas en términos de discriminación ya sea en la forma de tratar y/o atender específicamente.

A veces hay mucha diferencia a la persona, o sea a vos te pueden atender bien y a mí me pueden atender mal, en el sentido de que no te hacen el control como corresponde... ¿entendés?...lo mismo pasa con un niño boliviano con uno que no lo es.... (Entrevista N° 1)

Yo creo que en el trato, o en la consideración hacia el otro..., por ejemplo, si viene alguien con nombre y apellido de acá, es una cosa, y si viene un X es otro trato...incluidos aquí los bolivianos... (Entrevista N° 2)

Ehmmmm... si, lamentablemente algunos pares míos de enfermería tienen una actitud despectiva para ellos, especial...si, si, especialmente con la gente grande... yo en algunos momentos... he tenido algún cruce de palabras con alguien que... por estas cuestiones, por falta de consideración hacia el otro...pero no lo veo así en el resto de la gente...

Yo: ¿en qué por ejemplo lo ves a eso?

...en la forma de... en la manera de referirse cuando hablan de esta gente - 'estos bolivianos de mierda' - tal por cual...(Entrevista N° 5)

...me parece que a veces no se respeta y el ejemplo es de escuchar comentarios así, de comentarios feos... no sé cual ahora pero como menospreciando... a veces escucho, sí... (Entrevista N° 12)

...en los pases de guardia te dicen ... y acá como sentirás el olor el paciente boliviano....(Entrevista N° 8)

...yo lo desperté para la nebu...pero no se la hacen...no entienden o no se la quieren hacer....yo dejo que haga lo que quiera (Entrevista N° 10)

Los procesos de desigualdad - discriminación - violencia no son en rigor invisibles sino que están invisibilizados, es decir que los aspectos de subordinación (discriminaciones, exclusiones, descalificaciones, violentamientos) se encuentran naturalizados.

Se pudo observar que las entrevistadas en muchas ocasiones usan indistintamente, como sinónimos, los adjetivos boliviano y pobre.

También se colocó como ejemplo a la investigadora, no casualmente. Se está refiriendo a que un profesional – con una ubicación y status social determinado - tiene más posibilidades de ser mejor atendido (en los controles, procedimientos) que ella, que no es profesional y que un niño de origen boliviano.

El ser boliviano en algún punto está ligado a una condición social: ser pobre. Se entiende que se está hablando de la diferencia de clases.

Discriminación positiva en la atención: Prácticas inclusivas/prácticas paternalistas

También se pueden constatar acciones de discriminación positiva en la atención que aquí se van a denominar: *prácticas inclusivas*.

... bueno yo cuando atiendo a un niño boliviano... puedo decir... lo atiendo lo mejor posible y me pongo en su lugar... Brindarle lo mejor, bueno los recibís, que sea conciente que está donde está, y bueno lo primero que se le hace ahí es la higiene, ¿no? - ustedes se tienen que bañar, bueno es así acá, ¿sabe usar la ducha? - por ejemplo. Algunos te van a contestar que si y otros que no, ... me gusta... primero pregunto, bien... Y a parte nos cuesta hablar mucho, son muy reservados, muy vergonzosos... Como te digo, me pongo en el lugar de ellos. (Entrevista N° 11)

...creo que para la gente boliviana todo el procedimiento que le hacemos acá es un procedimiento invasivo, el médico y nosotros los enfermeros es que a veces necesitamos dedicarle un poco más de atención para explicarle, para que entienda realmente el procedimiento. A otros pacientes los atiendo igual que a todo el resto con la diferencia que con ellos trato de explicarle con más detalle para qué sirve cada cosa, qué le vamos a hacer por toda esta cuestión de que no es llegar y hacer un tratamiento indicado... (Entrevista N° 2)

¿Discriminación positiva o paternalismo?

Al contrario, por ahí veo que están más atendidos que la gente de acá. (Entrevista N° 9)

... por que están muy alejados al estar alejados están como desamparados como que son personas que necesitan... (Entrevista N° 1)

¿En la discriminación positiva se trata de 'más atención'? En estas entrevistas es posible que se ponga en funcionamiento un conjunto de prejuicios que rodean el concepto de 'boliviano' que parece provocar una idea de minoridad y tutelaje que puede desembocar en una importante distorsión de la función que deben cumplir las enfermeras del hospital.

A partir de estas ideas, es más difícil de discernir cuales son aquellas prácticas bienintencionadas que tienen como objetivo adoptar la discriminación positiva, y cuales son aquellas que se hacen bajo esta carátula y son modos encubiertos de discriminación negativa.

