



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**

**LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL CUIDADO DE LA
SALUD EN CONTEXTOS MIGRATORIOS:
Un estudio cualitativo**

**CULTURAL COMPETENCE IN HEALTH CARE IN
MIGRATORY CONTEXTS:
A qualitative study**

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Máster en Investigación en Cuidados de la Salud

Junio 2020

Autor: Yago Hernán Bolzan

Directora: Rosario Fernández-Peña

Agradecimientos

A mi familia, amigos y colegas por su apoyo y afecto.

A mis compañeros de máster por su camaradería.

A las docentes por su dedicación y compromiso.

Y a mí tutora Roser Fernández por su instrucción y confianza.

INDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
1. INTRODUCCION	5
1.1. ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	5
1.1.1. MODELOS DE ENFERMERÍA EN ANTROPOLOGÍA DE LOS CUIDADOS	6
1.1.2. SISTEMAS CULTURALES DE CUIDADOS EN SALUD	9
1.1.3. MODELOS DE INTEGRACIÓN CULTURAL E INTERCULTURALIDAD	12
1.1.4. LA COMPETENCIA CULTURAL EN CONTEXTOS MIGRATORIOS	13
1.1.5. LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL BARRIO CARLOS MUGICA	16
1.2. JUSTIFICACIÓN	21
2. OBJETIVOS	23
3. ENFOQUE METODOLOGICO	24
3.1. DISEÑO DEL ESTUDIO	24
3.2. MUESTREO Y PARTICIPANTES	24
3.3. TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	26
3.3.1. OBSERVACIÓN	26
3.3.2. CUADERNO DE CAMPO	27
3.3.3. ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA	27
3.3.4. GRUPO FOCAL	28
3.4. ANÁLISIS DE DATOS	29
3.5. CRITERIOS DE CALIDAD	30
4. PLAN DE TRABAJO	32
5. LIMITACIONES Y FORTALEZAS	33
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	35
ANEXOS	39
ANEXO I: MODELO DE <i>SOL NACIENTE</i> DE MADELEINE LEININGER	39
ANEXO II: MODELO DE COMPETENCIAL CULTURAL DE LARRY PURNELL	40
ANEXO III: MAPA DE COMUNAS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES	41
ANEXO IV: PLANOS DEL BARRIO CARLOS MUGICA	42
ANEXO V: UBICACIÓN DEL HOSPITAL Y CESAC	44
ANEXO VI: HOJA DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIO	46
ANEXO VII: CONSENTIMIENTO INFORMADO	47
ANEXO IX: GUION GRUPO FOCAL	49

RESUMEN

La competencia cultural ha surgido a partir de la necesidad de adaptar los cuidados en salud al dinamismo de la sociedad actual. Tanto desde la labor profesional como institucional, la competencia cultural ha sido una herramienta que ha permitido el análisis de las respuestas hacia las diversas prácticas y creencias en el cuidado salud. La migración por su parte, ha reflejado que algunas de esas prácticas y creencias en el cuidado de la salud, se llevan a cabo en paralelo al sistema profesional. Estos cuidados proceden de la cultura del propio migrante y suelen simbolizar la identificación con su origen. Así mismo, los profesionales poseen una cultura propia, originada desde el ámbito educativo. De esta forma, la competencia cultural ha permitido un acercamiento a las diversas prácticas y creencias en el cuidado, con el fin de mejorar la atención y lograr una mayor equidad en salud. Son varios los estudios que han visto en la competencia cultural un punto central para mejorar la salud de la población migrante. Sin embargo, aún no se ha investigado lo que ocurre al respecto en Buenos Aires (Argentina), con la población migrante de Perú, Bolivia y Paraguay. **Objetivo:** Explorar las prácticas y creencias del cuidado de la salud en población migrante y las experiencias y percepciones de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados a estas poblaciones en el barrio Carlos Múgica (Buenos Aires, Argentina). **Metodología:** Es un trabajo de investigación cualitativa, de tipo exploratorio con enfoque etnográfico. Participarán en el estudio profesionales y migrantes. La selección seguirá un muestreo intencional. Los profesionales se seleccionarán con una estrategia de muestreo de conveniencia, mientras que los migrantes se seleccionarán con una estrategia de muestreo bola de nieve. En cuanto a las técnicas de recogida de datos, para comprender y profundizar en cómo afecta en la atención las diversas prácticas y creencias del cuidado de la salud, se realizarán grupos focales con los profesionales y entrevistas semi-estructuradas con los migrantes. Los datos se analizarán con NVIVO 10.

PALABRAS CLAVE

Migrantes, Cultura, Cuidados, Competencia Cultural

ABSTRACT

Cultural competence has arisen from the need to adapt health care to the dynamism of today's society. From both professional and institutional work, cultural competence has been a tool that allowed the response analysis towards the diverse practices and beliefs in health care. Migration on the other hand, has reflected that some of these practices and beliefs in health care are carried out in parallel to the professional system. This care practice from the culture of the migrant himself and usually symbolizes identification with his origin. Likewise, professionals have their own culture, originating from the educational field. In this way, cultural competence allows a rapprochement between the various practices and beliefs in care, in order to improve care and achieve greater equity in health. There are several studies that have shown cultural competence as a central point to improve the health of the migrant population, however, what has happened in Buenos Aires, Argentina with the migrant population from Peru, Bolivia and Paraguay has not yet been investigated. Objective: To explore the practices and beliefs of health care in the migrant population and the experiences and perceptions of health professionals in the provision of care to these populations in the Carlos Múgica neighborhood (Buenos Aires, Argentina). Methodology: It is a qualitative, exploratory research work with an ethnographic focus. Professionals and migrants will participate in the study. Selection will follow intentional sampling. Professionals will be selected with a convenience sampling strategy, while migrants will be selected with a snowball sampling strategy. Regarding data collection techniques, in order to understand and deepen how different health care practices and beliefs affect the health care, focus groups will be held with professionals and semi-structured interviews with migrants. The data will be analyzed with NVIVO 10.

