

CARRERA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE TALLER DE TRABAJO FINAL

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Experiencias sobre el cuidado enfermero

Estudio fenomenológico a realizarse con los pobladores de barrio Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, primer semestre del 2022

Asesoras Metodológicas:
Prof. Esp. Valeria Soria
Lic. Daniela Mamani

Autora:
Martínez Moore, María Candela



Córdoba, marzo del 2021

DATOS DE LA AUTORA:

Martínez Moore, María Candela: Enfermera Profesional, egresada de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC) en el año 2018.

Desde 2018 cumple la función de coordinadora del Centro Barrial Galpón María Madre, Hogar de Cristo, en la localidad de Cosquín de la provincia de Córdoba.

AGRADECIMIENTOS:

A Karen, por acompañarme en mis primeros pasos de este proyecto de investigación.

A Patricia, por darnos a conocer el maravilloso mundo de la investigación cualitativa y motivarnos a sumergirnos en él.

A la Familia Grande del Hogar de Cristo que me permitieron abrir los ojos y el corazón a las realidades de los barrios.

A Aldana y Gabriela, quienes me escucharon y brindaron información que contribuyó de manera significativa en este proyecto.

A Dios por esta hermosa vocación que me concedió de cuidar a los demás.

A mi familia y amigos que me acompañaron durante todo este arduo proceso.

ÍNDICE

Prólogo.....	5
Capítulo I: El tema de investigación	7
Construcción del objeto en estudio	7
Definición del problema.....	22
Justificación.....	23
Marco referencial.....	25
Conceptualización de la variable.....	46
Objetivos	48
	49
Capítulo II: El diseño metodológico	
Encuadre metodológico.....	49
Esquema de la variable, dimensiones y subdimensiones.....	51
Sujetos.....	52
Estrategias de entrada al campo.....	53
Procedimiento de entrada al campo.....	54
Organización, procesamiento y análisis de información.....	54
Plan de presentación de datos.....	55
Cronograma de actividades.....	57
Presupuesto	58
Referencias Bibliográficas.....	59
	71
Anexo	
Consentimiento informado.....	71
Instrumento de recolección de datos.....	73
Tabla matriz	76

PRÓLOGO

Para millones de personas alrededor del mundo, hoy en día el acceso a la salud es inadecuado o nulo en contraste con sus necesidades. Siguen persistiendo barreras estigmatizadoras y discriminatorias que obstaculizan el pleno goce de derechos de las personas, es aquí donde se plantea la brecha de la inequidad, haciendo foco en aquellos grupos que se encuentran en situaciones desfavorables.

En consecuencia, el sector salud termina siendo receptor primario de las necesidades de la población y es éste el que tiene mayores posibilidades para disminuir las desigualdades, favoreciendo el acceso con un trato justo y equitativo a las personas que concurren a él.

Por este motivo, se manifiesta la relevancia del rol de enfermería para mejorar la situación de los grupos vulnerables durante la atención sanitaria, ya que

(...) la enfermera tiene una función relevante como agente de cambio para proporcionar promoción y prevención a través de acciones específicas a todos los niveles del sistema de salud, especialmente a las personas cuyos derechos y necesidades son ignoradas por su condición social y que a veces son invisibles en nuestra sociedad. (Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2016, pp.48-49).

En relación a esto, en la ciudad de Cosquín encontramos dos barrios como San José Obrero y Alto Mieres, donde abundan las situaciones de vulnerabilidad y estigmatización.

Al mirar estos dos grupos poblacionales y reflexionar sobre la vulnerabilidad, accesibilidad, inequidad, pobreza, respeto por los derechos y la relación que tiene enfermería con todo esto, surge como objetivo general del proyecto de investigación: *Conocer las experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022.*

De modo que, la elaboración de este estudio contribuirá a aumentar la información científica existente sobre la temática y posibilitará analizar el arte de cuidar desde un lugar poco común, desde la mirada de los sujetos vulnerados. Esto será un punto

de partida para profundizar sobre la posición que toman los profesionales de Enfermería en la atención de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

La investigación se realizará a través del método cualitativo, con enfoque fenomenológico, al indagar sobre la experiencia de las personas, se aplicará un método que aborde los sentimientos y visiones de los entrevistados.

Se definió la variable como: **“Experiencias sobre el cuidado enfermero”**, abordando como dimensiones: *comunicación y relación transpersonal con enfermería, cuidados culturalmente congruentes y accesibilidad al cuidado enfermero.*

La muestra de sujetos para el estudio se realizará por conveniencia y estará comprendida por individuos pertenecientes a grupos vulnerables habitantes de los barrios Alto Mieres y San José Obrero, que cumplan las condiciones establecidas.

Las estrategias de entrada al campo serán a través de fuentes primarias de información, la técnica seleccionada será la entrevista y el instrumento a utilizar será la cédula de entrevista con preguntas abiertas, elaborada por la autora.

El proyecto se organiza en tres secciones: preliminar, cuerpo y anexo. La sección cuerpo, se divide en dos capítulos: I El tema de investigación que contiene: la construcción del objeto en estudio, la justificación, el marco referencial, la conceptualización de la variable y los objetivos y II El diseño metodológico que abarca: el encuadre metodológico, los sujetos, la estrategia de entrada al campo, el procedimiento de entrada al campo, la organización, procesamiento, análisis y presentación de información, el cronograma, el presupuesto y las referencias bibliográficas. Por último, en la sección anexo se encuentra el consentimiento informado, el instrumento de recolección de datos y la tabla matriz elaborada por la autora.

Finalmente, este proyecto de investigación adhiere al pensamiento de Torralba, quien manifiesta en su séptima tesis sobre el cuidado que “(...) la vulnerabilidad es la fuerza motriz del cuidar, la causa indirecta de dicha actividad; pero precisamente porque somos vulnerables, nuestra capacidad de curar y de cuidar no es ilimitada (...).” (Torralba, (s.f.), p.4).

CAPÍTULO 1: EL TEMA DE INVESTIGACIÓN

CONSTRUCCIÓN DEL OBJETO EN ESTUDIO

A pesar del gran progreso que tenemos como sociedad y civilización, el creciente desarrollo tecnológico, la globalización, el rápido viaje que hace la información y permite la comunicación en el mundo entero, los acuerdos internacionales y los progresos científicos, siguen existiendo y reapareciendo problemas que surgieron hace décadas y todavía no es posible resolverlos, lo cual impide mejorar como sociedad.

Uno de los problemas que obstaculiza mejorar, y en el que se intentará trabajar profundamente en este proyecto, es la vulnerabilidad, entendiendo que

(...) encierra una notable complejidad. Vulnerabilidad es, (...) desde la posibilidad de un humano de ser herido hasta la posible intromisión en un sistema informático. (...) es una característica de lo humano que parece evidente desde una perspectiva antropológica, (...) en tanto que posibilidad del daño, es considerada la misma raíz de los comportamientos morales, al menos de aquellos en que el énfasis se sitúa en la protección y en el cuidado, más que en la reclamación de derechos. Y además, (...), la vulnerabilidad se ha ido asociando no sólo con las condiciones del individuo sino, cada vez más, con las condiciones del medio (ambientales, sociales o de otro tipo) en que su vida se desarrolla, dando lugar a la necesidad de incorporar los aspectos socioculturales en la comprensión de este concepto. De ahí que se hable, frecuentemente, de poblaciones vulnerables, para referirse a aquellos grupos de personas que, a consecuencia de las condiciones del medio en que viven, están en una situación de mayor susceptibilidad al daño. (Feito, 2007, p.8)

La vulnerabilidad está muy presente hoy en día, visto que se encuentran innumerables situaciones que predisponen a que las personas se encuentren en riesgo, ya que “Una persona es vulnerable porque puede ser lesionada (...)” (Rodríguez Vignoli, 2001, p.17) por tanto, esta condición de vulnerabilidad atañe a muchas vidas.

Al abordar la vulnerabilidad, resulta necesario caracterizar a las personas que viven este fenómeno, para poder identificarlas y comprenderlas mejor.

Las personas consideradas vulnerables, reúnen una serie de características que las introduce en tal categoría, como “desventajas sociales y demográficas (...)” (Rodríguez,

2000), carencia de poder (...) (Bustamante, 2000), debilidad, desventaja o problemas para el desempeño y la movilidad social de los actores (...), (Citado en Rodríguez Vignoli, 2001, p.18), “problemas estructurales de inserción laboral(...), ausencia de amplias redes de protección social (...), carencias de (...) conocimientos, habilidades, experiencia, acceso a capital, etc. (...)” (Weller, 2009, p.7) y “tienen disminuidas, por distintas razones, sus capacidades para hacer frente a las eventuales lesiones de sus derechos básicos, de sus derechos humanos, (...) condiciones de clara desigualdad material.” (Beltrão, Monteiro de Brito Filho, Gómez y Pajares, 2014, pp.13-14).

Todas las características expuestas justifican un trato distinguido para tales personas, al tener disminuida su capacidad para defender sus derechos, demandan una atención especial y el equipo de salud no debería hacer caso omiso a esto.

Por otra parte, para abordar la vulnerabilidad es necesario mirar todas las aristas que posee este fenómeno tan acaparador. Analizar todos los conceptos y los factores que intervienen en este tema complejo, significativo y dinámico, que por sus condiciones exige un abordaje holístico e integral.

Un concepto trascendental para abordar esta temática son los derechos humanos (DD.HH.) definidos como “(...) derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de raza, sexo, nacionalidad, origen étnico, lengua, religión o cualquier otra condición.” (Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, citado en Naciones Unidas, (s. f., p.2).

Considerando lo citado, dentro de los derechos económicos, sociales y culturales se asegura el “derecho a la protección social, a un nivel de vida adecuado y al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.” (Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales,1976, citado en Naciones Unidas, (s. f., p.7).

Así mismo, en la ciudad de Buenos Aires, Argentina, en 2012 se publicó la Ley 4036 de Protección Integral de los Derechos Sociales para los ciudadanos. En los Art. 1 y 2 de la Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se hace mención al hecho de priorizar el acceso de los grupos vulnerables a las prestaciones de políticas sociales que brinde el Gobierno y se reconocen integralmente los derechos y garantías expuestas en la

Constitución Nacional y los Tratados Internacionales a los que adhiere Argentina. (Legislatura de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2012, párr.1).

La Declaración Universal de los DD.HH. en conjunto con las leyes nacionales y provinciales, garantizan el acceso a la salud y la atención de las necesidades de la población, pero existen múltiples factores que influyen negativamente en ellos, dando como resultado situaciones que imposibilitan la equidad, la cual se define de la siguiente manera:

La equidad es un término que hace referencia a la igualdad de oportunidades para toda la población, sin distinción de ningún tipo, es recibir salud de calidad, para satisfacer sus necesidades, si esto no se logra debido a factores sociales o evitables se le denomina inequidad en salud (Whitehead & Dahlgren, 2006, citado en Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2016, p.44).

Un artículo muy interesante elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2017 refiere lo siguiente:

El derecho al “grado máximo de salud que se pueda lograr” exige un conjunto de criterios sociales que propicien la salud de todas las personas, entre ellos la disponibilidad de servicios de salud, condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El goce del derecho a la salud está estrechamente relacionado con el de otros derechos humanos tales como los derechos a la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la no discriminación, el acceso a la información y la participación.

El derecho a la salud abarca (...) el derecho de acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar. (OMS, 2017, “Introducción” párr. 1 y 2).

Establecidos estos fundamentos, resulta esencial resaltar que para millones de personas alrededor del mundo, incluso en regiones de alto poder adquisitivo, hoy en día el acceso a la salud es inadecuado o nulo en contraste con sus necesidades. Es aquí donde se plantea la brecha de la inequidad, haciendo foco en aquellos grupos que se encuentran en situaciones desfavorables.

Si bien el cumplimiento de los DD.HH. está a cargo del Estado tanto a nivel nacional, provincial y regional, “la adopción de medidas orientadas a respetar y proteger

los derechos humanos afianza la responsabilidad del sector sanitario respecto de la salud de cada persona.” (OMS, 2017, “Introducción” párr. 3).

Por consiguiente, el sector salud termina siendo receptor primario de las necesidades de la población y es éste el que tiene mayores posibilidades para disminuir las desigualdades y favorecer un acceso y un trato justo y equitativo a las personas que concurren a él.

Por su parte, los profesionales de enfermería poseen 5 funciones básicas: asistencia, docencia, administración, investigación y asesoría.

En Argentina, la Ley del Ejercicio de Enfermería 24.004/91 y su Decreto Reglamentario No. 2497/93, son los que reglamentan el ejercicio de esta disciplina, como así también establece los deberes y derechos de estos profesionales. (Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2011).

Entre las incumbencias de los profesionales y licenciados en enfermería se destacan:

- 1) Plantear, implementar, ejecutar, dirigir, supervisar y evaluar la atención de enfermería en la prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.
- 2) Brindar cuidados de enfermería a las personas con problemas de salud de mayor complejidad asignando al personal a su cargo acciones de enfermería de acuerdo a la situación de las personas y al nivel de preparación y experiencia del personal. (...)
- 7) Planificar, implementar y evaluar programas de salud juntamente con el equipo interdisciplinario y en los niveles nacional y local.
- 8) Participar en la programación de actividades de educación sanitaria tendientes a mantener y mejorar la salud del individuo, familia y comunidad. (...)
- 18) Realizar todos los cuidados de enfermería encaminados a satisfacer las necesidades de las personas en las distintas etapas del ciclo vital según lo siguiente:
 - a) Valorar el estado de salud del individuo sano o enfermo y diagnosticar sus necesidades o problemas en el área de su competencia e implementar acciones tendientes a satisfacer las mismas.
 - b) Participar en la supervisión de las condiciones del medio ambiente que requieren los pacientes de acuerdo a su condición. (...)
 - d) Supervisar y realizar las acciones que favorezcan el bienestar de los pacientes. (OPS, 2011, pp.17-18).

Así mismo, en el artículo 10 de la Ley 24.004 se exponen como obligaciones:

(...) respetar en todas las acciones la dignidad de la persona sin ninguna discriminación; el respeto del derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte, prestar colaboración cuando sea requerida en casos de epidemias, desastres u otras emergencias, mantener la idoneidad profesional por educación permanente – aparece como derecho y obligación-, mantener el secreto profesional. (OPS, 2011, p.20).

Y entre las prohibiciones que establece el artículo 11, se resalta, la de “(...) participar, propiciar prácticas que signifiquen menoscabo a la dignidad humana”. (OPS, 2011, p.20).

Ahora bien, enfermería posee una función imprescindible al promover prácticas de vida saludable y prevenir las enfermedades en los diferentes niveles de atención, basando su práctica en la ética de enfermería; como así también, tiene una participación activa al gestionar la adaptación y aplicabilidad de políticas y programas nacionales, provinciales y municipales que disminuyen la inequidad en los cuidados a la población. (CIE, 2011, citado en Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2016).

En relación con esto, la enfermería comunitaria es el área que más incide en el aumento de oportunidades y condiciones de equidad para las personas. En estas áreas suele destacarse más que en otras, la labor de los profesionales de enfermería.

(...) la enfermera tiene una función relevante como agente de cambio para proporcionar promoción y prevención a través de acciones específicas a todos los niveles del sistema de salud, especialmente a las personas cuyos derechos y necesidades son ignorados por su condición social y que a veces son invisibles en nuestra sociedad. (Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2016, pp.48-49).