No hay diferencias ni en el trato ni en la atención: el mito de la igualdad

Las respuestas de esta categoría se pueden reunir en dos grupos:

- aquellas que valoran **positivamente** al hecho de que no existen diferencias - porque remite a la idea de igualdad o porque la diferencia es considerada indistintamente como discriminación negativa -
- aquellas respuestas que valoran **negativamente** al hecho de que no haya diferencia en la atención ni en el trato que recibe el paciente boliviano en el hospital – porque se omite la diversidad cultural existente.

Quienes consideran positivo al hecho de que no se establezcan diferencias, dicen:

No, no hay ninguna diferencia...no sé si en ventanilla...no creo que le pongan barrera o discrimen al paciente boliviano, me parece que no. (Entrevista N° 9)

Yo los trato como a todos los ciudadanos, como del pueblo (...) lo mismo que la gente de acá, siempre tuve una muy buena relación con la gente de Bolivia... (Entrevista N° 12)

No hay diferencia en el hecho de que la atención de enfermería en uno tiene que ser igual para todos ya sea uno súper adinerado o un gringo o un mapuche o un boliviano, tiene que ser igual. (Entrevista N° 3)

...que tiene exactamente los mismos derechos y obligaciones que cualquier ciudadano del mundo debería tener (se está refiriendo al boliviano), o sea, ni ser sometido a una vida de peor calidad ni tampoco tener ningún tipo de privilegios. Los seres humanos en la diversidad cualitativa que tenemos de acuerdo al lugar o a la época que nos tocó nacer en lo que hace a derechos y obligaciones todos tenemos que tener exactamente las mismas... (Entrevista N° 11)

...no, yo pienso que la atención es la misma para todos iguales, me he dado cuenta que por ahí... no hay diferencia, le prestan bastante atención, no hacen... no hay diferencia, en el tipo de atención no hay diferencia... (Entrevista N° 1)

...no, no, ya te digo todos por igual... si, si... es igual la atención con todos... (Entrevista N° 4)

Para mí es como asistir a cualquier otra persona (...) Porque yo soy enfermero para atender a todo el mundo por igual, no hay ninguna diferencia lo atendemos como todos, diferencia no tiene que haber... (Entrevista N° 10)

Decir 'no hay diferencia' o 'atender a todo el mundo por igual' remite a la idea de igualdad. Pero no queda claro a qué se está haciendo referencia con esto. En las entrevistas el sentido que surge es ambiguo, refiere a la igualdad ante la ley o igualdad en el acceso. Se confunde con el concepto de discriminación negativa - hacer diferencias sería equivalente a perjudicar al otro -.

Se disuelven las diferencias existentes - en un contexto pluricultural - y consecuentemente se niega el derecho a la diversidad cultural.

Las siguientes respuestas valoran al hecho de que no exista diferencia en la atención como algo negativo, - en el sentido que es 'para todos lo mismo' cuando se está frente a otro de cultura diferente - :

Yo no veo muy, muy... o sea tan marcado como lo era antes porque esta todo bastante más diluido y la atención es medio como para todos iguales... No todos, si bien hay algunos que son muy habladores, pero la mayoría no lo es, entonces se van con un montón de necesidades de vuelta a su lugar...pero se los atiende a todos por igual.. (Entrevista N° 2)

...¿en éste momento? Como uno más... sin ningún tipo de diferenciación en...digamos... en los marcos institucionales... sin ningún tipo de diferenciación, es pa' todo el mundo lo mismo ¿sí? Es decir, las necesidades miradas desde una sólo perspectiva ¿no? Que después pueden llegar a haber... uno... digamos... cuando aborda situaciones acciona puntualmente, creo que se intenta pero bueno, ese intento es muy individual, es muy parcial ¿sí? Lo que realmente no se logra es tener una mirada específica, en todo caso intercultural... (Entrevista N° 6)

Los intentos de abordaje interculturales quedan a consideración de voluntades individuales. Impera un único orden cultural, que elude la diversidad cultural en el proceso salud/enfermedad/atención y reproduce la desigualdad en salud.

Resonancias sobre los hallazgos en esta categoría:

En la presente categoría se ha puesto en evidencia el trato diferencial que reciben las personas bolivianas en la atención de salud. La discriminación y violencia por parte de los trabajadores del hospital se manifiesta de manera verbal y en actitudes y acciones.

La violencia represiva y simbólica que a través de dispositivos se construyen en el hospital, naturalizan e invisibilizan los violentamientos.

Surge en esta categoría una nueva percepción, que iguala al boliviano como persona pobre, por lo tanto recibe la discriminación por ambas condiciones. Esto pone en evidencia además del prejuicio racial, el prejuicio de clase social existente.

Se describieron prácticas que tienen como objetivo según las entrevistadas la discriminación positiva pero que bien podrían interpretarse como prácticas paternalistas ya que suponen una representación social del paciente boliviano como alguien imposibilitado de tomar decisiones sin ayuda del enfermero o médico. Esto dificultó poder discernir aquellas prácticas que se hacen bajo la carátula de acciones positivas y son modos encubiertos de discriminación negativa.