KEYWORDS

Migrants, Culture, Health care, Cultural Competence

1. INTRODUCCION

1.1. Antecedentes y estado actual del tema

Diversos estudios sobre migración y salud han coincidido en que una de las dificultades que experimentan los migrantes, es la falta de *competencia cultural* por parte de los profesionales y de las instituciones sanitarias (1-7). Los migrantes han de reconstruir sus prácticas y creencias sobre el cuidado de la salud en una permanente relación contradictoria de complementación y de conflicto con el sistema *profesional* (8,9). La *competencia cultural* en el ámbito de la salud ha surgido del producto de un trabajo y una gestión enfocada a la *interculturalidad*. Tener un enfoque intercultural ha significado integrar desde el *sistema profesional* a las diversas prácticas y creencias sobre el cuidado de la salud, ya sean de origen *popular y/o tradicional*, con el fin de generar un mayor y mejor intercambio (10,11).

Los modelos de enfermería propuestos por Madeleine Leininger, Rachel Spector y Larry Purnell, han estudiado la dimensión cultural del cuidado a través de un enfoque antropológico (12-14). El modelo de Leininger ha buscado el análisis de las diferentes culturas (o sistemas culturales) con respecto a las creencias y prácticas sobre el cuidado de la salud para brindar un cuidado congruente a la cultura del paciente (9,12,13). Spector por su parte, ha continuado en esta línea, aportando a través de la *consistencia hereditaria*, un análisis sobre el grado en que la cultura del migrante es absorbida por la cultura dominante (13,14). Así mismo, Purnell ha incorporado la competencia cultural a los conocimientos, prácticas e incluso políticas que capacitan al profesional para trabajar en diferentes contextos interculturales. El profesional gana competencia cultural en la medida que adquiere conocimiento y habilidades adicionales en el trabajo con culturas diversas. (13,15-18).

De este modo, tomando los modelos de enfermería que estudian la dimensión cultural del cuidado y basándome en la *competencia cultural*, se explorará el cuidado desde su dimensión cultural, en el contexto migratorio del barrio Carlos Mugica (Buenos Aires, Argentina) entre el sistema de salud profesional y la migración de Perú, Bolivia y Paraguay. Para analizar esta problemática es necesario destacar que las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de esta población migrante tiene características marcadas por un arraigo cultural, que se manifiesta en el modo de interpretar los padecimientos y en los tratamientos que llevan a cabo (9,19-22). Así mismo, estas

prácticas y creencias se encuentran en una reconstrucción permanente por fuera del sistema profesional. Por lo tanto, creo necesaria la competencia cultural en la medida que permite una aproximación entre las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de migrantes y profesionales.

1.1.1. Modelos de enfermería en antropología de los cuidados

Los modelos teóricos de enfermería más representativos, que han estudiado la dimensión cultural del cuidado desde un enfoque antropológico son: el modelo del *Sol Naciente* de Madeleine Leininger (ver Anexo I), el modelo de *Consistencia de la Herencia Cultural* de Rachel Spector y el modelo de *Competencia Cultural* de Larry Purnell (ver Anexo II).

El modelo de *Sol Naciente* de Madeleine Leininger se ha basado en las disciplinas de enfermería y antropología. Ha sido la pionera de la enfermería transcultural. Utilizando la teoría de los cuidados culturales con el fin de estudiar un gran número de culturas, Leininger elaboró un método de investigación cualitativa, la etno enfermería, para captar la dimensión cultural del cuidado. El objetivo de su teoría ha sido el de mejorar y proporcionar cuidados culturalmente congruentes que sean beneficiosos y útiles para la persona, familia o grupo cultural (12).

Su modelo se ha basado en la habilidad de brindar atención a personas con diversos valores, creencias y comportamientos para satisfacer las necesidades sociales, culturales y lingüísticas en torno a mantener y recuperar la salud y/o afrontar la discapacidad o la muerte de una manera culturalmente adecuada (11,12). Tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas puedan informar y guiar a los profesionales y, de este modo, recibir el tipo de atención sanitaria que deseen o necesiten. De esta forma, a través del modelo de cuidado transcultural se ha tratado de explorar en las diferentes culturas y subculturas, los valores y creencias en torno a los cuidados en salud con el fin de descubrir las particularidades y universalidades en las prácticas según la visión del mundo, para encontrar formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de culturas diferentes o similares (12,13).

El aporte de Leininger ha permitido una aproximación al descubrimiento de los cuidados básicos u orientados a las personas, ya que se trata de obtener información facilitada directamente por los informantes y no por las creencias y prácticas externas de los investigadores. Se construye de este modo, un conocimiento de base sólida para guiar las

prácticas enfermeras y conseguir así cuidados coherentes con las culturas y métodos terapéuticos específicos para prevenir la enfermedad, preservar y recuperar la salud o ayudar a afrontar la muerte (12,13) .