Otro de los aspectos en los que enfermería aporta hacia la equidad es al participar en las recomendaciones sobre política, mediante la elaboración del Documento de Posicionamiento para la Formación de Enfermería en Argentina (2020) por parte de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA), en la que exponen lo siguiente:

Desde AEUERA, consideramos central trabajar estas áreas estratégicas de cooperación internacional, y de desarrollo de líneas de investigación y

capacitación en las siguientes áreas prioritarias: a) la salud y atención materno infantil, (...) e) la salud mental y adicciones; todos esos considerados desde la perspectiva de abordaje que propone la salud comunitaria. (AEUREA, 2020, p.18).

En este breve ejemplo, se ve claramente la importancia de enfermería en el aporte de lineamientos o directrices para la generación de políticas, adaptadas a la realidad de manera tal, que repercutan y beneficien a la sociedad como así también, a los sujetos vulnerables que muchas veces están implicados en situaciones de adicción, maltrato familiar, lo cual condiciona su salud física, mental, psicológica y espiritual, en la que puede intervenir enfermería si tiene los conocimientos y las capacidades necesarias para hacerlo.

Por todo lo anteriormente expuesto resulta paradójico reconocer que, aun en pleno siglo XXI donde el enfoque de derechos humanos ha sido prioritario para muchos países y organizaciones a nivel mundial, la situación actual política, económica y social de Argentina hace que resalten aún más estos grupos desfavorecidos y provocan un retroceso y entorpecimiento del pleno goce de derechos inherentes a todas las personas.

El sector salud, sigue subsistiendo en una crisis crónica, donde existen recursos y acceso para la atención sanitaria de ciertos grupos, pero no para todos de manera equitativa; y donde también siguen persistiendo barreras estigmatizadoras y discriminatorias que obstaculizan el pleno goce de derechos de las personas.

Por este motivo, se manifiesta la relevancia del rol de enfermería para mejorar la situación de los grupos vulnerables durante la atención sanitaria.

Así pues, el personal de enfermería puede contribuir a visibilizar las experiencias de grupos vulnerables sobre cuidados enfermeros recibidos, apelando a un posible factor de cambio para el futuro y derribando las barreras preexistentes.

Particularmente, en Latinoamérica las inequidades son sumamente visibles en algunos sectores, “la escasez de recursos sociales por parte de algunos grupos de población genera una exposición a mayores riesgos para la salud, en comparación con otros grupos poblacionales.” (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2010, citado en

Juárez-Ramírez, Márquez-Serrano, Salgado de Snyder, Pelcastre-Villafuerte, Ruelas-González y Reyes-Morales 2014, p. 284).

La situación de vulnerabilidad de múltiples grupos humanos en Argentina encuentra su origen en un proceso histórico complejo, aunque se acentúa en los distintos tipos de represión aplicados durante los gobiernos no democráticos (dictaduras y golpes de estado), donde la población exigía el cumplimiento de los derechos económicos y sociales, luego conquistados por las luchas populares.

Particularmente, en la provincia de Córdoba, dicha temática también fue estudiada por diversos organismos como el Centro de Investigaciones Participativas en Políticas Económicas y Sociales (CIPPES), el Observatorio de Trabajo, Economía y Sociedad (OTES), entre otras. Dichos organismos arrojan resultados muy interesantes:

- “Córdoba se ubica entre las provincias con mayor nivel de pobreza después de Chaco, Corrientes y Santiago del Estero.” (CIPPES, 2019, p.2).
- “La tasa de pobreza alcanza al 56,65% de los cordobeses, lo que significa que hay 579 mil personas que no cuentan con estrategias propias de supervivencia, en hogares golpeados por la inflación, el desempleo y la vulnerabilidad social.” (CIPPES, 2019, p.2).
- “Para 2019, el 35% de los hogares no tiene cobertura de salud. Esto equivale a aproximadamente 520 mil personas del aglomerado que no cuentan con obra social, PAMI, mutual, prepaga ni algún servicio de emergencia.” (OTES, 2020, “Accesibilidad”, párr. 2).
- “El precio de los medicamentos y de las prepagas aumentan por encima del promedio de las remuneraciones haciendo que aquellas personas que no tienen cobertura de salud encuentren aún más dificultoso el acceso a ella. (OTES, 2020, “Accesibilidad”, párr. 7).
- “El presupuesto total del Ministerio de Salud, descontando los efectos de la inflación, aumentó 55% en los últimos 10 años.” (OTES, 2020, “Los recursos públicos”, párr. 3).

Todos estos datos, revelan la gran implicancia que tiene la política y el gobierno en la atención sanitaria y en su accesibilidad, como así también las situaciones

socioeconómicas de la población, repercuten en la supervivencia, afectando a una de sus dimensiones más importantes que es la salud.

Por lo que se refiere a las ciudades del interior, difieren algunas cuestiones con respecto a la capital, entre ellas, las políticas de aplicación de los programas, las acciones que se llevan a cabo a nivel sanitario y el actuar del equipo de salud.

En la provincia de Córdoba, se encuentra ubicada al oeste, la ciudad de Cosquín que se distancia a 50 Km. de la capital, con 19.458 habitantes según censo del 2010 realizado por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

En la ciudad de Cosquín encontramos dos barrios como San José Obrero y Alto Mieres. Hay que destacar, que son en gran parte precarios, con calles de tierra, alejados del centro de la ciudad, con pocos servicios y discriminados por la mayoría de la comunidad coscoína. La expresión “vivo en Barrio San José” conlleva una carga ideológica, social y cultural que deriva casi siempre, en un prejuicio negativo sobre la persona. Se observa que los ciudadanos tienden a calificar mediante su mirada a las personas que desentonan de lo “normal”, ya sea por su vestimenta, vocabulario, aspecto o lugar de procedencia y así, los apartan de muchos derechos, obstaculizando o impidiendo su acceso a lugares para satisfacer sus necesidades básicas como, por ejemplo, el acceso sanitario.

Con respecto a las características sociodemográficas de la población, ambos lugares son de escasos recursos, con empleos inseguros o desempleados; existe una alta deserción escolar en nivel primario y secundario lo cual disminuye las posibilidades laborales de los habitantes. Estas poblaciones se caracterizan por alojar inmigrantes provenientes de Córdoba capital y Paraguay, entre otros. Las casas son en su mayoría precarias, ya que las construyen ellos mismos con lo que tienen o pueden conseguir (chapas, plástico, botellas) y en su minoría son de material.

En cuanto a las instituciones sanitarias, en el Barrio San José se encuentra el Centro Integrador Comunitario (CIC) que contempla los servicios básicos de Atención Primaria de la Salud (APS). En cambio, Alto Mieres se encuentra colindante con el B° Atrás donde se ubica el Hospital Dr. Armando Cima, siendo éste, el único hospital de la ciudad. Cada uno de los arrabales cuenta con Centros Barriales pertenecientes a la Federación de Hogar de Cristo, los cuales abordan situaciones de vulnerabilidad social y consumo problemático de sustancias.

El Hospital Domingo Funes, se encuentra a 7,5km. de ambos barrios, en la ciudad de Santa María de Punilla. Es un centro de referencia regional, Nivel II, de carácter público y atiende a todo el Valle de Punilla, incluso Cruz del Eje y provincias cercanas. Es de carácter polivalente, aunque actualmente, se encuentra abocado exclusivamente en la recepción de pacientes con COVID-19.

Se consultó de manera informal a algunos referentes claves de ambos grupos poblacionales en estudio acerca del trabajo que realizaba el equipo de salud y sobre las instituciones sanitarias a las que concurren, y ellos manifestaron lo siguiente:

- El Hospital no recibe los recursos adecuados, tiene escasos insumos para trabajar correctamente, *“no hay ni algodón”* (Varón de 30 años). Por lo cual, sus apreciaciones de la institución suelen ser negativas y prefieren, si está dentro de sus posibilidades, atenderse directamente en la capital.
- Sentirse *“abandonados”* por el equipo de salud que dejaron de atenderlos y tratarlos, sin recibir derivación alguna y advertidos de no acudir a la institución si no es por síntomas de COVID-19. *“Me dijeron que no vaya más, me tenía que hacer análisis porque tengo lupus y me sentía mal, le dije a la médica y me dijo que no me podía atender en el hospital, pero tampoco me mandó a ningún otro médico (...) los enfermos crónicos fuimos abandonados por el hospital.”* (Mujer, 47 años).
- Haber sido maltratados alguna vez por el personal de salud. *“Me atendieron re mal (...) no respetaron el horario del turno y encima me retó porque no le había tocado la puerta, qué sabía yo que tenía que hacer eso.”* (Mujer, 27 años).
- Haber recibido medicación sin saber realmente qué era o porqué se la colocaban, recibir un tratamiento sin saber o entender el diagnóstico, *“No sé que me pusieron, yo sólo quería que me pichicatearan para poder irme”*. *“No me dijo que tenía, me dijo que orinar sangre era normal, que me fuera a mi casa”* (Mujer, 23 años).
- Sentirse una *“molestia”* al atenderse en el hospital, no haber contado con el tiempo suficiente en una consulta médica, salir del hospital más confundido de lo que estaba. *“Ni me toco, me revisó así nomás (...), no me dijo qué presión tenía”*. (Mujer 27 años).

- Sentirse en una posición inferior al personal sanitario por no entender lo que le estaba diciendo, sentirse discriminado por su vestimenta, entre otras.

En síntesis, abundan las situaciones de vulnerabilidad y estigmatización, por lo que se observa:

- Disparidades socioeconómicas en relación con la población coscoína.
- Abundantes situaciones de discriminación y estigmatización entre sus pobladores.
- Condiciones habitacionales deficientes en los grupos más pobres que predisponen a la enfermedad.
- Contención de los grupos vulnerables por parte de los Centros Barriales del Hogar de Cristo.
- Desinformación sobre las actividades que realizan los profesionales de la salud.
- Apreciaciones negativas respecto al Hospital de referencia zonal por parte de los pobladores de los barrios que refieren falta de insumos y recursos en el mismo.
- Maltrato de algunos profesionales sanitarios en la atención a la población.
- Sentimientos de molestia, inferioridad, abandono y discriminación por parte de los dos grupos poblacionales en estudio.

De lo observado anteriormente surgen los siguientes interrogantes: ¿Existen barreras que obstaculicen la asistencia sanitaria a los grupos vulnerables? ¿Cómo cuida enfermería a los grupos vulnerables? ¿Qué importancia tiene el aspecto del paciente para los profesionales de enfermería? ¿Influye en los cuidados que se brindan?

¿Qué experiencias tienen los grupos vulnerables con los cuidados recibidos por enfermería? ¿Pueden clasificarse como positivos o como negativos? ¿Qué tanto repercute la vida de los pobladores? Los grupos vulnerables, ¿se sienten estigmatizados frente a los profesionales? ¿Cuál es el efecto de la discriminación en los sujetos por parte del equipo de salud? ¿Sienten diferenciación de cuidados respecto al resto de la población coscoína?

Con el fin de dar respuesta a los interrogantes planteados se recurrió a la búsqueda bibliográfica de antecedentes y consulta a expertos.

En relación con el interrogante sobre la existencia de barreras que obstaculicen la asistencia sanitaria a los grupos vulnerables, se plantea que “la sociedad construye representaciones sociales que cuando persisten durante un largo periodo de tiempo se convierten en criterios para juzgar, estereotipar, estigmatizar y discriminar.” (De Mesquita, 2015, citado en Sanz Gómez, 2019, p.5), y que “en muchos casos, las enfermeras, igual que la sociedad, muestran puntos de vista estereotipados.” (Cremonini V. y otros, 2018, citado en Sanz Gómez, 2019, p.6). Es por eso que muchas veces el cuidado enfermero se ve influenciado por estos puntos de vista estigmatizadores y así, crean barreras que obstaculizan la asistencia sanitaria.

En España se realizó un estudio de grado, el cual revela que “existen barreras en la asistencia sanitaria a personas transgénero que repercuten en la calidad asistencial (...). Estas son, principalmente, la discriminación social que sufre este colectivo y la falta de formación de los estudiantes y profesionales.” (San Román de la Puente, 2018, p.28). Una vez más, se remarca la importancia que tiene la formación profesional y su influencia en el trato a los pacientes.

Así mismo, un estudio actual sobre estigmatización a adolescentes embarazadas, expone que “(...) la estigmatización del embarazo adolescente se debe a que prevalecen los estereotipos moralistas y sancionadores que generan barreras relacionadas con los derechos de la salud, desarrollo social y de salud para las futuras madres precoces.” (Chávarry Ysla, 2020, p.10).

Por consiguiente, se ve en estos ejemplos como la discriminación, estigmatización y prejuicio crean barreras que obstaculizan el pleno goce de los derechos, entre ellos el derecho a la salud.

Respecto a cómo cuida enfermería a los grupos vulnerables, desde la percepción ética como profesionales de salud no puede ignorarse que

(...) al atender a un paciente se debe tener en cuenta que es parte de una sociedad, de una familia, que tiene costumbres, hábitos y creencias, considerando esto, la atención de enfermería primordialmente debe basarse en brindar cuidado a un ser humano con intereses, inquietudes e incertidumbre y la práctica de enfermería basada en la ayuda benéfica y

ayuda al paciente y su familia al tener en cuenta necesidades probables o mostradas y enfrentar el proceso en sí de la enfermedad, de probables complicaciones, de invalidez o incluso fallecimiento. (Ventura Elías y González Ortega, 2014, p.31).

Otro aspecto influyente en la manera de cuidar es lo aprendido por el profesional de enfermería. “El trato adecuado depende también en gran medida de la formación profesional que reciben los sanitarios.” (San Román de la Puente, 2018, p.16). Lo cual, resalta la importancia del contenido en los planes de estudio de enfermería y el valor con el que merecen ser tratados todos los aspectos referidos al respeto por el paciente y la ética profesional a lo largo de la educación brindada a los futuros profesionales de la salud.

Las respuestas al interrogante ¿cómo cuida enfermería a los grupos vulnerables? resultan insuficientes, ya que todas abordan cómo enfermería debería cuidar, pero no cómo lo hace realmente, es decir, se expresa en forma de deseo o expectativa la manera en la que se supone que todas las/os enfermeras/os tendrían que cuidar, pero no se expresa particularmente cómo lo hacen en la práctica diaria con estos grupos particulares, ni la opinión de éstos sobre el cuidado enfermero.

Al indagar sobre ¿Qué importancia tiene el aspecto del paciente para los profesionales de enfermería? ¿Influye en los cuidados que se brindan?; no se encontró información precisa que respondiera a dichos interrogantes, por lo que espero poder profundizar más en ellos luego de la entrada al campo.

En relación al interrogante sobre qué experiencias tienen los grupos vulnerables con los cuidados de enfermería recibidos y si pueden clasificarse como positivos o como negativos, un estudio que trata sobre mujeres colombianas con VIH, asegura: “Al respecto de las actitudes del personal de salud, estudios realizados con personal de enfermería, (...), describen los valores y prejuicios que aún hay presentes en este ámbito.” y que

Las enfermeras y los enfermeros no están exentos en muchas ocasiones de experimentar los miedos, tabúes y prejuicios que tiene el resto de la sociedad frente al VIH, sobre todo cuando no han sido sensibilizados y

educados para comprender y para tener un adecuado manejo de esta realidad. (Lafaurie y Zúñiga, 2011, p.325).