Por último, hay respuestas en las que se expresa que no se hacen diferencias en el hospital y valoran positivamente este hecho. Decir 'no hay diferencia' o 'atender a todo el mundo por igual' remite a la idea de igualdad.

Otras respuestas expresan que no hay diferencias en el hospital y se valora negativamente este hecho. Se describen distintas situaciones e intervenciones o prácticas inclusivas que se presentan de formas aisladas y llevadas a cabo por decisión personal. Se expresa que en líneas generales no hay personal comprometido para trabajar inter-culturalmente ni tampoco una política pública en salud hacia la comunidad boliviana. Se disuelven las diferencias existentes - en un contexto pluricultural - y consecuentemente se niega el derecho a la diversidad cultural. Por lo que la falacia de la 'igualdad' se torna desigualdad al no considerarse aquellos aspectos culturales y reducir la diferencia a una igualdad de trato, o igualdad ante la ley.

DISCUSIÓN

Los cambios que se producen en el desarrollo disciplinar enfermero, en las últimas décadas, llevan a plantear la presente investigación, que se centra en las percepciones de las enfermeras sobre el cuidado intercultural como parte del análisis, en base al conocimiento que poseen de la cultura boliviana.

Los cuidados que brindan los enfermeros a las personas, le ayuda a otra a asegurarle todo lo necesario para continuar su vida, de manera independiente. Si la comunicación es el medio, a través del cual se conciertan las prácticas de cuidado, el lograr una comunicación intercultural garantizara la subsistencia de los grupos humanos, ya que cada cultura aporta al lenguaje, una connotación diferente y de la misma manera en las prácticas de salud.

Entonces, el lenguaje y la cultura, proporcionan un significado heterogéneo al lenguaje de cada persona y grupo social. Esto se puede apreciar en la diversidad de significados de salud y enfermedad que tiene cada grupo étnico y la falta de comprensión de estos conceptos, podría interferir en el proceso de recuperación de la salud de las personas.

Según expresaron algunas enfermeras, el paciente boliviano también enfrenta dificultades en el acceso a los servicios sanitarios, debido a los problemas en el dominio del lenguaje, la falta de familiaridad con la organización y el estado socio-económico bajo. Otras enfatizan, que los desacuerdos son atribuidos a la discrepancia entre la visión cultural y la falta de familiaridad con la medicina occidental.

La realización de los cuidados enfermeros, al paciente boliviano, como cultura diferente a la propia, repercute en una confrontación con sus propios valores y creencias, así como en el trato que proveerá a estos pacientes. Lo que caracteriza, la mayoría de las veces, la deficiencia en la comunicación es el desconocimiento que se tiene sobre la otra cultura. Y frecuentemente se invierte poco tiempo en la valoración de los aspectos socioculturales que faciliten el cuidado a la salud.

Las percepciones de las entrevistadas acerca del pueblo paciente boliviano tienen condiciones de producción históricas, políticas y económicas que implican valores y normativas. Se parte de una visión estática de las culturas en la que la diversidad es negativamente valorada.

También, como se hizo mención en estado del arte, con la investigación Evaluando la calidad de los servicios reproductivos en Buenos Aires: de la perspectiva de las usuarias a una medición estandarizada: investigación de la socióloga Marcela Cerruti, auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa). Año: 2003, también se puede ver aquí la desvalorización de las pautas culturales del paciente boliviano. La investigación: Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. Research, Nursing Care and Cultural Diversity. Index de Enfermería versión impresa ISSN 1132-1296 Index Enferm v.18 n.2 Granada abr.-jun. 2009, nos ayuda también a valorar la pérdida de un paradigma o modelo a seguir a la hora de brindar cuidados interculturales y de calidad.

Tal como se pudo observar en el estado del arte en la investigación: "Una tipología del discurso de discriminación percibida en mapuches de Chile", de María Eugenia Merino, Daniel Quilaqueo, José Luis Saiz. Año: 2008. Respecto a la discriminación macrosocial, aquí se puede valorar con los pacientes de origen boliviano. La tipología que realizaron los autores, incluye los ejes temáticos 'evento discriminatorio' y 'representación social'. El evento contiene once categorías de las cuales solo se consideraron las relativas al 'modo' y 'discurso'. Los resultados revelaron la existencia de cuatro modos de discriminación percibida. El 'verbal' incluye sobrenombres, comentarios, chistes y burlas; el 'comportamiento' se expresa mediante observar, ignorar, evitar y segregar; la 'discriminación institucional' se realiza mediante sobreaplicación de leyes, normas y reglamentos; y la 'discriminación macro social' se concibe como desinterés de la sociedad mayoritaria hacia los mapuches y visión etnocéntrica de la historia oficial, entre otros. Lo más importante que esta investigación aportó a este trabajo, es el de la categoría 'discriminación macrosocial': entendida como la dominancia cultural, que se expresa en la percepción de que los mapuches deben asimilarse a