El segundo modelo de enfermería que se ha centrado en las dimensiones culturales de los cuidados en salud ha sido el modelo de *Consistencia de la Herencia Cultural* de Rachel Spector. En este modelo, la autora añade al proceso de atención de enfermería tres fases que identifican las creencias y prácticas tradicionales de salud: la valoración del legado cultural, los fenómenos culturales que afectan a la salud y la valoración de las tradiciones de salud. El legado cultural o su nivel de consistencia, lo ha valorado mediante el nivel de importancia de la cultura, la etnicidad y la religión en la vida del individuo, la familia o la comunidad. Así mismo, el modelo detalla una serie de fenómenos culturales que afectan a la salud tales como la orientación en el tiempo, el espacio personal y la territorialidad, la comunicación, la organización social, las variables biológicas, los hábitos alimenticios y el control del entorno. Con respecto a la valoración de las tradiciones de salud, Spector ha tenido en cuenta un enfoque holístico (físico y espiritual), integrado por las dimensiones de las creencias y prácticas para el mantenimiento y protección de la salud como las prácticas tradicionales, los remedios y sanadores tradicionales, así como los cuidados culturales (13,14).

En este sentido, Spector ha abordado el proceso de adaptación del migrante a la nueva cultura, a través del supuesto de la importancia que tienen las tradiciones en los comportamientos relacionados con los cuidados en salud. Por ello, resulta imprescindible tomar en consideración el contexto y los límites culturales en los que vive el individuo, la familia o la comunidad (14). Así mismo, ha planteado que la adaptación del migrante a la nueva cultura ocurre en un proceso de tres etapas que, través de la dualidad *culturización-aculturación*, pone en conflicto su identidad cultural. Se entiende por aculturación, al proceso de recepción de una cultura ajena y de la adaptación a ella, con pérdida de la cultura propia (14). De esta forma, la primera etapa ocurre al comprender que tiene que abandonar la cultura de origen. La segunda etapa tiene lugar al enfrentarse con una cultura distinta que no le es representativa. La tercera etapa, comprende el desarrollo de una nueva identidad cultural. No obstante, la autora aclara que este proceso de identificación-transformación suele ser complejo y muchas veces difícil de abordar, ya que las se ven afectadas en su vida cotidiana y puede que, dentro de un mismo grupo cada individuo se encuentre en un momento distinto del proceso (3). Sin embargo se ha evidenciado que la

aculturación puede generar un efecto negativo a la salud, al estar asociada a peores resultados, comportamientos o percepciones (23).

Asimismo, Spector ha planteado el concepto de *consistencia hereditaria* para referirse al grado en que el estilo de vida del individuo refleja su cultura tradicional, tanto desde un aspecto tradicional (consciente) como culturizado (inconsciente) (14). Además, ha tenido en cuenta a la etnia y la religión como elementos que influyen en el comportamiento de los sujetos. En primer lugar, la etnia ejerce su influencia a través de las características compartidas entre los miembros de un grupo, como pueden ser el origen geográfico, la raza, el idioma y dialecto, la alimentación, etc. En segundo lugar la religión, influye a través de las creencias y los rituales, al proporcionar un marco de referencia y perspectiva desde la cual organizar la información (3). Sin embargo, Spector ha sostenido que pueden existir diferencias tanto entre los distintos grupos culturales como dentro de los mismos, en lo que ha denominado *conflicto cultural*. El conflicto cultural surge cuando dos grupos se polarizan y sus diferencias se intensifican por la manera en que uno percibe al otro, dando lugar a estereotipos, prejuicios y discriminación (14).

El tercer modelo de enfermería que se ha centrado en las dimensiones culturales de los cuidados en salud, ha sido el de *Competencia Cultural* de Larry Purnell. Su propósito ha sido el de adaptar los cuidados al gran dinamismo de la sociedad actual. El modelo de Competencia Cultural, se encuentra conformado por un esquema que clasifica y organiza los elementos que tienen efecto en la cultura de un individuo. Este modelo, ha constituido un acercamiento etnográfico que promueve la comprensión cultural de las situaciones humanas en el proceso de salud-enfermedad del individuo, familia y comunidad. Igualmente, ha proporcionado un formato sistemático y comprensivo para evaluar variables importantes tales como valores, creencias, y prácticas de individuos, familias y grupos diversos (13,15).

En este sentido, a través de la *competencia cultural* se ha impulsado una reflexión en torno a la propia cultura profesional en relación al contexto social y cultural del usuario (3). A tal efecto, el profesional gana competencia cultural, progresa o retrocede en la medida que obtiene conocimiento y habilidades adicionales y se encuentra con personas de culturas diversas. El proveedor competente del cuidado de salud debe tener un conocimiento de su existencia, sensaciones, pensamientos, y ambiente sin permitir que estos factores afecten de manera indebida a los destinatarios de estos cuidados. Así mismo, los 12 dominios que

comprenden el marco organizativo de este modelo son: herencia, comunicación, roles y organización familiar, asuntos de trabajo, ecología biocultural, comportamientos de alto riesgo, nutrición, embarazo y prácticas de nacimiento, rituales de la muerte, espiritualidad, prácticas de cuidados de la salud y proveedor del cuidado de la salud. Estos dominios están relacionados y condicionados entre ellos mismos, y sus conceptos fluyen de generales a específicos. De todas formas el orden en el que se usen variará dependiendo el grupo que se estudie. Por ejemplo, las personas devotas en temas religiosos prescriben prácticas de nutrición y comunicación específicas, por lo que se deberá comenzar a recopilar información desde el dominio que indaga en la espiritualidad, en lugar de comenzar por otro dominio (13,15).