Por último, se refiere que “Las y los profesionales de enfermería, según la visión de las mujeres entrevistadas, pueden apoyar de múltiples formas a las mujeres que viven con VIH.” y que “el apoyo brindado por el personal de enfermería en procesos de acompañamiento y de soporte psicosocial es valorado con mucho aprecio por quienes lo han recibido.” (Lafaurie y Zúñiga, 2011, p.326).

A continuación, se puede visualizar la experiencia de otro tipo de vulnerabilidad en un estudio realizado sobre percepciones de padres de niños ciegos que afirma lo siguiente.

Para el padre puede ser valioso el acercamiento de la enfermera y de los demás profesionales de la salud, y percibir que ellos intentan comprender el impacto de la discapacidad del pequeño en su vida y, que están genuinamente interesados en ayudarlo a vivir con las limitaciones y exigencias de la discapacidad. (Morales Viana, 2016, p.338).

Por lo que se observa en los estudios citados, las experiencias de grupos vulnerables, pueden ser tanto positivas como negativas con el personal de enfermería.

En relación con qué tanto repercuten en la vida de los sujetos vulnerables los cuidados brindados por los profesionales de enfermería, se encontró en el estudio realizado por Lafaurie y otros lo siguiente:

Con una deficiente praxis del trabajo sanitario, se vulneran los derechos del paciente (...) a recibir una correcta atención sanitaria. El rechazo y “linchamiento silencioso” del que pueden ser víctimas las personas que viven con VIH/SIDA puede influir en el estrés y sobrecarga emocional, haciendo que puedan caer en una espiral depresiva, afectando incluso y disminuyendo sus defensas. (Lafaurie y Zúñiga, 2011, p.326).

Además, Morales Viana en su publicación expone un factor interesante acerca del apoyo enfermero: “Es evidente que el apoyo y cuidados del grupo multidisciplinario, especialmente el de la enfermera, podría propiciar una transición menos traumática y mejorar la adaptación de los padres a la discapacidad de sus hijos.” (Morales Viana, 2016,

p.338), lo cual demuestra que los profesionales de enfermería repercuten no sólo en la vida de los sujetos vulnerables sino también en sus familias.

Al indagar sobre si los grupos vulnerables se sienten estigmatizados frente a los profesionales de enfermería, se halló un estudio que trata sobre estigma y discriminación en APS por VIH el cual manifiesta que “el rechazo y la discriminación percibido por el usuario durante la detección, evita buscar un tratamiento y adherencia al mismo, por miedo a la estigmatización ya vivenciada.” (Cunha y otros, 2015, citado en Saucedo Pahuá, Huerta Baltazar, Alcántar Zavala, Ruiz Recéndiz, Jiménez Arroyo y Ávila Cazarez, 2018, p.29) y que “La credibilidad de los profesionales de salud se ve afectada por aspectos como la desinformación y estereotipos sociales, lo que genera actitudes estigmatizantes, que son percibidas por las personas seropositivas.” (Pantoja, 2014, citado en Saucedo Pahuá y otros, 2018, p.29), además,

La infección del VIH se asocia directamente a conductas de alto riesgo, y por ende, esto altera el comportamiento de los profesionales de la salud que se manifiestan en prácticas estigmatizadoras y discriminativas dirigidas con juicios negativos sobre su moral, conductas irrespetuosas e incluso dominadas al temor a contraer el virus (Barbosa, 2015, citado en Saucedo Pahuá y otros, 2018, p.29).

Chávarry Ysla señala en un estudio actual la experiencia de la estigmatización que sienten las adolescentes embarazadas. Uno de los resultados más impactantes de esta investigación, es que, de las adolescentes participantes del estudio, el “(...) 58 % afirmó haberse sentido discriminadas por el personal sanitario (...)” (2020, p.6), por lo cual la autora recomienda lo siguiente:

(...) hay que poner énfasis en el trato del personal sanitario frente a los pacientes y sus cuidados, de tal manera que se busquen mecanismos de capacitación, con el fin de mejorar la calidad de atención hospitalaria, dando importancia al cuidado holístico. (Chávarry Ysla, 2020, p.10).

Así pues, en cuanto a la estigmatización por parte del personal sanitario, “existe evidencia que en los equipos de salud existe estigma dentro de los profesionales (...)” y que “(...) a pesar de considerarse un bajo nivel de estigmatización, éste, influye negativamente en el proceso de recuperación de los usuarios.” Por lo tanto, se implora que “Los profesionales de salud deben cumplir un rol des-estigmatizador que ayude a

modificar las actitudes negativas que tiene la población general, la familia e incluso el propio usuario sobre sí mismo.” (Parra López, Ortiz Rebolledo y Moya Ahumada, 2017, pp. 126,129).

En lo que concierne a los efectos de la discriminación o prejuicio en los sujetos, se halló en el estudio de estigmatización a adolescentes embarazadas que “(...) la mayoría de veces, la adolescente demuestra sentimientos de aislamiento, porque percibe un sentimiento de rechazo por parte de su entorno cotidiano, haciéndola ocultar su embarazo, menoscabando su autoestima, lo que afecta emocionalmente a la madre y al feto.” (Chávarry Ysla, 2020, p.11).

Además, se visualizó en el estudio panameño sobre discriminación y estigmatización a pacientes con VIH que

Entre las consecuencias del estigma se encuentran los sentimientos de vergüenza, culpa y aislamiento (Aggleton, Parker y Malawa,2002); limita el establecer relaciones saludables (Varas y Toro, 2005); afecta la relación del paciente y su familia, evita el contacto casual e incluso no revelar el diagnóstico” (Salter, Go, Le Minh y cols., 2010) citado por Almanza (2012), Ventura Elias y González Ortega, 2014, p.27).

Otro artículo de interés sostiene que

La exclusión social tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de las personas y en muchas ocasiones se asocia a las experiencias de grupos marginales(...). Estas personas viven múltiples situaciones en las que no se les permite participar (...) afectando a varios sectores: laboral, relaciones interpersonales, sanitario, y medios de comunicación. (Greenwood, Mezey & Smith, 2018, p. 39).

Los efectos de la discriminación y estigmatización pueden ser devastadores, más aún si quien discrimina es un agente de salud, que naturalmente es quien debe hacer valer el derecho del acceso a la salud, al respeto y al trato digno de cualquier persona; “el estigma por parte del personal de la salud tiene grandes implicaciones en la calidad del servicio el cual hace que las personas VIH positivas no acudan oportunamente a los servicios de salud.” (Tamallo y otros, 2015, citado en Saucedo Pahua y otros, 2018, p.29).

En relación al interrogante sobre si los grupos vulnerables sienten diferenciación de cuidados respecto al resto de la población coscoína no se encontró

información precisa. Sin embargo, se encontraron algunos estudios que resultan interesantes para el análisis de este interrogante.

En cuanto a la diferenciación del cuidado que brindan las enfermeras, un estudio realizado en Panamá que aborda la estigmatización y discriminación asegura que

(...)los profesionales de la enfermería deben brindar cuidados de manera individualizada es decir acorde a las necesidades y al estado de la salud de cada una de las personas que atiende; dichos cuidados deben tener la característica de ser lo encaminados a comprender la enfermedad que se padece, así como la importancia del tratamiento que se está recibiendo; por otra parte se contribuirán a brindar un soporte afectivo a cada una de las personas que lo requieran respondiendo de manera comprensiva y empática, dejando de lado los juicios personales, y estimulando a la familia a la atención, afecto y soporte. (Ventura Elias y González Ortega, 2014, p.32).

Finalmente, luego de la búsqueda y análisis de artículos científicos relacionados con la temática en cuestión y la observación de la realidad, se evidencia el vacío de conocimientos respecto a las experiencias sobre el cuidado enfermero desde la mirada de los sujetos vulnerables, por lo que se definió como problema a investigar:

Experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022.

JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta de investigación es de gran importancia científica, ya que, existe un enorme vacío de conocimiento en tanto a la percepción que tienen los sujetos de estudio en cuanto al cuidado brindado por el personal de enfermería.

La elaboración de este proyecto permitirá dar a conocer las experiencias que tuvieron estos grupos vulnerables con los profesionales de enfermería, es así que contribuirá a aumentar la información científica existente sobre la temática y posibilitará el análisis del arte de cuidar desde un lugar poco común, esto es, desde la mirada de los sujetos vulnerados. En efecto, lo anterior será un punto de partida para poder profundizar sobre la posición que toman los profesionales de enfermería en la atención de los grupos menos favorecidos de la sociedad, identificando (o no) características de inequidad.

Es de suma relevancia llevar a cabo este proyecto; considerando que conocer la concepción del cuidado enfermero que tienen los pobladores contribuirá significativamente a la construcción y gestión de nuevas propuestas de acción en la atención de enfermería basadas en el cuidado culturalmente congruente.

El estudio de esta temática, aportará a dar respuestas a la propuesta de AEUERA sobre las áreas estratégicas que consideran centrales trabajar, dado que, para poder analizar situaciones con este tipo de grupos, es esencial el abordaje que propone la salud comunitaria, y contempla situaciones referidas a la salud y atención materno infantil, la salud mental y las adicciones. (AEUREA, 2020).

Los resultados apuntarán a un futuro cuestionamiento disciplinar sobre el rol que se ejerce frente al paciente socialmente vulnerable, analizando si los cuidados brindados son congruentes con las necesidades percibidas visto que en el planteo del problema se demuestra que enfermería muchas veces utiliza puntos de vista estereotipados (Sanz Gómez, 2019) que obstaculizan la asistencia sanitaria.

Este proyecto también influirá de manera positiva a la formación enfermera, puesto que “la falta de formación de los estudiantes y profesionales” de enfermería en cuanto al trato digno, humanizado y sin ningún tipo de discriminación que merece cualquier persona repercute vigorosamente en el cuidado enfermero. (San Román de la Puente, 2018, p.28)

Así mismo, este proyecto de investigación podrá ser utilizado como disparador para futuros estudios sobre el tema.

Hay que destacar que, a nivel social, se espera un impacto positivo, puesto que se darán a conocer experiencias concretas que remarquen la importancia de la equidad en salud y destacará la riqueza de integrar miradas que tienden a ser socialmente desvalorizadas.

MARCO REFERENCIAL

La vulnerabilidad, es un tema muy complejo puesto que en ella se entrelazan diversos factores, conceptos, principios, creencias y valores como los derechos humanos, la equidad e inequidad, la accesibilidad, la pobreza, el estigma y la discriminación, las experiencias particulares de cada persona y otros, que interactúan de forma dinámica y condicionan o predisponen la vulnerabilidad.

Existen diferentes tipos de vulnerabilidad y conceptos relacionados a ella como “grupos vulnerables” o “vulnerabilidad social”, los cuales se desarrollarán posteriormente.

Todo esto, además se verá particularmente en el campo de la salud con todos los actores y factores que en él influyen como el equipo de salud, la enfermería, el cuidado, y algunas teoristas que se eligieron para abordar el tema.

Por lo que se refiere al término vulnerabilidad, se asegura que ella implica situaciones de discriminación, exclusión y marginación, lo cual corrompe e impide el pleno goce de derechos y garantías propias de todas las personas. En lo que respecta a sus características, mayormente significan circunstancias y rasgos permanentes en los sujetos de los cuales no pueden desprenderse fácilmente, ya que forman parte de su identidad. (Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2011).

Así pues, Feito manifiesta que la vulnerabilidad acarrea una gran complejidad y que puede referirse a la posibilidad de un daño y a la condición mortal propia del ser humano. (Feito, 2007). Además, asegura que existen dos tipos de vulnerabilidad humana:

(...) una vulnerabilidad antropológica, entendida como una condición de fragilidad propia e intrínseca al ser humano, por su ser biológico y psíquico; y una vulnerabilidad socio-política, entendida como la que se deriva de la pertenencia a un grupo, género, localidad, medio, condición socio-económica, cultura o ambiente que convierte en vulnerables a los individuos. (Feito, 2007, p.8)

Es decir, que en este proyecto se abordará mayoritariamente la “vulnerabilidad socio-política”, al referirnos a los grupos vulnerables.

En cuanto a la vulnerabilidad social, Pizarro (2001) expone lo siguiente:

(...) tiene dos componentes explicativos. Por una parte, la inseguridad e indefensión que experimentan las comunidades, familias e individuos en sus condiciones de vida a consecuencia del impacto provocado por algún tipo de evento económico social de carácter traumático. Por otra parte, el manejo de recursos y las estrategias que utilizan las comunidades, familias y personas para enfrentar los efectos de ese evento. (Pizarro, 2001, p.11)

Por su parte, los grupos en situación de vulnerabilidad son definidos como sectores poblacionales que por razones propias a su identidad y por acción u omisión del gobierno, se encuentran privados del ejercicio pleno de sus derechos fundamentales y de la atención y satisfacción de sus necesidades particulares. Son aquel grupo de personas que han sido o aún siguen siendo discriminadas y que necesitan de políticas activas que garanticen de manera equitativa el goce igualitario de derechos, a través del reconocimiento y respeto de la identidad, las condiciones y los requerimientos específicos de cada persona. (Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, 2011).

Otro aspecto particular de los grupos vulnerables, es que está conformado por personas que sufren dificultades, situaciones precarias u omisiones por sus condiciones de género, raza, condición económica, social, étnica, laboral, cultural, cronológica, lingüística y/o funcional, entre otras. La mirada que se tiene de estas personas, es generalmente negativa e incluso despreciativa o acusadora sobre ellas, lo que genera que se sientan responsables únicos de su situación y su desgracia. (Verdier, 1999, citado en Caballero Cala y Zapata Boluda, 2019).

Este conjunto de sujetos, “son los que suelen soportar la mayoría de los problemas sanitarios ya que no disponen de recursos y herramientas como el resto de personas que se encuentran en una situación de no vulnerabilidad (...)” (Caballero Cala y Zapata Boluda, 2019, p.635).

La situación de los grupos vulnerables varía en cada sociedad y en cada momento histórico, por lo cual, el Estado de turno debe definir para su país las políticas de inclusión apropiadas que le garanticen el ejercicio pleno de todos sus derechos.

Las desigualdades económicas y sociales son un efecto o resultado de la conformación de determinadas relaciones sociales y se inscriben al interior de relaciones históricas que son posibles porque dependen de unas prácticas que las condicionan. La transformación de esa realidad desigual depende también de la mutación de esas relaciones sociales consolidadas, de las cuales también participan las organizaciones y los actores colectivos. (Gatti, Villalba, Molina y Alegría, 2006, p.92).

La pertenencia a un grupo en situación de vulnerabilidad puede traer aparejada la obstaculización o limitación en el efectivo goce y ejercicio de los derechos fundamentales, así como también la posibilidad efectiva de acceder a la justicia. Es responsabilidad del Estado visibilizar los distintos grupos que se encuentran sujetos a estas situaciones y producir las políticas públicas adecuadas para superarlas.

El siguiente punto trata acerca de uno de los factores que influye en la vulnerabilidad: la ausencia de *derechos humanos*, los cuales, a su vez, son condicionados por muchos otros asuntos, como la globalización de la que formamos parte.