la cultura chilena al ser considerados un obstáculo para el progreso del país; dominancia educacional que fuerza al grupo indígena a participar en un sistema educacional nacional asimilador de su cultura; y perspectiva etnocéntrica de la historia nacional en cuanto a que la historia oficial del país ha sido distorsionada por historiadores que han reproducido estereotipos como 'indios', 'salvajes' y 'violentos' lo que contribuye a socavar la imagen social y grupal de los mapuches ante la sociedad mayoritaria. Estos aportes fueron utilizados en el análisis del presente trabajo, considerando la discriminación macrosocial entendida como que el paciente o pueblo boliviano genera retraso, exclusión a nuestra sociedad, que implica un trato diferente que complica la atención en el hospital y en el cuidado.

CONSIDERACIONES FINALES

La disciplina Enfermera, tiene como objeto central el cuidado de la experiencia de la salud humana de sujetos y colectivos de diferentes etnias,

religiones, costumbres, creencias, nivel socioeconómico y educativo, en distintos ambientes que son definidos por las condiciones objetivas o materiales de éstos. Esta diversidad implica la necesidad de la comprensión por parte de Enfermería de la cosmovisión particular del sujeto de cuidado, con el fin de garantizar un cuidado integral, coherente y beneficioso; y de una verdadera satisfacción de las necesidades de cuidado.

Para la disciplina enfermera aprender de las personas sus formas de vida, sus sentimientos, sus contextos, sus preocupaciones, creencias y valores en situaciones y etapas diferentes de la vida y la muerte, significa comprender el cuidado desde la perspectiva de Leininger (1954).

Por lo tanto es oportuno reafirmar que la enfermería debe ofrecer cuidados que sean coherentes con la cultura, siguiendo el objetivo de la teoría de los cuidados de Leininger, el cual insta además, a buscar, descubrir, comprender e interpretar el comportamiento de las personas en torno al cuidado. Promueve el papel de enfermería como mediador entre el sistema de cuidado popular (del grupo) y el sistema profesional para construir una atención cultural congruente, es decir, que se fundamenta en la visión del mundo del grupo y con alternativas de cuidado negociadas por el mismo.

CONCLUSIONES

Finalmente se presentan las conclusiones, en las que se busca dar cuenta de la complejidad encontrada y de los caminos recorridos para responder a las preguntas de ésta investigación: ¿Cómo perciben las enfermeras de Pediatría del Hospital Plottier, el cuidado que le brindan al binomio Madre-Hijo de origen boliviano, en un contexto de diversidad cultural, durante el mes de octubre del 2015?

Cuando se observa un gran tejido - de acuerdo a quien lo mire - se pueden encontrar diversas figuras, colores, texturas, maneras de tejer. Se pueden seguir los hilos, mirar sus conexiones, detenerse en la figura o contemplar el fondo. También buscar los significados éticos y estéticos de los mensajes.

Respecto de la primera categoría sobre los imaginarios sociales acerca del paciente boliviano: es representado como un pueblo que sufre, que es pobre, que tiene una cultura valorable y características como la pasividad, la precaución, gente de 'pocas palabras'. Un pueblo con carencias en la educación formal, por lo tanto excluido. Un pueblo que necesita ser respetado, cuidado y protegido.

El sufrimiento de la persona boliviana se destaca en dos sentidos: a) La vida en el campo como par opuesto de la ciudad, o barrio Los Hornos, lugar de pobreza, soledad, desamparo b) asociado para las entrevistadas a las 'pérdidas' de prácticas, saberes, del idioma, de la identidad, de la cultura.

Como aspecto positivo se valora la cultura del pueblo boliviano asociada a la 'identidad'. Ambas están definidas de manera imprecisa, consideradas como una suma de rasgos única, estereotipada, inmodificable y con necesidad de ser 'rescatadas'. Remite a aspectos comercializables, folclorizados de la cultura.

Otras características atribuidas se refieren un pueblo pasivo, callado y precavido como personas tímidas, conformistas, cuidadosas, vergonzosas. Estas características se explican por el hecho de vivir lejos de la ciudad, por el escaso contacto 'con la gente', o porque es su esencia, su identidad.

Se hace referencia a la falta de educación formal y a la consecuente exclusión del pueblo boliviano, percepciones que denotan ideas de inferioridad y atraso, mientras que la educación se revela como herramienta como respuesta a

la exclusión laboral. Prejuicio de 'la falta' para alcanzar ser parte de la civilización y sus ventajas.