El Modelo de *Competencia Cultural* de Purnell ha facilitado la posibilidad de adquirir información directamente relacionada con diversas culturas debido a la consideración de las circunstancias de cada paciente. Su flexibilidad ha sido una cualidad esencial, ya que es capaz de representar múltiples perspectivas sobre el mundo para la prestación de un cuidado culturalmente competente. Debido a lo versátil que resulta este modelo, se ha aplicado en diversos entornos por profesionales de la salud, en educación, administración e investigación en Australia, Bélgica, Canadá, América Central, Gran Bretaña, Corea, América del Sur y Suecia (13,15–18).

1.1.2. Sistemas culturales de cuidados en salud

A través de los años los seres humanos hemos forjado una identidad tanto individual como colectiva en torno a diversos *sistemas culturales de cuidados en salud* (24). Si bien como individuos poseemos diferentes actitudes al respecto, fueron los grupos los que a través de reglas, códigos y conductas han influido en nuestras decisiones y acciones, legitimando prácticas y creencias vinculadas al cuidado de la salud (10,25–27). A partir de una construcción cultural, el cuidado de la salud se ha estructurado en sistemas según valores, creencias, normas, símbolos y prácticas que se relacionan con una conducta para con los demás, en torno a la necesidad de mantener o mejorar el estado de salud como también de afrontar la discapacidad o la muerte (12).

De esta forma, a nivel general se han podido agrupar las prácticas y creencias *de los cuidados en salud* en tres *sistemas*: el *popular*, el *tradicional* y el *profesional* (10). Dentro de cada uno de los sistemas operan fuerzas en torno a sus características que mantienen, e incluso acentúan particularismos, mientras que otras actúan en el sentido de la

convergencia y afinidad (25). En este sentido, se ha visto implicada la capacidad del sistema *profesional* de generar respuesta a las necesidades de grupos provenientes de culturas diversas como ha sucedido con migrantes y nativos que han optado por otras prácticas y creencias en torno al cuidado de la salud (8).

El sistema de cuidados *popular* es el laico, no profesional, sin ningún saber especial que sea de dominio social. Alrededor de este grupo se ha encontrado el auto-tratamiento o auto-medicación, el consejo recibido por un familiar¹, amigo, vecino u conocido, o bien otra persona que haya tenido una experiencia similar por haber transitado la misma problemática (10). Las personas del entorno serán las primeras en reconocer y realizar el cuidado inmediato en el hogar para luego actuar en consecuencia según consideren la gravedad de la dolencia (24). Además, este sistema incluirá todas las opciones terapéuticas que la persona utiliza sin ningún tipo de pago y sin consultar a otros que realizan prácticas en torno al cuidado de la salud (tanto del sector *tradicional* como del *profesional*). Las prácticas dentro del sistema popular se estructurarán en torno a comportamientos que incluyen la alimentación, el descanso, la vestimenta, el trabajo, los rituales, amuletos y la conducta general de cada persona (10).

El sistema de cuidados *tradicional*, *por su parte*, ha partido de una concepción sagrada o secular (o de una mezcla de ambas), encontrándose figuras tales como curanderos, parteras (o matronas), herboristas, clarividentes o chamanes. En este sentido ha sido un sistema heterogéneo, tanto en lo que respecta a los individuos que lo practican como a la perspectiva que se tiene del mismo. Sin embargo, en ocasiones se ha organizado dentro de asociaciones con sus propias reglas, códigos, conductas y formas de relacionarse. En este sistema se comparte con el paciente una perspectiva sobre la visión del mundo, incluidas las creencias sobre el origen, el significado de los padecimientos y su tratamiento. Así mismo, las creencias sobre la enfermedad y otras formas de infortunio estarán relacionadas con causas sobrenaturales tales como brujería, hechicería o “mal de ojo”, Dios, espíritus, fantasmas o destino. El abordaje de la problemática será holística, por lo que se relacionarán todos los aspectos de la vida del individuo, incluida la proximidad con otras personas, el entorno en el que se encuentra, las “fuerzas” sobrenaturales, los aspectos físicos y emocionales (10).

¹ En las familias, la mayor proveedora de cuidados de salud es la mujer, usualmente madres o abuelas, la cuales realizan las primeras intervenciones con los materiales que tienen al alcance de la mano (46).

A diferencia de los otros sistemas, el sistema de cuidados *profesional* ha sido el propio de la medicina científica. Su alto prestigio social se ha debido a la inversión que se le destina y a que sus derechos y obligaciones se encuentran legislados de manera detallada (10). Posee normas y reglas propias que han asignado roles dentro de la estructura social, donde la hegemonía del saber reside en el profesional (27). Del mismo modo, este sistema ha constituido una cultura propia, forjada principalmente desde la formación académica bajo un modelo biomédico. Usualmente, conforme el estudiante incrementa sus conocimientos se irá alejando de la comprensión de otros tipos de creencias. Como consecuencia, una vez que se encuentre dentro del ámbito laboral, habrá forjado un sistema cultural propio que se manifestará en la forma en que se percibirá a sí mismo en relación al paciente, a través de la separación jerárquica entre el profesional (sagrado) y el paciente (profano) (14,27). A lo anterior cabe añadir que desde el *sistema profesional* no ha sido habitual admitir otras formas de cuidar la salud que integren las prácticas y creencias provenientes del ámbito *popular* y/o *tradicional*. Como consecuencia de esta limitación, el *sistema profesional* ha dejado de lado las prácticas de cuidados de salud que le son ajenas, traduciéndose generalmente en su rechazo hacia ellas (25).