Los derechos humanos se han convertido en el reto del siglo XXI (..) tanto teórico como práctico. En primer lugar, nadie puede negar el gigantesco esfuerzo internacional realizado para llegar a formular jurídicamente una base mínima de derechos que alcance a todos los individuos y formas de vida que componen la idea abstracta de humanidad. (Herrera Flores, 2005, p.1).

En el mismo artículo se define que los derechos humanos, “más que derechos "propriadamente dichos" son procesos; es decir, el resultado, siempre provisional, de las luchas que los seres humanos ponen en práctica para poder acceder a los bienes necesarios para la vida.” (Herrera Flores, 2005, p.3).

A través del enfoque de derechos humanos instaurado a finales de los años 90 se logran integrar en diversas prácticas de desarrollo, los principios éticos y legales inherentes a los derechos humanos. En el campo de la salud específicamente, con este enfoque se empezó a considerar que “el acceso efectivo a la atención sanitaria mejora el sufrimiento cuando la persona enferma, se la protege, previene la evolución de su enfermedad, y ayuda a mantener su salud.” (OMS, 2006, citado en Whitehead & Dahlgren, 2006, p.8).

Se propone entonces, poder comprender a la salud como un derecho natural y social, es decir, natural por ser propio del ser humano, y social, porque el gobierno y la sociedad deben asegurarlo. Al entender a la salud de este modo, se trasciende el concepto de cuidado biológico-individual, para pasar a la relación entre las personas entre sí y con el Estado, es su condición de integrantes y residentes de un lugar específico. (Gatti y otros, 2006).

Es evidente que, con el enfoque de derechos, la equidad en el acceso a los servicios de salud debe definirse ampliamente y debe incluir “(...) desde la igualdad del derecho a la protección de la salud hasta la igualdad en la obtención de una atención sanitaria efectiva y de calidad.” (Urbanos-Garrido, 2016, p.29).

Resulta muy difícil cuidar desde una posición superior e imperativa, por lo que se alienta al ejercicio del cuidado con una mirada más inclusiva, comunitaria y holística para lograr un verdadero enfoque centrado en el respeto por los DD.HH.

Pensemos en la salud como un concepto que se construye en la esfera de los ideales sociales de una comunidad determinada y que incluye las contradicciones y avatares de un proceso histórico. De esto se desprende que este concepto está determinado por los proyectos colectivos e individuales de los integrantes de una comunidad y de la forma particular de resolver los conflictos. (Gatti y otros, 2006, p.73).

Pese a su obviedad, resulta necesario remarcar que: “Los enfermos necesitan defender sus derechos, pero no como enfermos sino como ciudadanos con “derecho a tener derechos”.” (Gatti y otros, 2006, p.73).

Si el derecho al acceso a la salud y a la atención sanitaria digna y de calidad se encuentra vulnerado, puede afirmarse la existencia de la *inequidad sanitaria*, la cual se identifica como aquellas desigualdades que pueden evitarse referidas a la salud en grupos poblacionales de una nación, o entre naciones. Son el producto de las diferencias de las sociedades y entre sociedades. Las condiciones socioeconómicas de una población inciden y determinan el riesgo de enfermar de sus habitantes y también afectan las medidas que pueden adoptarse para evitar que la comunidad enferme o para rehabilitarla. (OMS, 2008, citado en Whitehead & Dahlgren, 2006).

Otros autores, plantean que “La existencia de inequidades o diferencias prevenibles e injustas en salud es una realidad indiscutible.” (Espinoza y Cabieses, 2014, p. 46), que se encuentra presente en todo el mundo.

La inequidad surge como consecuencia a las diferencias de oportunidades del acceso distinguido a los servicios sanitarios, a una alimentación nutritiva, a una vivienda segura, entre otras. Las desigualdades en el estado de salud surgen como secuelas de la falta de equidad de oportunidades en la vida. (Salaverry García, 2013).

A continuación, se expondrán algunos fragmentos de un texto sumamente interesante de la autora Urbanos-Garrido. Ella expresa que “Garantizar un acceso equitativo abarca muchos frentes: cobertura de las necesidades percibidas y prestación de servicios adecuados, de calidad y coste-efectivos, para todo aquel que los precise.” (Urbanos-Garrido, 2016, p.25). Es por eso que este fenómeno tan amplio repercute en la responsabilidad de tantos.

Se sabe que la equidad no es nada fácil de lograr, pero tampoco es una utopía, “Pese a la amplitud del concepto, la garantía de la equidad no implica necesariamente que todos deban tener acceso a todo en todo momento.” (OMS, 2010, citado en Urbanos-Garrido, 2016, p.25).

Finalmente, la equidad en el acceso a la salud conforma una preocupación relevante para la OMS, particularmente por la importancia que tiene reducir las desigualdades sanitarias (Urbanos-Garrido, 2016), por lo que debería transformarse también en una preocupación para los gobiernos y los profesionales de la salud para poder, de una vez por todas, contribuir a la disminución de las inequidades en materia de salud.

Consecuentemente, se observa una estrecha relación entre inequidad y *accesibilidad*, por lo cual resulta importante consultar algunas definiciones de dicho término.

Se configura a la accesibilidad como algo más que sólo la presencia o disponibilidad de un recurso en un lugar y momento particular, incluye también a todas aquellas características del recurso que facilitan o dificultan su utilidad por parte de las personas. (Donabedian, 1973, citado en Frenk, 2014).

El acceso de servicios puede ser probado o medido, además de su presencia, por el nivel de utilidad en relación a las necesidades distinguidas por los propios sujetos. (Donabedian, 1972, citado en Soliz Rivero, 2016).

Un estudio realizado en Ecuador que trata la *accesibilidad a la atención de salud* a las personas mayores, afirma:

La Royal Society of Medicine considera que el acceso a los servicios de salud es un concepto complejo que se mide a través de “cuantificar las personas que necesitan atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan”. Se considera que el concepto de acceso debe abordarse cuando menos en cuatro dimensiones:

1. Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.
2. Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
3. La existencia de barreras para la utilización de los servicios.
 - a) Barreras personales. El reconocimiento por el paciente de sus necesidades de servicios y su necesidad de buscar atención médica representan el primer escalón para tener acceso a los servicios, así como las experiencias previas del paciente en condiciones similares y las expectativas que tiene en relación con el servicio.
 - b) Barreras económicas. Particularmente importantes cuando se trata de servicios del sector privado. A pesar de que los servicios públicos de salud por lo general son gratuitos, puede haber costos extra que no son tomados en cuenta ni siquiera en un esquema de aseguramiento, que los pacientes no pueden pagar como tiempo perdido por faltar al trabajo, transporte a las unidades médicas, atención dental y oftálmica, etcétera.
 - c) Barreras organizacionales. Diferimientos y tiempos de espera a causa de sobredemanda o una utilización ineficiente de los recursos.
 - d) Barreras sociales y culturales. Se refieren a las disposiciones sociales para acceder a los servicios de salud y los factores culturales de los individuos o grupos que limitan el acceso a los mismos.
4. Resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud (que se otorgue el

servicio correcto, en el tiempo correcto, en el lugar correcto y con el mejor resultado posible). La evaluación del acceso en función de los resultados en salud en relación con la disponibilidad y la utilización de los servicios pueden afectarse entre sí. (Fajardo-Dolci, Gutiérrez y García-Saisó, 2015, p. 182-183).

Podría resumirse entonces que se establecen tres tipos de acceso a la atención sanitaria: acceso geográfico (distancia entre establecimiento de las personas y las instituciones sanitarias), acceso económico (capital monetario, medios económicos) y acceso cultural, el cual hace referencia a “la aceptación y el respeto, aludiendo a las barreras culturales establecidas y percibidas por ciertos grupos de la población, y las actitudes negativas en cuanto al respeto y la dignidad de esos grupos por parte del personal sanitario.” (OMS, 2006, citado en Whitehead & Dahlgren, 2006, p.10).

Otro punto que es imprescindible hacer presente, es la situación de *pobreza* como un determinante fundamental de la vulnerabilidad social, la cual además incluye a una gran porción de la población mundial y suma negativamente al resto de los condicionamientos que impiden el goce de derechos.

Se expone que son causas de vulnerabilidad la edad, la discapacidad, la pertenencia a comunidades indígenas o a minorías, la victimización, la migración, la pobreza, y el género. (XIV Cumbre Judicial Iberoamericana de Brasilia, 2008).

Las grandes diferencias socioeconómicas de los distintos grupos poblacionales generaron enormes brechas culturales y de accesibilidad a la salud, las cuales, a su vez, obstaculizan el bienestar de los sectores más vulnerables, dejándolos expuestos a elevados niveles de inseguridad. Apenas saber que Latinoamérica, “(...) ha sido considerada por el PNUD como la región más inequitativa del mundo.” (PNUD, 2010, citado en Juárez-Ramírez y otros, 2014, p. 284), y que “La vulnerabilidad se ha constituido en un rasgo social dominante en América Latina.” (Pizarro, 2001, p.7).

Vale la pena decir que en Argentina según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) en el año 2019:

El porcentaje de hogares por debajo de la línea de pobreza (LP) alcanzó el 25,9%; en estos residen el 35,5% de las personas. Dentro de este conjunto se

distingue un 5,7% de hogares por debajo de la línea de indigencia (LI), que incluyen al 8,0% de las personas. (INDEC, 2019, p.3).

En la provincia de Córdoba una gran parte de las personas se encuentran bajo la línea de pobreza e indigencia. El Centro de Investigaciones Participativas en Políticas Económicas y Sociales (CIPPES) afirma que el 35,7% de los habitantes cordobeses se encontraban bajo la línea de pobreza en el segundo semestre del 2018, lo cual significa que hay 1.316.528 personas que tienen ingresos insuficientes para llegar a cubrir una canasta básica de productos. (CIPPES, 2019).

Teniendo en cuenta el factor pobreza, puede comprenderse que “se encuentran diferencias en la atención que reciben los pacientes con menores posibilidades, lo que diferencia la calidad de cuidado y el respeto que se les brinda.” (OMS, 2006, citado en Whitehead & Dahlgren, 2006, p.12).

Está comprobado que la escasez de recursos económicos produce discriminación, pero a la par, las barreras exclusivas que genera la discriminación entorpecen y/o impiden el acceso de las personas al trabajo o educación que pueden generar una salida de la pobreza. (Ordóñez Barba, 2018, p.9).

Diferencias en el resultado del tratamiento entre diversos grupos socioeconómicos también se observan, y dichas diferencias son consecuencia de las inequidades dentro de los determinantes sociales de la salud.

Respecto a esto, la OMS opina que para luchar contras las desigualdades sociales, resulta imprescindible que los países centren sus políticas públicas en modificar los determinantes sociales de la salud (DSS), y construyan políticas de salud que contemplen las necesidades específicas del lugar y de las comunidades, haciendo hincapié en los grupos sociales más vulnerables. Hay que destacar que el abordaje de los DSS que plantea la OMS busca acabar con las inequidades sanitarias mediante acciones multisectoriales. (OMS, 2013, 2014, citado en Juárez-Ramírez y otros, 2014).

Así pues, en un documento del CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) (2019) se plantea que:

Aunque no existe un consenso unánime sobre cuál es el nivel “aceptable” de desigualdad en las sociedades, las sociedades deciden, a través de pactos implícitos y explícitos, sus niveles de tolerancia a la desigualdad en determinadas dimensiones. Esos pactos se ven parcialmente reflejados en los derechos establecidos y los compromisos formulados por los actores involucrados. La pobreza puede así ser entendida desde la perspectiva de la desigualdad en el ejercicio de derechos como, por ejemplo, el acceso a un piso mínimo de ingresos, salud y educación. (Paolera, Biondi y Petrone, 2019, p.8).

Sobre las formas de medición de la pobreza, en Argentina se utiliza mayormente el enfoque “monetario”, basado en el ingreso, que calcula la pobreza mediante diferentes categorías (línea de pobreza, línea de indigencia). Aunque este método tiene ciertas limitaciones, la medición de la pobreza a través de dicho mecanismo sirve como base para estimar la pobreza en Argentina. Es por todos conocido, que la pobreza no sólo se refiere a carencias económicas, por lo cual resulta imprescindible desarrollar índices multidimensionales de la pobreza que abarquen otras dimensiones como la educación, la salud y una vivienda adecuada. (CIPPEC, 2019, citado en Paolera y otros, 2019).

A pesar de los datos que se recaban en estos censos, el artículo plantea como crítica que “no aportan a la discusión acerca del carácter estructural o crónico de la pobreza.” (CIPPEC, 2019, citado en Paolera y otros, 2019, p.11).

Otro de los aspectos que incide notablemente en la vulnerabilidad son las situaciones que padecen este grupo de personas al ser *estigmatizadas* y *discriminadas* por los demás, por lo que nos resulta interesante abordar sus conceptos e implicancias y los efectos que pueden generar ellas en las personas.

Sobre la construcción de los estigmas a nivel interpersonal:

Los griegos (...) crearon el término *stigma* para referirse a signos corporales con los cuales se intentaba exhibir algo malo y poco habitual en el status moral de quien los presentaba. (...) En la actualidad; la palabra es ampliamente utilizada con un sentido bastante parecido al original, pero con ella se designa preferentemente al mal en sí mismo y no a sus manifestaciones corporales. Además, los tipos de males que despiertan preocupación, han cambiado. (Goffman, 1963, p.13).

La discriminación tiene mayor incidencia entre las personas en condición de pobreza y, salvo algunas excepciones, es un comportamiento que se repite para la mayoría de los grupos vulnerables. Desde el punto de vista de las inequidades, (...) sugieren que la discriminación tiende a reforzar las desigualdades, que de por sí ya genera la pobreza, al establecer barreras de exclusión o imponer desventajas inmerecidas por motivos distintos a los de la situación económica de las personas. (Ordóñez Barba, 2018, pp. 4-5).

De acuerdo a Simbaqueba, (2012) señala que:

Existe una vinculación entre prejuicio, estigma y discriminación; comprendiendo el prejuicio como tener ideas anticipadas y pueden ser erradas de una persona surgiendo la posibilidad de hacer juicios sin tener ningún tipo de fundamento y de alguna manera se convierten en primera posibilidad de estigma hacia las personas, entendido en el significado tradicional como marca o signo de desgracia o descrédito, marca que no puede ser visible corporalmente y la marca social que se refiere al estigma de otras personas hacia una en particular. (Citado en: Ventura Elias y González Ortega, 2014, p.27).

El término discriminación, denominado también discriminación social se comprende conceptualmente como el trato diferenciado hacia determinadas personas y grupos y puede ser favorable o desfavorable. Otros autores opinan lo siguiente:

Es cuando se realiza una distinción contra una persona, y se traduce en un trato injusto sobre la base de su pertenencia (o la creencia de que pertenece) a un grupo particular y puede expresarse a nivel individual, de la comunidad o de la sociedad. (Miric, 2003, citado en Ventura Elias y González Ortega, 2014, p.28).

Se da por sentado que las prácticas y actitudes discriminatorias tienen una incidencia mayor entre las personas económicamente más débiles, (...) se reconoce a la condición económica de los individuos como una causal de discriminación, y la magnitud con la que se presentan ambos fenómenos permitiría conjeturar que su área de intersección es amplia. (Ordóñez Barba, 2018, p.4).