Por último se presentan respuestas donde el paciente boliviano es percibido como una persona que necesita respeto, cuidado y protección. Se expresa la necesidad de respeto y cuidado como una forma de resarcir y no volver a reproducir las prácticas de sometimiento desde el ámbito de salud. También aparecen expresiones ligadas a una visión del paciente boliviano como personas que 'no pueden' y necesitan del auxilio y del cuidado especial del no boliviano (paternalismo).

En relación a las percepciones sobre el cuidado que las enfermeras brindan al paciente boliviano, aparecen conceptos relacionados al cuidado que no denotan una percepción personal del mismo. La cuestión de los espacios en el hospital nuevo cobra relevancia. Se manifiesta mayor restricción para la circulación por el hospital tanto para los pacientes como para los trabajadores. Hay consenso en caracterizar al hospital viejo como lugar de atención más humanizada y lugar que promovía el encuentro entre trabajadores.

También el hospital viejo aparece para las entrevistadas ofreciendo mayor espacio y lugar para la población originaria. Se considera que el nuevo hospital puede ser abordado como dispositivo que 'dispone' a profundizar la distancia entre un supuesto 'adentro' y un 'afuera' y con esto al encierro y la exclusión. Dispone a relaciones de mayor asimetría y exclusión que promueve menos condiciones de posibilidad para las prácticas que alojan la diversidad cultural. En este sentido los grandes avances en infraestructura, tecnología y ampliación de cobertura de los servicios de salud, tienen un impacto limitado. La persona boliviana aprobada para este nuevo hospital es nuevamente la 'permitida' la que no deja ver la diferencia y se adecúa para no quedar afuera, excluido.

Se destaca el factor tiempo para construir un vínculo con el paciente boliviano que facilita la atención principalmente en lo relativo al diagnóstico y al conocimiento de la realidad sociocultural del paciente. La inclusión del paciente en la institución médica tiene generalmente carácter de subordinación – inclusión y

exclusión por lo que establecer confianza en el vínculo con el paciente implica pensar la misma como un proceso, requiere de tiempo entre otras condiciones.

Las barreras denominadas 'culturales' o dificultades que expresan las entrevistadas sugieren distintos usos: cuando se trata de convencer o imponer al paciente boliviano de los beneficios de la medicina; cuando se habla en términos *déficit* (de instrucción, alfabetización, de habilidades) aquí se describe la *mirada centrada en la propia cultura y formación profesional* y por último barreras de *estructura y organización de servicios* (en las derivaciones, en las 'puertas' de entrada al hospital)

El lugar que ocupan los saberes y prácticas de salud boliviana en el cuidado es claramente de subordinación y exclusión respecto del saber biomédico. Se omiten los aspectos culturales o se descalifican, con claro tinte racista. Hablamos de discriminación macro social y/o institucional para hacer referencia al desinterés de la mayoría dominante y a una visión etnocéntrica.

El familiar del niño boliviano, ante la ausencia de interlocutores válidos omite sus creencias para evitar la sanción o la burla.

Surgen nuevas preguntas en relación a la interculturalidad y las posibilidades de que su inclusión en las formaciones profesionales promuevan y signifiquen modificaciones en las prácticas. La interculturalidad no sólo apunta a que se acepte los saberes y prácticas de salud boliviana, ni es sólo una nueva manera de atender de otra forma a los pacientes para mejorar su calidad de vida. Si bien demanda que el enfermero cuide al paciente como a una persona distinta, teniendo los mismos derechos en términos de calidad de atención, atañe a los valores del paciente de origen boliviano y a la forma de vivir en comunidad y de resolver los problemas en conjunto.

Así mismo, en la última categoría sobre las visiones en las diferencias que se hacen a la persona boliviana en el nuevo hospital, se evidencia el trato discriminatorio que reciben las personas de otra cultura. La discriminación y la violencia por parte de la/os trabajadores del hospital se manifiesta de manera verbal y en actitudes y acciones.

La violencia represiva y simbólica que a través de dispositivos se construyen en el hospital, naturalizan e invisibilizan los violentamientos. La discriminación se ejerce desde los distintos sectores del hospital.

Surge una nueva percepción, que iguala a la persona boliviana como sujeto pobre, por lo tanto recibe la discriminación por ambas condiciones. Esto muestra también el prejuicio racial, el prejuicio de clase social existente. Se omite las referencias acerca de las causas estructurales de la pobreza.

Son muchas las situaciones en las que se adoptan medidas de discriminación positiva por motivos de accesibilidad geográfica. Como prácticas que abordan los aspectos culturales - 'prácticas inclusivas' - se descubre la empatía porque es boliviano, se le tratan de explicar los procedimientos desde la concepción de que no tienen estudios y no van a entender, la escucha sensible para entender al "diferente".

Se describieron prácticas que tienen como objetivo, según las entrevistadas, la discriminación positiva pero que bien podrían interpretarse como prácticas paternalistas ya que suponen que el paciente boliviano está imposibilitado de tomar decisiones sin ayuda. Esto dificultó poder discernir aquellas prácticas que se hacen bajo la carátula de acciones positivas y son modos encubiertos de discriminación negativa.