Por lo tanto, más allá de la clasificación de los sistemas de cuidados de salud, serán las propias personas las que distingan qué tipos de padecimientos son adecuados tratarlos a través del *sistema profesional*, *tradicional* o *popular*, pudiendo consultar a uno a dos o a todos sin ningún tipo de orden (28). Por esta razón, los distintos tratamientos coexistirán, todos ellos basados en diferentes premisas y originados en diferentes culturas. De todos formas, debe tenerse en cuenta que para el paciente, el origen de los tratamientos será menos importante que la eficacia frente al padecimiento (10). En esta línea, el trabajo de Mathez-Stiefel, S.L. y cols. sobre el comportamiento de búsqueda de salud en hogares andinos, mostró que la preferencia por los remedios naturales sobre los productos farmacéuticos coexisten con la atención médica profesional. Sus resultados sugieren que el hecho de que haya un mayor acceso al sistema profesional, no conduce a una menor prevalencia del conocimiento médico indígena andino, por lo que se propone el diseño de un proceso de desarrollo conjunto de conocimientos y prácticas complementarias provenientes de las tradiciones y de las ciencias de la salud (29).

1.1.3. Modelos de Integración cultural e interculturalidad

En la actualidad los movimientos migratorios y las nuevas tecnologías de comunicación, han dado visibilidad a diversas prácticas y creencias culturales en el cuidado de la salud vinculadas a los sistemas *popular y/o tradicional*. Tanto los migrantes como los que optan por otros tipos de cuidados, han de reconstruir dichas prácticas y creencias en una permanente relación contradictoria de complementación y de conflicto con el sistema *profesional* (8,9).

Un concepto asociado a la convivencia entre diversas culturas ha sido la *interculturalidad*. Se entiende por interculturalidad el contacto, articulación, conflicto, resistencia y tensión entre dos o más culturas. En salud se ha hecho referencia a la interculturalidad al abordar las diversas prácticas y creencias que se ponen en juego, se articulan y se sintetizan con el objetivo común de hacerle frente a la enfermedad y mejorar la salud, sin dejar de lado el proceso conflictivo, antagónico, de hegemonía y subalternidad que se presentan entre los sistemas popular, tradicional y profesional (9).

Con el fin de comprender las formas de convivencia cultural entre las diversas prácticas y creencias en el cuidado de la salud, se han desarrollado tres modelos de integración: la *asimilación*, el *melting pot* y el *pluralismo cultural*. El modelo de *asimilación* ha sido definido como una reacción natural de las sociedades receptoras, las cuales tratan de que el migrante (de manera unilateral) adquiera la cultura y costumbres de la comunidad de adopción con el fin de ser admitido como un miembro más. Este posicionamiento ha resultado reduccionista, debido que el migrante estará “diluido” en la mayoría y la cultura de acogida no sufrirá ninguna modificación, lo cual conlleva a un empobrecimiento de la sociedad receptora al desaprovechar las aportaciones de otras experiencias. El siguiente modelo de integración denominado *melting pot* supone la creación de una sociedad nueva a causa de la fusión cultural. En este caso, la limitación se encuentra en la resistencia de la cultura dominante a perder su hegemonía. Por último, el modelo basado en el *pluralismo cultural*, se centra en el derecho de los grupos a mantener su propia identidad. De esta forma, la adaptación ha de producirse mediante la adhesión de todos a unos principios comunes de convivencia. Es decir, este modelo contempla el hecho de que cada grupo pueda mantener las peculiaridades de su colectivo sin dejar de lado las tensiones y conflictos propios de las sociedades multiétnicas, pero siempre y cuando estos conflictos no afecten a dichos principios (30).

Por lo tanto, la diversidad cultural no debe ser concebida de una manera estática. No hay duda de que a través de las culturas se han elaborado las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de manera diferente en razón del alejamiento geográfico, de las propiedades particulares del medio, y de la ignorancia en que se encontraban del resto de la humanidad, pero ha sido en la interacción con las demás culturas lo que ha permitido un intercambio y enriquecimiento en los conocimientos sobre el cuidado de la salud (30).

1.1.4. La competencia cultural en contextos migratorios

La *competencia cultural* en el ámbito de la salud ha surgido del producto de un trabajo y una gestión enfocada a la interculturalidad. Tener un enfoque intercultural ha significado integrar desde el *sistema profesional* a las diversas prácticas y creencias sobre el cuidado de la salud, ya sean de origen *popular y/o tradicional* (10,11). Diversos estudios han mostrado que la salud de los migrantes se ha visto atravesada por la falta de sensibilidad y adaptación del sistema profesional a una población diversa y multicultural que posee otras prácticas y creencias con respecto al cuidado. En este sentido, las principales dificultades en el acceso se han debido a la falta o escasa competencia cultural por parte del equipo sanitario, pero también a requerimientos legales, al idioma, la información, la educación y al tiempo de estancia en el país (1-7).