Entre las consecuencias negativas que reposan en los sujetos vulnerables, se encuentra también que la exclusión aparta a las personas de su dimensión humana, obstaculizando que se conviertan en sujetos de su proceso social. Hay que hacer notar que a los excluidos se les están negando no sólo sus derechos humanos, sino también su propia condición humana y la posibilidad de potenciarse como sujeto. (Gatti y otros, 2006).

Otra de las consecuencias desfavorables es que los prejuicios llevan a la aplicación de una etiqueta, que obliga a hacer una distinción (discriminación) en las relaciones e interacciones interpersonales y esas diferenciaciones generan lamentablemente, nuevos juicios, etiquetas y formas de discriminación injustificadas. (Ventura Elias y González Ortega, 2014).

Así mismo, el estigmatizado comienza a sentir que no sabe lo que las otras personas piensan realmente de él y durante los encuentros con los demás, la persona estigmatizada se siente expuesta, en exhibición, y es ahí cuando el individuo debe llevar su autoconciencia y su control sobre la impresión que genera hasta extremos y áreas de conducta que los demás no necesitan llegar. (Goffman, 1963).

Es cierto que la discriminación no se ejerce sólo en condiciones de pobreza, pero cuando se asocian ambos fenómenos, sus efectos repercuten de una manera más notoria y negativa, lo cual dificulta aún más el desarrollo de capacidades, acceso y aprovechamiento de oportunidades de llevar una vida sin violencia, rechazo y menosprecio. (Ordóñez Barba, 2018).

Por último, la fragmentación e individualismo de la política social, predispone la arbitrariedad de lo que deciden sobre las necesidades de otros. Esos otros están a una distancia muy grande de ser considerados sujetos de derechos para tomar sus propias decisiones sobre su salud y su vida, sino que son marginales que dependen de la autoridad del gobierno de turno. (Gatti y otros, 2006).

Una vez desarrollados algunos conceptos y definiciones de vulnerabilidad, junto a varios aspectos que inciden en ella como así también particularidades que genera esta situación, resulta evidente que estos sujetos menos favorecidos interactúan con diversos actores sociales, entre ellos, enfermería.

Esta disciplina se ocupa del cuidado de la persona en su proceso cambiante de salud y enfermedad, contemplando todas las dimensiones que la componen.

Las enfermeras tienen una larga historia de reconocimiento del vínculo entre la salud y los entornos en que las personas viven y trabajan, y una dedicación ya antigua a la defensa, el activismo y la política para mejorar los principales factores determinantes de la salud, como la vivienda, el

bienestar de los niños y el voto de la mujer. Ya en 1861 Florence Nightingale citaba “la conexión entre la salud y la vivienda de la población” como “una de las más importantes que hay”. (Reutter y Duncan, 2002 citado en CIE, 2011, p.38).

En el preámbulo del Código Deontológico del CIE se afirma una fuerte convicción respecto a las enfermeras y su respeto por los derechos humanos:

Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social. (CIE, 2012, p.1).

Parece evidente, pero hay que reconocer que el rol que desempeña enfermería es fundamental ya que significa un apoyo imprescindible para los sujetos de cuidado, como también un ejemplo de educación a nivel social y sanitario. (San Román de la Puente, 2018).

A pesar de que el respeto y la tolerancia son factores teóricamente inherentes a la práctica enfermera, el estigma y la discriminación están presentes en múltiples ocasiones al momento de cuidar.

Desde la perspectiva del cuidado de enfermería, el problema de estigma y discriminación debe mejorarse a través de la práctica del cuidado, ya que el cuidado de enfermería gira alrededor de la interacción humana (Beltrán, 2006) tomando en consideración que cada interacción es diferente y cada paciente experimenta el mundo y su cuidado según su propia existencia (Mejía, 2008), por ello se deben proporcionar individualmente, considerando la historia, cultura, creencias, espiritualidad y el medio socioeconómico en el que viven, por lo tanto practicar el cuidado es entrar al mundo vivencial de cada individuo o cada comunidad. (Ortega, 2002, citados en Ventura Elías y González Ortega, 2014, p.30).

Las barreras generadas por estigma y discriminación no son las únicas. Las barreras del lenguaje y las prácticas culturales de la minoría de los grupos, también pueden obstaculizar la aceptación del cuidado. Como sucede entre profesionales de la salud y pacientes con menor educación, donde el servicio de salud carece de conciencia y

entendimiento de las restricciones diarias en la vida de los pacientes en situaciones vulnerables, también aquí, aparece la cuestión de inequidad.

La inequidad en el acceso a la salud aparece principalmente relacionada con el estigma y la discriminación (...) y actúa como barrera social y comunitaria. (...) La autoexclusión y el estigma intragrupal han sido descritos (...) como generadores de altas prevalencias de depresión, consumo de sustancias y otros problemas psicológicos. (Operario Nemoto, 2010, citado en Zalazar, Arístegui, Cardozo, Sued, Rodríguez, Frola y Pérez, 2018, p.19).

Por este motivo, resulta importante la visibilización de dicha problemática. Es imprescindible cuestionarnos en qué lugar nos posicionamos para la atención de la salud y cómo se introduce en los lineamientos de las políticas institucionales, hay que tener en cuenta si se quiere trabajar desde una perspectiva universalista enfocada en los derechos o sólo se quieren dar respuestas focalizadas o asistenciales. Resulta fundamental reflexionar con qué grado de coherencia se interviene en lo social, repensar teóricamente desde qué marco conceptual se propone y hacia dónde se dirige la gestión pública de la institución en la que formamos parte. (Gatti y otros, 2006).

En la mayoría de los países del mundo la enfermera tiene una función relevante como agente de cambio para proporcionar promoción y prevención a través de acciones específicas a todos los niveles del sistema de salud, especialmente a las personas cuyos derechos y necesidades son ignorados por su condición social y que a veces son invisibles en nuestra sociedad. Para enfrentarse con los usuarios en condición de vulnerabilidad, es esencial invertir en las actividades de educación en la salud, con el objetivo de llegar al público en general o realizar acciones concretas para crear conciencia sobre un tema específico en favor de su bienestar en salud, esta actividad se constituye como eje prioritario dentro de sus actividades profesionales en el ejercicio de la defensa de la salud, en estas prácticas enfermería promueve los derechos humanos, el derecho a la vida, a la dignidad de los individuos y el trato digno (respeto a las personas). Favoreciendo el proceso de empoderamiento de los individuos, para convertirlos en miembros activos y co-responsables de su atención. (Arena y otros, 2012 citado en Espinosa, Gibert y Oria, 2016, p. 6).

Según la teorista Jean Watson (2005), “Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad.” (Citado en Raile Alligood, 2015, p. 84).

Watson, hace hincapié en la humanización del cuidado y la importancia que debe darle la enfermera a cada paciente, ya que afirma que las personas no pueden ser tratadas como objetos, ni pueden ser separadas del yo, de los otros, de la naturaleza y del universo. (Raile Alligood, 2015).

Anteriormente, se hace referencia a la humanización del cuidado, por lo que resulta necesario primero definir Cuidado, que resulta ser ontológicamente anterior a toda acción o estado del ser humano. La particularidad humana se apoya mayoritariamente en el cuidado, aún más que en la capacidad de razonar o en la voluntad que posee cualquier individuo. “Cuidar más que un acto, es una actitud.” (Boff, 1999, citado en Malvárez, 2007, p.525).

El origen del cuidado se encuentra cuando la presencia del otro despierta importancia en la persona, por lo que ésta se plantea participar de la existencia del otro. Es aquel modo de ser en el que un sujeto sale de sí para atender al otro y aparta sus propias necesidades de sí mismo para hacer que el otro tome relevancia. (Malvárez, 2007).

La valiosa teorista Madeleine Leininger, expone que el cuidado es el conjunto de fenómenos abstractos y concretos que se relacionan con vivencias de asistencia y apoyo que se tiene con los demás y que demuestren la necesidad de favorecer el estado de salud del sujeto, mejorar sus estilos de vida, ayudarlo a afrontar discapacidades o incluso la muerte. (Raile Alligood, 2015).

Comprendiendo este concepto, podemos adentrarnos ahora en el Cuidado de Enfermería:

El arte del cuidado es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado. (Benavent y otros, 2002, citado en Carlos Agustín, 2006, “Métodos”, párr.9).

La conceptualización de cuidado es entendida como la misión de la enfermera y su razón de ser para la sociedad, se observa la definición del cuidado como una acción monopólica, (...) la enfermera es la profesional que da diversos cuidados integrales al individuo en cualquier nivel de salud en que se encuentre. (Watson, 1997, citado en García Hernández, Cárdenas Becerril, Arana Gómez, Monroy Rojas, Hernández Ortega y Salvador Martínez, 2011, p. 77).

Según Kérouack (1996), los cuidados de enfermería se caracterizan por ser el resultado del análisis y pensamiento crítico, polivalentes, con un alto nivel de competencias técnicas, creativos, flexibles, pero también, de una gran sensibilidad en el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. (Citado en Monje, Miranda, Oyarzün, Seguel y Flores, 2018, p.2)

Particularmente, Leininger define a los cuidados enfermeros competentes con la cultura como:

(...) uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte. (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 411).

Finalmente, el cuidado humanizado se transforma en una filosofía de vida que se aplica en la práctica del arte de cuidar. Este tipo de cuidado, puede definirse como una actividad que precisa de un valor profesional y personal guiado hacia la conservación, mejora y autocuidado de la vida que se basa en una relación terapéutica y dinámica entre la enfermera y el sujeto de cuidado. (Guerrero-Ramírez, Meneses-La Riva y De la Cruz-Ruiz, 2016).

Varios autores definen el cuidado humanizado, centrándose en el enfoque integrado y holístico que requiere el acto de cuidar. Remarcan que es importante lograr un equilibrio entre los conocimientos científicos y los principios éticos y valores que guían la práctica de enfermería y que ellos deben estar siempre presentes en la base moral y filosófica del cuidado enfermero. (Monje y otros, 2018).

Así pues, resalta la importancia del factor humano en el cuidado. Watson, en base a su vasta experiencia, tanto personal como enfermera, logró identificar el factor humano como un componente imprescindible a la hora de brindar cuidados. (Monje y otros, 2018).

Surge entonces, trascendiendo el cuidado humanizado, la Relación de Cuidado Transpersonal, que se define como un “tipo especial de relación de cuidado humana —una unión con otra persona— muy respetada para la persona y su estar en el mundo.” (Watson, 1999 citado en Raile Alligood, 2015, p. 81).

La meta del cuidado transpersonal, asegura Watson, es recuperar la armonía del cuerpo-mente-alma completamente. En los entornos profesionales, el cuidado se constituye en situaciones específicas cuando la enfermera y el sujeto sienten el proceso intersubjetivo de compromiso y armonía, en el que siempre interaccionan las emociones. (Izquierdo Machín, 2015).

Watson establece afirmaciones para una relación de cuidado transpersonal que se extiende a profesionales multidisciplinares:

- El compromiso moral, la intencionalidad y la conciencia caritas por la enfermera protegen, fomentan y potencian la dignidad humana, la integridad y la curación, permitiendo a la persona, por tanto, crear o cocrear su propio significado de la existencia. (...)
- La enfermera busca identificar, detectar con precisión y conectar con la condición interior del espíritu de otro a través de la presencia genuina y centrarse en el momento del cuidado; las acciones, las palabras, las conductas, la cognición, el lenguaje corporal, los sentimientos, la intuición, los pensamientos, los sentidos, el campo de energía, etc., contribuyen a la conexión del cuidado transpersonal.
- La capacidad de la enfermera de conectar con otro a este nivel espíritu-espíritu transpersonal se traduce, a través de movimientos, gestos, expresiones faciales, procedimientos, información, tacto, sonido, expresiones verbales y otros medios científicos, técnicos, estéticos y humanos de comunicación, en arte/hechos humanos de enfermería o modalidades deliberadas de cuidado-curación. (...)

- La historia de la propia vida de la enfermera, las experiencias previas, las oportunidades para centrarse en el estudio, haber vivido a través o haber experimentado varias condiciones humanas y haber imaginado los sentimientos de los demás en varias circunstancias son maestros valiosos para este trabajo; hasta cierto punto, el conocimiento y la conciencia necesarios pueden obtenerse a través del trabajo con otras culturas y el estudio de las humanidades (arte, drama, literatura, historia personal, narrativas de enfermedades, etc.), junto con el examen de los propios valores, las creencias profundas y la relación con el yo, con los otros y con el mundo. (Citado en: Raile Alligood, 2015, pp. 83-84).

El siguiente punto trata de otra gran teórica que ilumina enormemente a la disciplina de enfermería, y es una de las que más se interesaba porque el cuidado de enfermería realmente beneficiara al usuario y se respetara su cultura.

Madeleine Leininger fue quien introdujo el término “enfermería transcultural”, al cual lo define como:

un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta. (Leininger, 1985, citado en Raile Alligood, 2015, p. 408).

Esta teórica, se interesaba por cuidar a la persona holísticamente, ya que tenía en cuenta “la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones” (Leininger, 1988, citado en Raile Alligood, 2015, p. 408), “el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental.” (Leininger, 1991, citado en Raile Alligood, 2015, p. 408), y en base a ello intentaba “descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares para mantener o recuperar su bienestar, salud o afrontamiento con la muerte de una manera culturalmente adecuada.” (Leininger, 1991, citado en Raile Alligood, 2015, p. 408).

Así mismo, Leininger proclamaba que el objetivo de su teoría transcultural era “mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes a las personas, cuidados que sean beneficiosos y útiles para el cliente, la familia o el grupo cultural.” (Leininger, 1991), por lo que

(...) la teoría de la enfermería debe tener presente el descubrimiento creativo acerca de las personas, familias, grupos y sus cuidados, creencias y acciones o prácticas basados en sus estilos de vida según su cultura, para así conseguir una atención enfermera eficaz, satisfactoria y coherente con la cultura. (Leininger, 1991, 1995, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, pp. 408-409).

Si todo lo anterior no se tomara en cuenta, la recuperación de la salud y el bienestar de los sujetos se limitaría.

Además, Leininger fue quien creó la teoría de la diversidad y la universalidad de los cuidados culturales enfermeros para que las y los profesionales de enfermería puedan descubrir y entender el mundo que rodea a cada paciente y para que dichos profesionales puedan utilizar sus propios puntos de vista, sus conocimientos y sus experiencias con la ética que se requiere. (Leininger, 1995, citado en Raile Alligood, 2015).

Madeleine manifestó en su teoría que los individuos de diversas culturas pueden recomendar y guiar a los profesionales, para poder de este modo, recibir la atención sanitaria que necesiten, deseen y se sientan más cómodos con ella. (Leininger, 1991, citado en Raile Alligood, 2015).

La teoría también destaca que la cultura representa los modos de vida que tienen las personas y los valores que poseen, los cuales inciden en la toma de decisiones y en las acciones que llevan a cabo. (Leininger, 1991, citado en Raile Alligood, 2015).