Por último, hay respuestas en las que se expresa que no se hacen diferencias en el hospital y se valora positivamente este hecho. Decir 'no hay diferencia' o 'atender a todo el mundo por igual' remite a la idea de *igualdad*.

Otras respuestas expresan que no hay diferencias en el hospital y se valora negativamente este hecho. Se describen distintas situaciones e intervenciones o prácticas inclusivas que se presentan de formas aisladas y llevadas a cabo por decisión personal. Se expresa que en líneas generales no hay personal comprometido para trabajar interculturalmente ni tampoco una política pública en salud hacia el pueblo boliviano. También se pudo advertir que establecer diferencias a partir de la diversidad cultural se confunde con el concepto de

discriminación negativa - hacer diferencias en todos los casos sería equivalente a perjudicar al otro, establecer un trato desigual -.

De todo lo enunciado, se puede subrayar que el pueblo boliviano es representado como un pueblo con 'déficit', que 'le falta': en algunos casos, educación formal, inclusión en el mercado laboral, en otros actitud activa, palabras (aparece como un pueblo pasivo, callado), poder de decisión y reclamo (por lo cual es necesario cuidar, proteger). Le falta status social y poder económico. También autonomía para prescindir del asistencialismo.

La 'cultura boliviana' emerge como un aspecto valorable pero se revela como desconocida, vagamente definida, dejando en evidencia el desconocimiento acerca de ella. Este conjunto se puede resumir en 'pueblo carente y desconocido' subyacen a algunas prácticas que se mencionan en el cuidado.

La ignorancia queda velada cuando se antepone el prejuicio sobre la vida en el campo, sobre las capacidades que no se consiguen con la educación formal, 'mirada centrada en la propia cultura y formación profesional', dejando para los saberes y prácticas de salud bolivianas el arbitrario lugar de subordinación y exclusión respecto de las prácticas y saberes biomédicos. Sumado a la falta de formación y aptitudes para la interculturalidad, solo se puede dar paso a la atención 'para todos por igual' - que deja la tranquilidad que otorga reducirla al derecho universal a tener acceso a la salud.

Las opciones oscilan entre lo planteado y/o establecer una cultura sobre otra, la boliviana a la cual siempre algo 'le falta'. Prácticas discriminatorias por racismo o por clase social. Prácticas paternalistas por ser un pueblo que necesita protección y auxilio.

Se puede circular por un 'hospital nuevo' que desborda en comodidad y tecnología pero crea dispositivos que genera mayor distancia con los pacientes y el personal, que pone en funcionamiento mecanismos de subordinación y

exclusión a quienes portan la diferencia sociocultural y contiene barreras de estructura y organización desde los servicios.

Habría enfermeras que con el tiempo de trabajo junto al paciente boliviano logran revisar críticamente sus prácticas, conocer, aprender, valorar una cultura diferente, dar lugar a 'lo nuevo' y mejorar la atención de la salud.

Visibilizar el tejido:

Así, desde esta perspectiva, queda en evidencia como queda invisibilizada la posibilidad de autocrítica y reconocimiento del cuidado que el personal de enfermería le brinda a las personas de otras culturas, buscando las respuestas a este vacío en su entorno, en la organización hospitalaria, en el acceso geográfico, en el lenguaje, en las diferencias de clases sociales. No se busca otra forma para cuidar de manera competente y cultural las necesidades de una nueva comunidad. No se visualizan actitudes o motivaciones para aprender y para abordar el cuidado desde la diversidad cultural. No lograron demostrar las percepciones de su propio cuidado, entendiendo que el mismo es el objeto de la disciplina.

La enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las identidades culturales. Un diálogo en igualdad, no sin por ello renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidental. En definitiva nuestro acercamiento al otro, para poder así establecer una relación destinada a un proceso de cuidar y debemos hacerlo desde la mutua comprensión de la realidad cultural y de la diversidad humana. Leininger se refiere al enfermero/a como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

RECOMENDACIONES

1. Que se estudien las representaciones sociales de los estudiantes de la carrera de enfermería en tanto sean los receptores de los procesos de enseñanza de las docentes, sobre el cuidado intercultural, que permita recolectar información relevante para los procesos de mejoramiento curricular.
2. Que se formen talleres en el hospital para fomentar el cuidado culturalmente responsable.
3. Siendo esta investigación un estudio cualitativo, espero ofrezca nuevos interrogantes para nuevas investigaciones, con la perspectiva de ampliar y/o validar estos hallazgos.