Un ejemplo del efecto que tiene la falta de integración de las diversas prácticas y creencias del cuidado de la salud se ha podido ver en lo que ocurre en África subsahariana con respecto al tratamiento contra el VIH. Que haya una salud fragmentada entre el mundo de salud biomédico y el tradicional (basada en la fe), ha contribuido a una dificultad en el acceso debido a la naturaleza de las creencias relacionadas con la salud, la disponibilidad de opciones alternativas, el tratamiento fallido percibido y la explotación de alternativas por parte de comerciantes y curanderos oportunistas. De esta forma, entre los proveedores de atención biomédica y los que impulsan un tratamiento con opciones tradicionales y basadas en la fe, se han ido alimentando las tensiones impulsadas por el miedo a las interacciones entre medicamentos y por la desconfianza entre los proveedores que operan en diferentes mundos de la salud, llevando a una dificultad en el acceso al tratamiento contra el VIH (23).

Sin embargo, la *competencia cultural* no dependerá exclusivamente del profesional sino también de la voluntad institucional, siendo fundamental su impulso desde la política de los gestores sanitarios (27). Un estudio realizado en Noruega con la población migrante

proveniente del África subsahariana, ha revelado que a nivel institucional existen dificultades antes de acceder al sistema de salud (acceso a la información, preferencia por médicos migrantes, barreras financieras, tiempo de espera prolongado y responsabilidad familiar y laboral), y dentro del propio sistema (comprensión/expresión y lenguaje e insatisfacción con los proveedores de atención médica) (3). En este sentido, la cultura organizacional debería desarrollar una mayor flexibilidad de respuestas que promuevan la interacción en red con los usuarios. Adecuando políticas y condiciones organizativas que faciliten y aseguren que los dispositivos institucionales de atención se adapten a la variabilidad cultural (8). En la revisión sistemática de Handtke O y cols. (4), los autores mostraron que las intervenciones y los efectos brindados por una atención médica culturalmente competente para pacientes cultural y lingüísticamente diversos, ha mejorado la atención al ofrecer atención en diferentes idiomas, reclutar profesionales de salud biculturales/bilingües, capacitar al personal de atención médica en competencia cultural, integrar a los trabajadores de salud comunitarios, adaptar el entorno ofreciendo comidas étnicas y material escrito en diferentes idiomas, colaborar con comunidades minoritarias y monitorear el desarrollo organizacional

No obstante, la cultura es uno dentro de otros elementos de influencia en el acceso a la salud, tales como los factores individuales (edad, sexo, género), educacionales (tanto formal como informal, incluida la educación religiosa, étnica y profesional), socioeconómicos (clase social, status económico, ocupación y otros soportes sociales) y tiempo de estancia en el país (6,7,10). Por ello, no puede hablarse de la *cultura de los cuidados* desligada del contexto en el que esas creencias y prácticas son simbólicamente reelaboradas (27). En este sentido, en cuanto a la utilización de los servicios sanitarios, el trabajo de revisión de Bas Sarmiento mostró una desigualdad en función de si la población era migrante o autóctona. Según sus resultados, los migrantes hacen un menor uso de las instituciones sanitarias, particularmente los de primera generación y las personas con antecedentes migratorios bilaterales (mujeres con hijos), debido a la necesidades de alfabetización en salud, al dominio del idioma y al propio funcionamiento del sistema de salud (7).

Adicionalmente, otro elemento central dentro de la *competencia cultural*, es la comunicación que se establece entre profesional y migrante. La comunicación será importante, en tanto permita una mayor efectividad en torno a los conocimientos, habilidades y actitudes desarrollados para lograr un trabajo *intercultural*. El trabajo

intercultural es un tipo de labor que obliga a plantear estrategias que coadyuven a la modificación de las relaciones negativas entre las instituciones y los usuarios con respecto a los saberes y prácticas del cuidado de la salud (9).

En esta línea la *mediación intercultural* se sitúa como un facilitador en diferentes sentidos. En primer lugar, facilita el acceso normalizado y en igualdad de condiciones a personas de otros orígenes culturales para evitar situaciones de discriminación en el uso de los recursos. En segundo lugar, favorece la reducción de barreras lingüísticas y culturales, el asesoramiento y formación de los profesionales sobre las características de los diversos colectivos culturales, además de mejorar la comunicación entre los actores implicados para que puedan entender las respectivas visiones culturales de la salud, enfermedad y el cuidado. En tercer lugar, la mediación intercultural, fomenta el empoderamiento de los usuarios, la identificación y el trabajo sobre los prejuicios y estereotipos de ambas partes y actúa sobre la prevención y resolución de los conflictos causados por la diferencia cultural (8). Y si bien la mediación intercultural debe ser una habilidad profesional fundamental, no resulta menos importante la incorporación de una tercera persona para llegar a un mejor acuerdo entre las partes, como es el caso de los trabajadores comunitarios. Un ejemplo de la magnitud de lo que ocurre al no tener en cuenta la comunicación entre profesional y paciente migrante lo ha demostrado una investigación sobre africanos que residen en Guangzhou (China). El estudio ha revelado que las barreras a las que se enfrentan los africanos, ha llevado que adopten una serie de enfoques “subóptimos” e insostenibles como usar a sus amigos o socios chinos como intérpretes, automedicarse, usar conexiones personales con médicos, y viajar a países de origen o países que ofrecen atención médica en su mismo idioma (6).