Vale la pena destacar algunos conceptos claves para comprender la teoría de M. Leininger, entre ellos:

Diversidad de los cuidados culturales: “variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Concepción del mundo: “forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus

vidas o sobre el mundo que les rodea.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Dimensiones culturales y de la estructura social:

(...) modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua. (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Contexto del entorno: “Se refiere a la totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales:

(...) acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales, o la misma muerte. (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Adaptación o negociación de los cuidados culturales: son todas aquellas “(...) acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales: “(...) acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para

obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410).

En cuanto a la elección de estas teoristas como referencial teórico, se justifican porque comprenden la importancia de la relación entre la enfermera y el sujeto de cuidado, la singularidad de cuidar a cada persona de manera única porque la diversidad humana así lo requiere y porque toman en cuenta las percepciones de los sujetos cuidados, como por ejemplo a la hora de definir el concepto de salud. “Watson plantea unir la ciencia con las humanidades para que las enfermeras tengan un sólido fondo artístico liberal y entiendan otras culturas como requisito para utilizar la ciencia del cuidado y un marco mente-cuerpo-espiritual.” (Citado en Raile Alligood, 2015, p. 83), como así también Leininger se interesa por la diversidad cultural y el carácter holístico que debe tenerse en cuenta para cuidar a las personas de manera humanizada, segura, eficaz y culturalmente congruente.

Teniendo en cuenta el respeto por la diversidad y las creencias del otro, como enseñan las grandes teoristas Jean Watson y Madeleine Leininger, debemos acercarnos obligadamente a las *experiencias personales*, por lo que resulta necesario consultar algunas definiciones:

La Real Academia Española (RAE) define experiencia como “Hecho de haber sentido, conocido o presenciado alguien algo.”; “Conocimiento de la vida adquirido por las circunstancias o situaciones vividas.”; y por último “Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.”, entre otras. (RAE, (s.f.)).

La experiencia “(...) es el proceso por el cual se construye la subjetividad para todos los seres sociales. A través de ese proceso uno se ubica o es ubicado en la realidad social y de ese modo percibe y comprende.” (Lauretis, 1984, citado en Scott, 2001, p.53).

Además, Jara (2018) expresa que las experiencias “son procesos sociohistóricos dinámicos y complejos, personales y colectivos. No son simplemente hechos o acontecimientos puntuales. Las experiencias están en permanente movimiento y abarcan un conjunto de dimensiones objetivas y subjetivas de la realidad histórico-social.” (p.52), y también afirma que

(...) son siempre vitales, cargadas de una enorme riqueza por explorar. Cada una constituye un proceso inédito e irrepetible y por eso en cada una de ellas tenemos una fuente de aprendizajes que debemos aprovechar precisamente por su originalidad, por eso necesitamos comprender esas experiencias, por eso es fundamental extraer sus enseñanzas y por eso es también importante comunicar y compartir sus aprendizajes. (Jara, 2018, pp. 56-57).

Conociendo esto, puede establecerse que el proceso de narrar las experiencias personales configura un modo de recapitular la experiencia sucedida, que supone establecer relaciones lógicas entre una secuencia de términos verbales y una secuencia de hechos que sucedieron y que luego pueden deducirse de esos términos. (Labov, 1972, citado en Rosemberg y Manrique, 2007).

El siguiente punto, trata de la sistematización de experiencias, la cual es conceptualizada como “un ejercicio intencionado que busca penetrar en la trama próxima compleja de la experiencia y recrear sus saberes con un ejercicio interpretativo de teorización y de apropiación consciente de lo vivido.” (Jara, 2018, p.55)

Dicha sistematización cuenta con varias ventajas, entre ellas “produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse críticamente de las experiencias vividas (sus saberes y sentires), comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora.” (Jara, 2018, p. 61).

Finalmente, para poder dar respuestas a las problemáticas planteadas sobre el cuidado a sujetos vulnerables, se adhiere a lo que expresó Gatti y otros en 2006: “Creemos fundamental un análisis crítico de la distancia existente entre lo que se proclama y lo que realmente se hace.” (Gatti y otros, 2006, p.74); Se eligió esta temática, para poder visibilizar esta situación que viven tantas personas en su día a día y para poder, desde mi lugar como enfermera, contribuir al acceso equitativo del sistema sanitario y a la humanización del cuidado enfermero.

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA VARIABLE

En base a lo analizado y desarrollado en el referencial teórico, se parte a definir conceptualmente la variable: **“Experiencias sobre el cuidado enfermero”** para lo cual, se adhiere a los siguientes autores: Lauretis citado por Scott (2001), Labov citado por Rosemberg y Manrique (2007) y Jara (2018) como teorizadores del constructo experiencia; Benavent citada por Carlos Agustín (2006), Watson citada por García Hernández y otros (2011), Kérrouack citado por Monje y otros (2018) y Leininger, (1991, 1995), Leininger y McFarland (2002, 2006), citados en Raile Alligood (2015) como teorizadores del constructo cuidado de enfermería.

De modo que, se entiende por **experiencias sobre el cuidado enfermero** a todos aquellos conocimientos adquiridos por las propias vivencias y experiencias influenciadas por diversos factores (cultura, situación sociodemográfica, políticas públicas, creencias personales y sociales) que tuvieron los pobladores de barrios coscoinos al momento de ser cuidados, escuchados, atendidos y tratados por un profesional de enfermería.

Por lo tanto, la variable se dimensiona en:

-Comunicación y relación transpersonal con enfermería: se refiere a la interacción, al trato y a las vivencias que han experimentado las personas de los barrios seleccionados con los profesionales de esta disciplina al momento de recibir cuidados de enfermería. Por lo tanto, esta dimensión abarca las siguientes subdimensiones: Experiencias de cuidado de enfermería en relación a la comunicación y trato, Información, asesoramiento y acompañamiento recibido por parte del enfermero; Conocimientos brindados sobre derechos y programas de salud.

-Cuidados culturalmente congruentes: son todas aquellas experiencias relacionadas al “(...) uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos.” (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en: Raile Alligood, 2015, p. 411), respeto por parte del enfermero/a a la cultura y los derechos de las personas considerando sus valores y creencias durante el cuidado. Por consiguiente, se estudiará la dimensión cuidados

culturalmente congruentes basándose en las siguientes subdimensiones: Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales; Adaptación o negociación de los cuidados culturales; Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales. (Leininger, 1991, 1995; Leininger y McFarland, 2002, 2006, citado en Raile Alligood, 2015, p. 410); Disponibilidad y disposición del personal de salud para comprender los estilos y modos de vida de los sujetos de cuidado; Experiencias de discriminación o estigmatización verbal o no verbal.

-Accesibilidad al cuidado enfermero: contempla los factores que condicionan el acceso y la calidad de la atención sanitaria, por ende, incluye como subdimensiones: Distancia de su hogar con la institución de salud a la que acude, Instituciones de salud de elección y motivos de elección; Comprensión del funcionamiento del sistema sanitario; Barreras percibidas que obstaculizan el acceso a la salud; Disposición del personal sanitario para atender a la comunidad.

OBJETIVOS

Objetivo general: Conocer las experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022.

Objetivos específicos:

- ✓ Describir las experiencias de comunicación y relación transpersonal que tienen los pobladores de los barrios en estudio con los profesionales de enfermería.
- ✓ Identificar si los cuidados enfermeros que reciben estos grupos poblacionales según sus experiencias son culturalmente congruentes con su forma de vida.
- ✓ Indagar en las experiencias narradas los beneficios y las desventajas que atañen la accesibilidad al cuidado enfermero.

CAPÍTULO 2: EL DISEÑO METODOLÓGICO

ENCUADRE METODOLÓGICO

La investigación se realizará a través del método cualitativo, con enfoque fenomenológico. La elección del método, se justifica principalmente por la variable que plantea la definición del problema a investigar: *Experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022*; al indagar sobre la experiencia de las personas, debe aplicarse un método que aborde sensaciones, opiniones, emociones, ventajas, desventajas, obstáculos, etc, es decir, que enfoque en variables cualitativas, ya que resulta muy difícil valorar lo vivido o experimentado de manera cuantitativa.

Por lo contrario, la investigación cualitativa ayuda a ejercer la práctica de enfermería de una manera más sensible al entorno y la realidad de los sujetos de cuidado, teniendo en cuenta la diversidad cultural en la que se desarrollan sus vidas (De la Cuesta, 2010, citado en Vanegas, 2010). Este método de investigación analiza y se sumerge en la complejidad y la profundidad de los fenómenos, por lo que resulta sumamente útil para poder comprender las experiencias humanas (Burns y Groven, 2004, citado en Vanegas, 2010).

Es por todo esto, que dicho método se adapta tan bien a la realidad que se espera conocer: qué experiencias han tenido los grupos poblacionales con los profesionales de enfermería, cómo receptionan sus cuidados, sienten un cuidado equitativo, humanizado, cómo sienten la relación interpersonal con los profesionales de enfermería, sienten que su cultura y sus modos de vida se respetan a la hora de ser cuidados, creen que su condición de vulnerabilidad modifica en algo el actuar de enfermería y su accesibilidad al servicio sanitario, etc.

La investigación cualitativa “tiene sus raíces en la corriente filosófica denominada fenomenología, la cual “(...) se apoya en la naturaleza y complejidad del ser humano y en la manera como ésta debe entenderse, enfatizando en la capacidad de las personas para modelar y crear sus propias experiencias.” (Burns y Groven, 2004), “busca la comprensión de la experiencia humana, tal como se vive en la realidad.” (Citado en Vanegas, 2010, p.133).

Para la realización de este estudio se adoptará el enfoque fenomenológico ya que éste se fundamenta en el estudio de las experiencias de vida sobre un hecho desde la perspectiva del propio sujeto, aborda los fenómenos más complejos de la vida humana, de todo aquello que supera lo cuantificable. (Fuster Guillen, 2019).

Uno de los objetivos del enfoque fenomenológico es que se pueda tomar conciencia y significado del fenómeno que se intenta comprender mediante la experiencia estudiada. Además, se tiene en cuenta que el fenómeno es parte de un todo que incide e interactúa en él, razón por la cual, resulta necesario analizarlo con un enfoque holístico e integral en relación con la experiencia de la que es parte. (Fuster Guillen, 2019).

ESQUEMA DE LA VARIABLE, DIMENSIONES Y SUBDIMENSIONES:

De acuerdo al marco teórico en donde se definieron conceptualmente las variables del estudio, se desarrollará la operacionalización de las mismas mediante un cuadro, incluyendo sus dimensiones y subdimensiones.

VARIABLE	DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES
Experiencias sobre el cuidado enfermero	Comunicación y relación transpersonal con enfermería.	<ul style="list-style-type: none">- Experiencias con profesionales de enfermería.- Comunicación y trato con ellos.- Información, asesoramiento y acompañamiento recibido por parte del enfermero/a.- Conocimientos de la persona acerca de derechos y programas de salud.
	Cuidados culturalmente congruentes.	<ul style="list-style-type: none">- Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales (C.C.).- Adaptación o negociación de los C.C.- Reorientación o reestructuración de los C.C.- Disponibilidad y disposición del personal sanitario para comprender los estilos y modos de vida.- Experiencias de discriminación o estigmatización.
	Accesibilidad al cuidado enfermero	<ul style="list-style-type: none">- Centros de salud de elección y motivos de elección.- Distancia de su hogar con la institución sanitaria.- Comprensión del funcionamiento del sistema sanitario.- Barreras percibidas que obstaculicen el acceso a la salud.- Disposición del personal sanitario para atender.

SUJETOS:

La selección de sujetos para el estudio se realizará por conveniencia y estará comprendida por individuos pertenecientes a grupos vulnerables habitantes de los barrios Alto Mieres y San José Obrero, por lo cual durante la experiencia en el campo se apuntará a entrevistar a sujetos jóvenes o adultos, con características económicas, sanitarias y/o sociodemográficas por las que son considerados pertenecientes a un grupo vulnerable.

Criterios de inclusión:

- ✓ Mayor de 18 años.
- ✓ Contar con escasos recursos económicos, dificultad en la accesibilidad sanitaria o poseer condiciones biológicas o sociodemográficas que lo hagan perteneciente a un grupo vulnerable.
- ✓ Tener experiencia de trato y atención con profesionales de enfermería.
- ✓ Poseer habilidades de diálogo y comunicación.
- ✓ Comprender y aceptar las condiciones que plantea el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- ✓ Ser menor de 18 años.
- ✓ No poseer ninguna condición que justifique la pertenencia a un grupo vulnerable.
- ✓ No tener experiencia de trato y atención con profesionales de enfermería.
- ✓ Carecer de habilidades de diálogo, las cuales obstaculizan la comunicación.
- ✓ Poseer dificultades cognitivas que impidan la comprensión de los términos y condiciones que plantea el consentimiento informado o negarse a él.

Se trabajará con muestreo por conveniencia, descrito por Sampieri y otros, los cuales resaltan que “estas muestras están formadas por los casos disponibles a los cuales tenemos acceso.” (Battaglia, 2008, citando en Sampieri y otros, 2014, p.390).

Así mismo, Teddlie y Yu aseguran que el muestreo por conveniencia “depende básicamente de la accesibilidad de las unidades, la facilidad, rapidez y bajo costo para acceder a ellas.” (Martínez Salgado, 2012, p.616).

Por tanto, este método de muestreo resulta el más conveniente para este estudio ya que se cuenta con accesibilidad a los pobladores mediante los Centros Barriales de Hogar de Cristo insertos en cada barrio.

ESTRATEGIAS DE ENTRADA AL CAMPO:

Durante la investigación, los datos y la información serán recabados a través de fuentes primarias. Se entiende como datos de fuentes primarias a aquellos obtenidos directamente. “Los datos provenientes de fuentes primarias generan evidencia directa de un evento.” (OPS/OMS, s/f, p. 2).

Dicho esto, se establece que las fuentes primarias del estudio serán los sujetos seleccionados, entre ellos: los jóvenes y adultos pertenecientes a grupos vulnerables, quienes serán sometidos a una entrevista para que la recopilación de datos sea exhaustiva.

La técnica seleccionada será la entrevista con preguntas abiertas, la cual posibilita al entrevistador toda la flexibilidad para manejarla, con preguntas de los siguientes tipos: de opinión, de expresión de sentimientos, de conocimientos y de antecedentes (Mertens, 2010, citado en Sampieri y otros, 2014, p.404). Así mismo, se utilizará la grabación, con previo consentimiento del sujeto de estudio, mientras se realiza la entrevista para poder asegurar un registro fidedigno de la información recolectada.

El instrumento a utilizar será la cédula de entrevista creada por la autora.

Se realizó una prueba piloto del instrumento de recolección de datos a 4 personas con iguales características que los sujetos en estudio y que no pertenecen a los barrios seleccionados.

Esta prueba, se hizo con el fin de confirmar la pertinencia y confiabilidad de los datos que se obtengan con dicho instrumento. La ejecución de la prueba piloto permitió realizar cambios en el instrumento de recolección de datos que resultaron necesarios antes de aplicarlo en el campo. Dichos cambios, se realizaron para que los sujetos de estudio puedan comprender mejor las preguntas y evitar repeticiones redundantes, para poder así aprovechar más eficazmente la duración y el contenido de las entrevistas.

PROCEDIMIENTO DE ENTRADA AL CAMPO:

La entrada al campo de estudio, será facilitada por el equipo de coordinadores de los Centros Barriales de Hogar de Cristo de cada barrio.