BIBLIOGRAFIA

Textos

ALBO, XAVIER. (2005). Editorial Abya Yala, *Salud e interculturalidad en América Latina. Interculturalidad y salud.*

ARRÚE, Wille y KALINSKY, Beatriz: " Editorial Centro Editor de América Latina S.A. Argentina. Año: 199. "De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén

CERRUTI MARCELA (2003) *Evaluando la calidad de los servicios reproductivos en Buenos Aires: de la perspectiva de las usuarias a una medición estandarizada. Investigación* auspiciada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (Unfpa).

FOUCAULT, Michel: Editorial Altamira. 1ª edición. Argentina. Año 1996. "Genealogía del racismo".

LEININGER, MADELEINE. . Madrid, Mosby Doyma, 1994. Teoría de los cuidados culturales, en Ann Marriner-Tomey, *Modelos y teorías de enfermería*

Dirección Provincial de Estadísticas y Censos de la Provincia de Neuquén: Primera Encuesta de Pueblos Indígenas Complementaria del Censo 2001 de Población, Hogares y Viviendas. INDEC.

IBAÑEZ GRACIA, Tomás. (2001). Athenea Digital N° 0: 31 – 37. Universidad Autónoma de Barcelona. "¿Fondear en la objetividad o navegar hacia el placer 2001.

MARRERO GONZALEZ, CM. Revista de Enfermería. Ago. 2013; 7(3). Competencia Cultural. Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales sanitarios.

MORENO PRECIADO, MANUEL (2005) Biblioteca Lascasas / Fundación Index. *Una mirada antropológica del cuidado del paciente inmigrante.*

NIEVAS, FABIAN:.. Editorial Eudeba, Univ. de Buenos Aires. Año 1999. "El control social de los cuerpos"

POLIT D. y HUNGLER B. (1991) Interamericana. McGraw Hill. Selección y Definición de un Problema de Investigación en Enfermería. En: "Investigación Científica en Ciencias de la Salud".

SANCHEZ MORENO A. McGraw-Hill. Interamericana.2000. Enfermería Comunitaria.

SCHMUNK S., CONDE S. (1998). Editorial Espacio. Salud Comunitaria. Diagnóstico. Estrategia. Participación.

SIRVENT M.T: Segunda edición. 2004, Cátedra de investigación y estadística educacional I" Facultad de Filosofía y Letras. UBA. "El Proceso de Investigación.

TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1986) Ed. Paidós. Buenos Aires. La entrevista en profundidad (Cap. 4). El trabajo con los datos: Análisis de los datos en la investigación cualitativa (Cap.6). En: Introducción a los métodos cualitativos de investigación.

VELASCO HURTADO OSCAR (2009). . Edición PROHISABA LA SALUD EN LA COSMOVISIÓN INDÍGENA. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina. (pag. 127).

Revistas On Line

DE LA CUESTA BENJUNEA, C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. En: Investigación y Educación en Enfermería. Vol. 25, n. 1. Pag. 106-112. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1052/105216848012.pdf>

GONZALEZ JUAREZ L., NOREÑA PEÑA A. L. Comunicación intercultural como medio para favorecer el cuidado culturalmente aceptable. Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM, Vol. 8, N° 1. Ene – Marzo 2011.

HENRIQUEZ FIERRO, E. Y ZEPEDA GONZALEZ, M.I. (2003). Preparación de un proyecto de investigación. En Revista Ciencia y Enfermería, nº IX. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717-95532003000200003&script=sci_arttext

HERNANDEZ MARTIN, F., DEL GALLEGO LASTRA, R., ALCARAZ GONZALEZ, S., GONZALEZ RUIZ, J.M. (1997). La enfermería en la historia. Un análisis desde la perspectiva profesional. En Cultura de los Cuidados. 2º

semestre 1997. Año I – N° 2. Madrid. Recuperado de http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5239/1/CC_02_05.pdf

LENO GONZALEZ, D. Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*, N° 22, 2006, Artículo 32. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7118>

OVIEDO, G. L. (2004, Agosto). La Definición del Concepto de Percepción en Psicología con Base en la Teoría Gestalt. En *Revista de Estudios Sociales*. N° 18, pp.89-96. Colombia.

VARGAS MELGAREJO, L. M. (1994). Sobre el Concepto de Percepción. En *Alteridades*. Vol. 4, Num. 8, pp. 47-53. México. <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>

REVISTA CUBANA DE ENFERMERÍA (2008): La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. M.Sc. Lázaro Luis Hernández Vergel ; M.Sc. Dulce Maria Zequeira Betancourt; M.Sc. Amauri de Jesús Miranda Guerra. 2010:26(1)30-41.

Documentos On Line

ARAYA JESSICA – ALCIA SALGADO (2005) “Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma” ISSN 1409-1992/2005/26/1/5-12 *Enfermería en Costa Rica*. Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

BARBOZA, CAMPOS, M. (2008). *Teoría de Imogene de King*. Perú. Recuperado de : <http://www.scribd.com/doc/8799386/Monografía-de-Imogene-de-King11>.