Por lo tanto, con el objetivo de generar un mayor y mejor intercambio con las diversas culturas, tanto instituciones como profesionales deben trabajar para promover un enfoque intercultural que contribuya, entre otros aspectos, a eliminar las barreras de acceso a los servicios y mejorar los resultados de salud de los diversos pueblos, reconociendo, entre otras cosas, los conocimientos ancestrales y la medicina tradicional y complementaria (31). En este sentido, la *competencia cultural* ha reconocido la complejidad y superado las divisiones de 'nosotros' y 'ellos', teniendo en cuenta las diferentes perspectivas y los prejuicios asociados en torno a los diversos cuidados en salud (11). De esta forma, tal como establece la OMS, para garantizar una atención equitativa y adecuada, será necesaria

la utilización de conocimientos científicos y tradicionales que tengan en cuenta los derechos, necesidades, dignidad y autonomía de los pacientes (32).

1.1.5. La competencia cultural en el barrio Carlos Mugica

La Ciudad de Buenos Aires es una metrópoli portuaria ubicada en las orillas del río de la Plata, en la región centro-este de Argentina. Es la capital más poblada del país con un total de 3.067.990 habitantes y 1.295.150 hogares distribuidos en 15 comunas (33)². Dentro de la comuna I, en la zona de Retiro, se encuentra uno de los 16 asentamientos poblacionales de emergencia, el barrio Carlos Mugica, también denominado Villa 31 (ver Anexo III).

Los asentamientos poblacionales de emergencia³ han surgido de la ocupación ilegal de terrenos fiscales, cuyas viviendas originalmente de materiales de desecho, han sido mejoradas a lo largo del tiempo por sus habitantes al ir incorporando servicios públicos y equipamientos comunitarios por la acción del Estado, y/o por instituciones de la sociedad civil (34). Dos factores han estado estrechamente vinculados con la conformación y evolución de los asentamientos poblacionales de emergencia. Por un lado, las distintas corrientes migratorias internas y externas, que desde finales del siglo XIX han marcado el perfil de la ciudad. Por el otro, las diversas respuestas de las autoridades municipales y nacionales en sus intentos de encontrar una “solución” al problema habitacional de las familias de bajos recursos (34). Este tipo de hábitat atañe al 7,6% de la población total de la Ciudad de Buenos Aires y a un 4% de los hogares (35).

El barrio Carlos Mugica⁴ es un asentamiento de emergencia caracterizado por hallarse próximo a la principal terminal de ómnibus, ser el asentamiento poblacional de emergencia más antiguo y el segundo más poblado, lindar con los barrios más caros de la ciudad y encontrarse en proceso de urbanización (ver Anexo IV) (36). Desde sus comienzos, el número de habitantes ha ido variando debido a los constantes desalojos y a las crisis económicas y sociales. A partir de los años ochenta, se inició en el barrio un crecimiento exponencial de más del doble de habitantes por década llegando, según los últimos datos

²Las comunas son unidades de gestión política y administrativa descentralizada de la ciudad que tienen competencia territorial, patrimonial y personería jurídica propia. Cumplen además, una función electoral en el momento de elegir funcionarios comunales y nacionales. Agrupan también a los barrios oficiales de la ciudad, dividiéndola según lo establece la Ley orgánica 1777 de 2005, aprobada por unanimidad de la Legislatura el 1 de septiembre de ese año.

³ Un asentamiento poblacional de emergencia es un lugar donde se establece una persona o comunidad en viviendas autoconstruidas bajo deficientes condiciones de habitabilidad. Se forman por ocupaciones espontáneas de terrenos sin reconocimiento legal.

correspondientes al año 2010⁵, a un total de 27.013 habitantes y 6.956 viviendas. En las tablas 1 y 2 se presenta el crecimiento de la población en las últimas décadas, así como su distribución por edad y sexo.

En cuanto al lugar de nacimiento, el 52% del total de la población procede de países fuera de Argentina (ver tabla 3). De los 14.309 habitantes que han nacido en otro país, casi la mitad proviene de Paraguay, un tercio de Bolivia y menos del 20% del Perú (37).

Tabla 1: Población residente del barrio Carlos Mugica. Ciudad de Buenos Aires. Años: 1962-2010

Año	1962	1976	1980	1991	2001	2010
Habitantes	6.731	24.324	796	5.668	12.204	27.013

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos (Ministerio de Economía y Finanzas GCBA) sobre la base de datos censales 2010.

Tabla 2: Distribución por edad y sexo de la población del barrio Carlos Mugica.

GRUPO DE EDAD (AÑOS)	SEXO		
	Total	Varón	Mujer
	27.013	13.643	13.370
0-4	3.452	1.793	1.659
5-9	2.636	1.291	1.345
10-14	2.375	1.193	1.182
15-19	2.436	1.195	1.241
20-24	3.564	1.757	1.807
25-29	3.305	1.738	1.567
30-34	2.627	1.368	1.259
35-39	2.086	1.062	1.024
40-44	1.526	775	751
45-49	1.134	577	557
50-54	762	373	389
55-59	517	235	282
60-64	286	141	145
65-69	147	66	81
70-74	83	41	42
75-79	50	20	30
80 Y MÁS	27	18	9

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) en base a los datos censales del 2010.