Se brindará información sobre las características del estudio que se quiere realizar y junto a ellos, que conocen los pobladores del barrio, se elegirá a los sujetos vulnerables que pueden ser entrevistados y que cumplan los criterios de inclusión para la investigación.

Se acordarán días, horarios y lugar con los sujetos para poder llevar a cabo las entrevistas, las cuales se realizarán siempre y cuando cada sujeto haya firmado previamente el consentimiento informado (Anexo 1).

Se implementará el instrumento de recolección de datos (Anexo 2) a quienes accedan a responder.

ORGANIZACIÓN, PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE INFORMACIÓN:

Una vez recogida la información, se procederá al análisis de datos, el cual “se trata de una producción del investigador sobre una perspectiva de un actor social que desde sus significaciones se sitúa e interpreta un mundo social ya preinterpretado.” (Serbia, 2007, p.136).

Por consiguiente, se realizará un análisis del contenido discursivo basado en el método comparativo que “(...) va enfrentando casos similares entre sí, pero que se diferencian en algunas características cruciales, tratando de formular interpretaciones que incluyen conceptos teóricos”. (Serbia, 2007, p.136) mediante los siguientes pasos:

1. Desgrabación y transcripción de entrevistas realizadas.
2. Dilucidación y esclarecimiento de indicadores a través de la similitud de respuestas obtenidas, generando categorías que serían lo que Serbia denomina “las categorías conceptuales iniciales” que se fundamentan en los datos expresados por los entrevistados en su lenguaje natural. (Serbia, 2007, p.137).
3. Estructuración de los datos obtenidos mediante análisis y reflexión crítica. Se realizará una lectura detallada de la entrevista transcrita, donde se analiza cada frase o cada grupo de estas y se pregunta “¿Qué revela esta frase o este grupo de frases acerca del fenómeno o la experiencia que se describe?” (Manen, 2003, citado

en Fuster Guillen, 2019, p.213.) Vale decir, que en este paso también se tendrá en cuenta el análisis de comunicación no verbal, el cual “registra las connotaciones desde los signos de comunicación no verbal. Toma en cuenta como los gestos, los movimientos, las miradas, los tonos de la voz, etc. complementan, profundizan o contradicen lo expresado verbalmente en el plano de lo denotado.” (Ekman y Friesen, citado en Serbia, 2007, p.142).

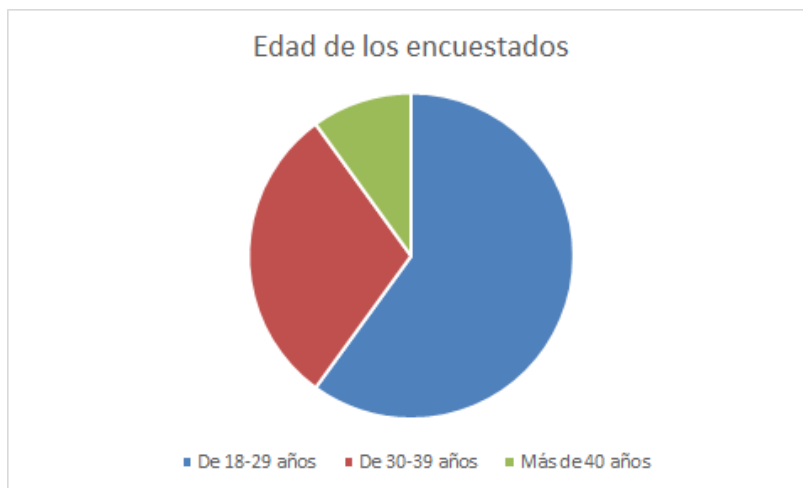
4. Organización de la información: los datos sociodemográficos se ordenan en la tabla matriz (Anexo 3) mediante el uso del programa Word, y el resto de la información se organizará en otra tabla matriz (Anexo 4) y en un cuadro de contenido construido por la autora según la similitud de respuestas creando categorías y utilizando las dimensiones y subdimensiones de la operacionalización de la variable. Los datos se acomodan en categorías conceptuales, las cuales delimitan los campos semánticos que resaltan lo importante o relevante del discurso de los sujetos entrevistados. (Serbia, 2007).
5. Teorización y propuesta de presentación de resultados y análisis, teniendo en cuenta siempre los objetivos de la investigación. Se deben expresar las categorías conceptuales en lenguaje técnico o científico, para lo cual se investigará sobre cada categoría, se indagará qué es lo que revela acerca del tema que se investiga en esa situación y para ese sujeto, y se asentará todo esto en el cuadro de contenidos. (Fuster Guillen, 2019), para luego poder presentarlo de forma organizada y creativa.

PLAN DE PRESENTACIÓN DE DATOS

Los resultados respectivos a la caracterización de la población serán presentados en gráficos simples y la información obtenida en las entrevistas en cuadros de contenido, ya que los mismos, generarán un alto impacto visual y ayudarán a la rápida visualización de los resultados de una manera más ordenada.

Los datos sociodemográficos recolectados en la tabla matriz (Anexo 3) serán expuestos mediante gráficos simples. Por ej.:

Gráfico N°1: Edad de los encuestados en Barrio Alto Mieres y San José Obrero, de la Ciudad de Cosquín, primer semestre del 2022.



Fuente: cédula de entrevista

Las respuestas de la entrevista abierta serán organizadas en una tabla matriz (Anexo 4) y en un cuadro de contenidos utilizando las dimensiones, subdimensiones, creando categorías y transcribiendo respuestas textuales de los entrevistados. Por ej.:

Cuadro de contenido N°1: Experiencias de grupos poblacionales en cuanto a la dimensión de accesibilidad al cuidado enfermero en Cosquín, 2022.

Subdimensión	Categoría	Respuestas Textuales	Contrastación con Referencial Teórico
Centros de salud de elección y motivos.		“.....” (E1)	
Barreras percibidas que obstaculicen el acceso sanitario.		“.....” (E1)	

Fuente: cédula de entrevista

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Cronograma de actividades y tiempos, primer semestre del 2022, donde se desarrollará la ejecución de la investigación y los momentos posteriores, es decir, elaboración de informe y divulgación de resultados. Para lo cual, se utilizará el diagrama de Gantt.

Meses	Enero				Febrero				Marzo				Abril				Mayo				Junio			
Semanas	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión del proyecto	■	■																						
Recolección de datos			■	■	■	■	■	■																
Procesamiento y análisis de datos									■	■	■	■	■	■										
Presentación de resultados														■	■									
Elaboración del informe															■	■	■	■						
Divulgación																					■	■	■	■

PRESUPUESTO

El presupuesto que se expone a continuación es de carácter estimativo, de tal modo que los valores asignados pueden ser modificados. Dicho presupuesto, indica los recursos económicos necesarios para realizar el proyecto de investigación.

Recursos	Rubro	Cant.	Precio unitario	Precio Total
Humanos	Investigadoras	1	-	-
	Asesoras metodológicas	2	-	-
Materiales	Fotocopias de los Instrumentos	22	\$10	\$220
	Lapiceras	4	\$40	\$160
	Lápices	2	\$35	\$70
	Resaltadores	2	\$100	\$200
	Carpetas A4	2	\$120	\$240
	Cuaderno de 100 hojas	1	\$400	\$400
	Grabador de voz digital	1	\$4900	\$4900
Otros	Internet y Telefonía	1	\$500	\$500
	Transporte	10	\$80	\$800
	Imprevistos	-	\$900	\$900
Total				\$8390

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería de la República Argentina (AEUERA). (2020). Documento de Posicionamiento para la Formación de Enfermería en Argentina. Recuperado de: <https://www.aeuera.org.ar/index.php/noticias/documento-de-posicionamiento-para-la-formacion-de-enfermeria-en-argentina>
- Beltrão, J. F. (coord.), Monteiro de Brito Filho, J. C. (Coord.), Gómez, I. (Coord.), Pajares, E.(Coord.). (2014). Derechos humanos de los grupos vulnerables. Barcelona: Red de Derechos Humanos y Educación Superior. Recuperado de: <http://up-rid2.up.ac.pa:8080/xmlui/handle/123456789/2271>
- Caballero Cala, V. y Zapata Boluda, R. M. (2019). Educación y salud en grupos vulnerables. España: Universidad de Almería. Recuperado de: https://books.google.com.ar/books?hl=es&lr=&id=U26MDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&dq=cuidados+a+grupos+vulnerables+&ots=G2NY5KiQq_&sig=npUQ_DC_2_wsC1QqBsL4IH3B64s&redir_esc=y#v=onepage&q=cuidados%20a%20grupos%20vulnerables&f=false
- Carlos Agustín, L.R. (2006). Enfermería ciencia y arte del cuidado. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4). Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192006000400007
- Centro de Investigaciones Participativas en Políticas Económicas y Sociales (CIPPES). (2019). Crecimiento y profundización de la pobreza en la provincia de Córdoba. Recuperado de: <http://www.cippes.org/pdf/informe%20Pobreza%20-%20CIPPES%20ABRIL%202019.pdf>

- Chávarry Ysla, P. (2020). Estigmatización del sistema adolescente embarazada. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(1), 1-13. Recuperado de: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3146/534>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2011). Resolver la desigualdad: aumentar el acceso y la equidad. Recuperado de: <http://www.salvadorpostigo.com/downloads/Resolver%20la%20desigualdad.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras (CIE). (2012). Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería. Recuperado de: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/2012_ICN_Codeofethicsfornurses_%20sp.pdf
- Dirección Nacional de Atención a Grupos en Situación de Vulnerabilidad, Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. Subsecretaría de Protección de Derechos Humanos. (2011). Grupos en situación de vulnerabilidad y derechos humanos. (1a ed.). Recuperado de: http://www.jus.gob.ar/media/1129151/31-grupos_vulnerables.pdf
- Escobar-Castellanos, B. y Cid-Henríquez, P. (2016). Equidad en la atención de salud y enfermería. *Revista de Ciencias Biológicas y de la Salud*, XVIII(E2), 44-50. Recuperado de: <https://biotecnia.unison.mx/index.php/biotecnia/article/view/228/185>
- Espinosa A.A., Gibert, L.M. y Oria, S.M. (2016). El desempeño de los profesionales de Enfermería. *Rev. Cuba Enf.*,32(1), 1-12. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf161j.pdf>

- Espinoza, M., y Cabieses, B. (2014). Equidad en Salud y Evaluación de Tecnologías Sanitarias en Chile. *Rev. Med Chile*, 142(1), 45-49. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142s1/art08.pdf>
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P. y García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud. *Salud Pública de México*, 57(2), 180-186. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/106/10636867010.pdf>
- Feito, L. (2007). Vulnerabilidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 7-22. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original1.pdf>
- Frenk, J. (2014). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública de México*, 27(5), 438- 453. Recuperado de: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
- Fuster Guillen, D. (2019). Investigación cualitativa: Método fenomenológico hermenéutico. *Propósitos y Representaciones*, 7(1), 201-229. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v7n1/a10v7n1.pdf>
- García Hernández, M., Cárdenas Becerril, L., Arana Gómez, B., Monroy Rojas, A., Hernández Ortega, Y. y Salvador Martínez, C. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*, 20(Esp.), 74-80. Recuperado de: <https://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea09.pdf>
- Gatti, C., Villalba, R., Molina, G. y Alegría H. (2006). *Salud y Participación Comunitaria*. (1a ed.). Buenos Aires: Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: la identidad deteriorada*. Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.

Greenwood N, Mezey G & Smith R. (2018). *Social exclusion in adult informal carers: A systematic narrative review of the experiences of informal carers of people with dementia and mental illness*. (Exclusión social en carreras informales de adultos: Una revisión sistemática y narrativa de las experiencias de carreras informales en personas con demencia y enfermedades mentales). *Maturitas*, 112(18), 39-45. Recuperado de: [https://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(18\)30183-X/fulltext](https://www.maturitas.org/article/S0378-5122(18)30183-X/fulltext)

Guerrero-Ramírez, R., Meneses-La Riva, M. y De la Cruz-Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson. *Rev enferm Herediana*, 9(2), 133-142. Recuperado de: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/3017/2967>

Herrera Flores, J. (2005). La complejidad de los derechos humanos. Recuperado de <https://red.pucp.edu.pe/ridei/files/2011/08/2111.pdf> Acceso 27 de Jul. del 2020

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2010). Resultados definitivos: Punilla: Cosquín. Recuperado de: <https://datosestadistica.cba.gov.ar/dataset/censo-2010-resultados-definitivos/resource/295dc706-e033-4cd2-bff9-e84767a4e19e> Acceso 23 de mayo del 2020.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. *Condiciones de vida*, 4(4). Recuperado de: https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_195EFE752E31.pdf

Izquierdo Machín, E. (2015). Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. *Revista Cubana de Enfermería*, 31(3) Recuperado de:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192015000300006&lng=es&tlng=es

Jara H., O. (2018). La sistematización de experiencias: prácticas y teoría para otros mundos posibles. (1a ed.). Colombia: CINDE. Recuperado de: <https://centrodeinvestigacionclacsoriumex.files.wordpress.com/2019/04/libro-sistematizaciocc81n-de-oscar-jara.pdf>

Juárez-Ramírez C., Márquez-Serrano M., Salgado de Snyder N., Pelcastre-Villafuerte B., Ruelas-González M. y Reyes-Morales H. (2014). La desigualdad en salud de grupos vulnerables de México: adultos mayores, indígenas y migrantes. *Panam Salud Publica*, 35(4), 284–90. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2014.v35n4/284-290/es>

Lafaurie, M. y Zúñiga, M. (2011). Mujeres colombianas viviendo con VIH/sida: contextos, experiencias y necesidades de cuidado de enfermería. *Revista Enfermería Global*, 11(24), 315-330. Recuperado de: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/137511/124881>

Ley N°4036. Protección Integral de los Derechos Sociales para los ciudadanos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial. Buenos Aires, Argentina. 24 de noviembre del 2011. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/4036-local-ciudad-autonoma-buenos-aires-proteccion-integral-derechos-sociales-para-ciudadanos-ciudad-autonoma-buenos-aires-lpx0004036-2011-11-24/123456789-0abc-defg-630-4000xvorpyel?q=%28numero-norma%3A4036%20%29&o=0&f=Total%7CTipo%20de%20Documento/Legislaci%F>

3n/Ley%7CFecha%7COrganismo%7CPublicaci%F3n%7CTema%7CEstado%20de%20Vigencia%7CAutor%7CJurisdicci%F3n&t=9

Malvárez, S. (2007). El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 16* (3), 520-530.