CISNEROS G. F. (2005). *Teorías y Modelos de Enfermería y su aplicación*. Recuperado de <http://artemisa.unicauca.edu.co/-pivalencia/archivos/TeoriasYModelosDeEnfermeriaYSuAplicacion.pdf>

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERIA, CIE (2009). Ginebra, Suiza.

Datos extraídos de la página oficial de la provincia de Neuquén: http://www4.neuquen.gov.ar/salud/index.php?option=com_content&view=article&id=80&Itemid=197

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Diccionario de la lengua española. Edición 22. <http://www.rae.es/rae.html>

JORGE ARAUJO, PEDRO. (2009) Biblioteca Lascasas, Manual básico para la elaboración de un proyecto de graduación en enfermería. 2009; Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0494.php>

MORENO, ELSA; NIR MERINO, María Eugenia; QUILAQUEO, Daniel; SAIZ, José Luis (2008). Facultad de Educación. Universidad Católica de Temuco. Rev. Signos, Valparaíso, V. 41, N° 67. "Una tipología del discurso de discriminación percibida en mapuches de Chile" http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-09342008000200011&script=sci_arttext

ENBERG, OLGA y PERRONE, NESTOR (2006) Buenos Aires: Evaluación del sistema de salud público de la provincia del Neuquén, CEAEL, Gobierno de Neuquén 2005- 2006.

REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2001). Diccionario de lengua española. Edición 22°. Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

ROMERO TORRES MC. (2008) Biblioteca Lascasas, La transculturalidad es parte de la evidencia del cuidado de enfermería. 4(3). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0350.php>

ROMERO B., MARIA NUBIA (2009): *Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. Research, Nursing Care and Cultural Diversity*. Index de Enfermería versión impresa ISSN 1132-1296 Index Enferm v.18 n.2 Granada abr.-jun. 2009 <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200007>

TORRES, S., GONZALEZ BONORINO, A. Y VAVILOVA I. (2010). La Cita y Referencia Bibliográfica: guía basada en las normas APA. 2º Edición Buenos Aires. Recuperado de <http://www.uces.edu.ar/biblioteca/citas-bibliograficas-APA-2010.pdf>

Tesis

ARAYA-CLOUTIER J., ORTIZ SALGADO A. (2005). "Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma". ISSN 1409-

1992/2005/26/1/5-12 Enfermería en Costa Rica. Colegio de Enfermeras de Costa Rica.

GALAO MALO, ROBERTO (y otros) , *Evidentia*, enero-abril. 2005 ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término <http://www.index-f.com/evidentia/n4/99articulo.php>

HERNANDEZ VERGEL L.L.; M.Sc. ZEQUEIRA BETANCOURT, D.M.; M.Sc. MIRANDA GUERRA A. La percepción del cuidado en profesionales de enfermería. Care perceptions of nursing professionals. Revista Cubana de Enfermería. 2010:26(1)30-41 <http://scielo>.

LAGARES VALLEJO, E. (2008).Percepción de las actividades de enfermería en atención primaria. España. Recuperado de http://fondosdigitales.us.es/media/thesis/721/s_TD_202.pdf

MELGUIZO HERRERA E. Y ALZATE POSADA M.L. (2008) Creencias y prácticas en el cuidado de la salud, *av.enferm.*, XXVI (1): 112-123.

RAMIREZ PERDOMO C.A., PARRA VARGAS M. (2011).Percepción de los comportamientos del cuidado de enfermería en la unidad de cuidados intensivos. *ev.enferm.*, XXIX: 97-108.

ROMERO B., M.N. Investigación, Cuidados enfermeros y Diversidad cultural. *Index Enferm* [online]. 2009, vol.18, n.2 [citado 2014-06-22], pp.100105 Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000200007&lng=es&nrm=iso>.ISSN1132-296.<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962009000200007>

ULLOA SAAVEDRA VICTORIA (2012): "*Percepción de los usuarios acerca del rol enfermero*". *Universidad Nacional del Comahue*.

ANEXOS

Entrevista a Enfermeros del Hospital de Plottier

La presente cédula tiene como objetivo reunir información acerca de las percepciones que poseen las enfermeras de Pediatría del Hospital de Plottier

Tesista: Enfermera Corzo Paola

97

respecto de los cuidados interculturales, en especial del grupo de los niños de origen Boliviano.

Datos sociodemográficos

Edad:

Procedencia:

Título:

Antigüedad en su cargo:

Tareas que realiza:

Asistencial: Jefatura:.....

Datos sobre cuidados interculturales

1. ¿Cómo planifica sus actividades, para brindar el cuidado a niños de otras nacionalidades?

Fotos

Fotos:



Hoja de Firmas



Lic. Andlón Graciela
Directora de tesis



Enfermera Corzo Paola
Tesista