Martínez Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia y Salud Colectiva, 17*(3), 613-619. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/pdf/csc/2012.v17n3/613-619/es>

Monje V., Miranda C., Oyarzún G., Seguel P. y Flores G. (2018). Percepción de cuidado humanizado de enfermería desde la perspectiva de usuarios hospitalizados. *Ciencia y enfermería, 24*(5) 1-10. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-5.pdf>

Morales Viana, L.C. (2016). Experiencias de padres de niños ciegos: un camino con grandes desafíos. *Rev Univ Ind Santander Salud 48*(3), 331-340. Recuperado de: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/5675/5836>

Naciones Unidas. (s.f). Declaración Universal de Derechos Humanos. Recuperado de: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf

Naciones Unidas. (s.f.). Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>

Observatorio de Trabajo, Economía y Sociedad (OTES). (2020). Informe sectorial Salud en Córdoba, primera entrega: accesibilidad y recursos. Recuperado de:

<https://otescba.com/wp-content/uploads/2020/07/Informe-Salud-C%C3%B3rdoba-OTES-Parte-1.pdf>

Ordóñez Barba, G. (2018). Discriminación, pobreza y vulnerabilidad: los entresijos de la desigualdad social en México. *Región y sociedad*, 30(71), 1-30. Recuperado de: http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v30n71/1870-3925-regsoc-30-71-rys_2018_71_a377.pdf

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2011). Regulación de la enfermería en América Latina. Washington D.C.: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/ Organización Mundial de la Salud (OMS). (s/f). Indicadores de salud: aspectos conceptuales y operativos. Recuperado de: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14406:health-indicators-conceptual-and-operational-considerations-section-3&Itemid=0&limitstart=1&lang=es

Organización Mundial de la Salud (OMS). (s.f.). Comisión sobre determinantes sociales de la Salud: conceptos clave. Recuperado de: https://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es/#:~:text=Se%20entiende%20por%20inequidades%20sanitarias,las%20sociedades%20y%20entre%20sociedades.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Salud y Derechos Humanos. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health#:~:text=La%20Constituci%C3%B3n%20de%20la%20OMS,de%20salud%20de%20calidad%20suficiente.>

- Paolera, C., Biondi, A. y Petrone, L. (2019). Un camino para reducir la pobreza en Argentina: Políticas y recomendaciones. Recuperado de: https://www.cippecc.org/wp-content/uploads/2019/12/un_camino_para_reducir_la_pobreza_en_argentina.pdf
- Parra López, L., Ortiz Rebolledo, N. y Moya Ahumada, C. (2017). Efectos de la experiencia clínica en las actitudes de estudiantes de enfermería hacia las personas con discapacidad psiquiátrica. *Ciencia y enfermería*, 23(3), 125-132. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532017000300125>
- Pizarro, R. (2001). La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. *Serie Estudios Estadísticos y Prospectivos*, 1(6), 5-69. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/1/S0102116_es.pdf
- Real Academia Española (RAE). (s.f.). “Experiencia”. Recuperado de: <https://dle.rae.es/experiencia>
- Raile Alligood, M. (2015). Modelos y Teorías en enfermería. (8a ed.). España: El Sevier.
- Rodríguez Vignoli, J. (2001). Vulnerabilidad y grupos vulnerables: un marco de referencia conceptual mirando a los jóvenes. *Serie población y desarrollo*, 1(17), 3-62. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7150/S018659_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rosemberg, C. y Manrique, M. (2007). Las Narraciones de Experiencias Personales en la Escuela Infantil: ¿Cómo Apoyan las Maestras la Participación de los Niños? *Psykhé*, 16(1), 53-64. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/psykhe/v16n1/art05.pdf>

- Salaverry García, O. (2013). La inequidad en Salud: Su desarrollo histórico. *Rev. Perú. med. exp. salud pública*, 30(4), 709-713. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v30n4/a28v30n4.pdf>
- Sampieri, R. H., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2014). Metodología de la investigación. (6a ed.) México: Mc. Graw Hill.
- San Román de la Puente, R. (2018). Barreras en la Asistencia Sanitaria a Pacientes Transgénero: Papel de Enfermería. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/30419/TFG-H1171.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sanz Gómez, C. (2019). La exclusión social de las personas con enfermedad mental y de sus familias, los cuidados de enfermería que mejoran la situación. (Trabajo de Fin de Grado). Universidad de Valladolid, España. Recuperado de: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/36657/TFG-H1526.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Saucedo Pahua, G., Huerta Baltazar, M., Alcántar Zavala, M., Ruiz Recéndiz, M., Jiménez Arroyo, V. y Ávila Cazarez, L. (2018). Estigmatización a personas con VIH-sida en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *Rev Salud Publica Nutr.*, 17(3), 26-33. Recuperado de: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2018/spn183d.pdf>

- Serbia, J. M. (2007). Diseño, muestreo y análisis en la investigación cualitativa. *Hologramática*, 7 (3), 123 - 146. Recuperado de:
https://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/206/n7_vol3pp123_146.pdf
- Scott, J. (2001). Experiencia. *Rev. de estudios de género: La ventana*, 13 (2), 42-74.
Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5202178>
- Soliz Rivero, G. (2016). Accesibilidad a la atención de salud de las personas adultas mayores. (Informe Final de Investigación). Universidad Central del Ecuador, Ecuador.
Recuperado de: <https://docplayer.es/82967749-Universidad-central-del-ecuador-facultad-de-ciencias-medicas-instituto-superior-de-investigacion-y-postgrado-maestria-en-gestion-de-salud.html>
- Torralba, F. (s.f.). Esencia del cuidar: Siete tesis. Recuperado de:
<https://sanjuandediostf.files.wordpress.com/2018/11/esencia-del-cuidar-siete-tesis-f-torralba.pdf> Acceso 21 de oct del 2020.
- Urbanos-Garrido, R. (2016). La desigualdad en el acceso a las prestaciones sanitarias. Propuestas para lograr la equidad. *Gaceta Sanitaria*, 30 (1), 25-30. Recuperado de:
<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0213911116000248?token=489B45F9B073D2C8FD4C1329318FFDAE7B5E348D76AE7384EBC19616E75DC067B1FC5B95BC027CDA58BC2BC85F242EB5>
- Vanegas C.B. (2010). La investigación cualitativa: un importante abordaje del conocimiento para enfermería. *Revista colombiana de enfermería*, 6(6), 128-142.
- Ventura Elias, D. C. y González Ortega, Y. (2014). Cuidado de enfermería en pacientes con VIH: estigma y discriminación. *Enfoque Revista Científica de Enfermería*, XVI(11), 24-

36. Recuperado de: http://up-rid.up.ac.pa/406/1/3_%20Estigma%20y%20%20discriminaci%C3%B3n_REVISTA%20ENFOQUE%20_N%C2%B011.pdf

Weller, J. (2009). El fomento de la inserción laboral de grupos vulnerables. Consideraciones a partir de cinco estudios de caso nacionales. (Documento de Proyecto). *CEPAL, Colección documentos de proyectos*, 9(306), 1-123. Recuperado de: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3738/S2009908_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Whitehead, M. & Dahlgren, G. (2006). *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1, World Health Organization (WHO)*. (Conceptos y principios para derribar inequidades sociales en salud: Nivelando Parte 1, Organización mundial de la salud (OMS).) Recuperado de: http://www.enothe.eu/cop/docs/concepts_and_principles.pdf

XIV Cumbre Judicial Iberoamericana de Brasilia. (2008). Reglas de Brasilia sobre acceso a la Justicia de las personas en condición de vulnerabilidad. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2009/7037.pdf> Acceso: 15 de oct. del 2020.

Zalazar, V., Arístegui, I., Cardozo, N., Sued, O., E. Rodríguez, A., Frola, C. y Pérez, H. (2018). Factores contextuales, sociales e individuales como barreras y facilitadores para el acceso a la salud de mujeres trans: desde la perspectiva de la comunidad. *Actualizaciones en sida e infectología. (ASEI)*, 26(98), 1-14. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Ines_Aristegui/publication/330400588_Factores_contextuales_sociales_e_individuales_como_barreras_y_facilitadores_para_el_acceso_a

[_la_salud_de_mujeres_trans_desde_la_perspectiva_de_la_comunidad/links/5e7d2e5ca6fdcc139c08e173/Factores-contextuales-sociales-e-individuales-como-barreras-y-facilitadores-para-el-acceso-a-la-salud-de-mujeres-trans-desde-la-perspectiva-de-la-comunidad.pdf](#)

SECCIÓN ANEXO

ANEXO 1: Consentimiento informado

Título de investigación: **“Experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022.”**

Mediante el presente documento, le estoy solicitando su consentimiento para participar de manera voluntaria en el siguiente estudio de investigación que tiene como objetivo conocer las experiencias sobre el cuidado enfermero, de los grupos pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022.

Usted puede decidir con total libertad si participar o no de este estudio. Si acepta participar, se requerirá de su colaboración. Mediante entrevistas que realice la investigadora, usted podrá aportar información que se utilizará para obtener los resultados que brindarán a la profesión de enfermería avances y progresos para futuras investigaciones. Se le solicita autorización para grabar las entrevistas a realizar.

Por la participación en dicho estudio no recibirá beneficios directos, debido a que los resultados tendrán interés científico. Sin embargo, en el caso que los datos pudieran proporcionarle un potencial beneficio con respecto a la temática, les serán comunicados siempre que lo solicite.

Como participante de este estudio, no deberá costear ningún gasto.

La entrevista tomará entre 40 y 50 minutos de su tiempo, dependiendo de la especificidad de la información que quiera brindarme.

Garantizamos el anonimato y la confidencialidad de sus respuestas. La única persona autorizada a ver los datos que se obtengan es la autora del estudio. Los resultados obtenidos podrán ser consultados por investigadores y publicados en un informe de investigación sin que consten datos específicos de las personas que colaboraron en el mismo.

Al firmar usted está diciendo que: está de acuerdo con participar del estudio; se le ha explicado la información que contiene y se han respondido a todas sus dudas y consultas; acepta ser grabado (voz) durante la entrevista.

Usted debe saber que: está exento de contestar aquellas preguntas que no desee responder, en cualquier momento de la entrevista puede dejar de contestar, asegurando que no tendrá ningún tipo de consecuencias por hacerlo. Tiene derecho de abandonar este estudio en el momento que lo desee. Puede rechazar el pedido de grabación de voz durante la entrevista.

Agradezco su colaboración y tiempo, los cuales resultan sumamente valiosos para mi formación como licenciada en enfermería.

Lugar y fecha

Nombre y firma del participante:

Nombre y firma de la investigadora:

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos, cédula de entrevista:

La presente cédula de entrevista tiene por finalidad recolectar información sobre las experiencias sobre el cuidado enfermero, de los pobladores de los barrios Alto Mieres y San José Obrero de la ciudad de Cosquín, en el primer semestre del 2022. La misma, fue adaptada luego de realizar una prueba piloto a 4 sujetos.

Su participación es anónima, voluntaria y de suma utilidad para mi trabajo de investigación. Aseguro total discreción con el manejo y la difusión de datos. Si quiere conocer los resultados de este trabajo de investigación, deje su correo de mail:

Fecha: _____ Hora: _____

Lugar: _____

Entrevistador:

Entrevistado (sólo las iniciales de su nombre y apellido):

Edad:

Género: F M Prefiero no decirlo.

Nivel escolar:

Situación laboral:

Ubicación geográfica/medioambiente/infraestructura de la casa:

Disposición de servicios: agua luz gas baño cloacas wifi Internet
3G-4G computadora.

Se propone como interrogante de guía de APERTURA:

1. ¿Cómo han sido tus experiencias personales con profesionales de enfermería? ¿Querés contarme alguna situación que recuerdes que hayas vivenciado o que te haya marcado con enfermeros/as?

Se proponen como interrogantes de guía de DESARROLLO para la *dimensión de comunicación y relación transpersonal con enfermería*:

1. ¿Cómo sentís que te atienden los enfermeros/as? ¿Por qué?
2. ¿Cómo fue la comunicación y el trato que tuviste con profesionales de enfermería?
3. ¿Sentís que los enfermeros/as te brindaron la información, acompañamiento y seguimiento que necesitabas? ¿De qué manera?
4. ¿Conoces los derechos humanos? ¿Sabes cuáles son? ¿Crees que alguno se relacione con la salud y el respeto?
5. ¿Conoces los programas de salud que existen? ¿Utilizas alguno? ¿Cómo los conociste?

Se proponen como interrogantes de guía de DESARROLLO para la *dimensión de cuidados culturalmente congruentes*:

1. ¿Crees que tenes alguna práctica, creencia o hábito personal sobre la salud y/o enfermedad?
2. ¿Sentís que los/as enfermeros/as tienen en cuenta y respetan tus valores, creencias, derechos y preferencias al momento de cuidarte? ¿Por qué? ¿Podrías describir alguna vivencia con enfermeros/as que impliquen tus valores, sentimientos y creencias?
3. ¿Consideras que los profesionales de enfermería buscan llegar a un acuerdo cuando tu cultura o tus decisiones difieren a la de ellos?
4. ¿Sentiste alguna vez que un enfermero/a generó un cambio en tus hábitos de vida que resultó ser beneficioso?
5. ¿Viviste alguna situación problemática o dificultosa con algún profesional de enfermería? ¿Cuál?
6. ¿Alguna vez algún profesional de enfermería dijo o hizo algo que te hiciera sentir mal?
7. ¿En algún momento te sentiste discriminado o estigmatizado por el personal de enfermería? ¿Por qué? ¿Cómo fue esa situación?
8. ¿Alguna vez sentiste que el personal de enfermería no te comprendía? ¿Cómo reaccionó el/la enfermero/a? ¿Te ayudó en esa situación?

Se proponen como interrogantes de guía de DESARROLLO para la *dimensión de accesibilidad al cuidado enfermero*:

1. ¿A qué hospital, clínica o centro de salud recurre ante alguna dificultad? ¿A qué se debe esa elección?
2. ¿Cuál es la distancia entre tu vivienda y la institución sanitaria a la que asistís? ¿Qué medio utilizas para llegar hasta allí?
3. ¿Sabes cuál es el funcionamiento del sistema sanitario? ¿Cómo se organiza? ¿A qué área debes ir por determinado problema?

4. ¿Crees que existen dificultades o barreras que retrasen o impidan que puedas acceder al sistema sanitario? Si la respuesta es afirmativa: ¿Cuáles?

5. ¿Sentís que el personal de salud está disponible y dispuesto a atenderte siempre que acudís a una institución sanitaria? ¿Por qué?

6. ¿Querés contarme alguna situación que hayas vivido relacionada a la accesibilidad sanitaria?

Se proponen como interrogantes de guía de CIERRE:

1. ¿Se te ocurre alguna recomendación para darle a los profesionales de enfermería? ¿Cuáles?

2. ¿Querés contarnos alguna otra cosa más?

Quiero agradecerte por tu tiempo, tu confianza y por contribuir a mi conocimiento como enfermera.

ANEXO 3: Tabla Matriz de Datos Sociodemográficos de los sujetos vulnerables entrevistados.

Datos Sociodemográficos																			
N° Suj. Vuln	Edad			Género			Nivel de educación completo				Situación Laboral		Disponibilidad de servicios						
	18 a 29 años	30 a 39 años	Más de 40 años	F	M	Prefiero no decirlo	P r i m a r i o	S e c u n d a r i o	T e r c i a r i o	U n i v e r s i t a r i o	N i n g u n o	Activo	Desempleado	A g u a	L u z	G a s	B a ñ o	I n t e r n e t	I n t e r n e t
																		W I F I	3 - 4 G
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			

ANEXO 4: Tabla Matriz de respuestas de la entrevista abierta a los sujetos en estudio.

N° de Pregunta	Respuestas de apertura	Respuestas de desarrollo			Respuestas de cierre
		Comunicación y relación transpersonal	Cuidados culturalmente congruentes	Accesibilidad al cuidado enfermero	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					