⁵ Los últimos datos censales del barrio publicados, corresponden al año 2010.

Tabla 3: Distribución de la población del barrio Carlos Mugica en función del sexo y lugar de nacimiento

	Lugar de nacimiento	
	Argentina	Otro país
Varón	6.658	6.985
Mujer	6.046	7.324
Total	12.704	14.309
%	48%	52%

Fuente: Dirección General de Estadísticas y Censos (Ministerio de Hacienda GCBA) sobre los datos censales 2010.

En cuanto su origen, la migración del barrio Carlos Mugica se remonta al año 1931, cuando el gobierno dio depósitos vacíos del Puerto Nuevo a un grupo de polacos que buscaban refugio (38). Su expansión fue rápida y la población llegó a situarse alrededor de 3.000 personas, conformada principalmente por hombres polacos. Muchos no pudieron encontrar trabajo y el lugar fue conocido como Villa Desocupación (39). En la década del 40 con la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) y con la expansión industrial de Buenos Aires, hubo una mayor afluencia de migrantes europeos y del interior del país. Durante ese tiempo, el gobierno le proporcionó a un grupo de italianos viviendas precarias. En ese entonces el barrio se hizo conocido como Barrio de Inmigrantes (39). Nombres como la Villa Desocupación y el Barrio de los Inmigrantes han funcionado para separar el barrio de la ciudad y convertirlo en el “otro”. Poco después el barrio pasó a ser conocido como la Villa Esperanza. Hoy en día se conoce como Villa 31, Barrio 31 y Barrio Carlos Mugica⁶ (38).

A mediados de la década del 60 comenzó un proceso para congelar, desalentar y erradicar las villas, impulsado y llevado a cabo por los sucesivos gobiernos militares, denominado Plan de Erradicación de las Villas de Emergencia (PEVE). De las personas que fueron desalojadas, muchas regresaron a los países o provincias de origen, quedando 796 de las 24.324 personas que la habitaban (38). En el año 83 con la vuelta a la democracia, las leyes de erradicación de las villas se anularon dando comienzo a una nueva corriente migratoria, proveniente principalmente del Paraguay, Perú y Bolivia. El origen de esta corriente migratoria se ha relacionado con la caída de ciertas industrias del sector agrícola y ha

⁶ Carlos Francisco Sergio Mugica Echagüe (1930-1974) fue un sacerdote y profesor argentino vinculado al Movimiento de Sacerdotes para el Tercer Mundo y a las luchas populares de la Argentina de las décadas de 1960 y 1970. Se caracterizó por su *opción preferencial por los pobres*. La mayor parte de su labor comunitaria tuvo lugar en la Villa 31 de Retiro.

tenido su auge en los 90, con la paridad en torno al valor de la moneda⁷. En un comienzo, la pauta de movilidad territorial ha sido por etapas, desde localidades cercanas a la frontera hacia epicentros urbanos. Más tarde, ha cambiado por un patrón de desplazamiento directo, gracias a la existencia de vínculos familiares y de paisanaje entre migrantes (34). Estos vínculos de paisanaje que se han materializado en la cohabitación de espacios, han posibilitado las estrategias de cuidado y ayuda mutua, facilitando la recuperación de conocimientos ligados al sostenimiento de la salud (28).

El sistema de atención en salud en el barrio Carlos Múgica

El sistema de mitos y creencias, así como la religión y las costumbres de la población proveniente de Bolivia, Perú y Paraguay ha ido variando. Si bien hacen un gran uso del sistema de cuidados profesional, sus prácticas se entremezclan con elementos de las culturas autóctonas, tales como costumbres, creencias y leyendas. En este sentido, la búsqueda de atención en el *sistema profesional* se presenta no como prioridad, sino como alternativa cuando las prácticas de cuidado y atención, recuperadas del *sistema tradicional* y *popular*, no puedan ser garantizadas o no surtan el efecto esperado. Sin embargo, la migración no ha de visibilizar o de llevar estos saberes o prácticas a las consulta con el profesional pero, sin embargo, los han de recuperan en sus ámbitos privados, colectivos o familiares como formas de cuidar su salud ante las distintas barreras que deben atravesar para acceder al sistema sanitario (28).

Diversos estudios han indagado en algunas de las prácticas y creencias del cuidado de la salud que llevan a cabo las poblaciones de Perú, Bolivia y Paraguay (9,19–22) y su relación con el sistema profesional (29). El trabajo de S. Lerín (9) identificó cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional: el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera y la disentería⁸. Además, entre sus conclusiones destaca que las plantas medicinales se utilizan para aliviar trastornos digestivos, padecimientos de tipo respiratorio, curar lesiones de la piel, infecciones cutáneas, traumatismos, dolor muscular y reumático y picaduras de animal, tratamiento de

⁷ La paridad cambiaria fue una decisión política y económica de intervenir la moneda, en la que 1 peso era equivalente a 1 dólar. Esta medida se estableció entre los años 1991 y finalizó en el 2001 dejando a su paso una de las mayores crisis sufridas en el país.

⁸ Nosología tradicional que puede relacionarse con enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio (9).

la fiebre, escalofrío, dolor de cabeza y articulaciones en general, así como para el tratamiento de síntomas relacionados con el aparato sexual femenino (9).

De este modo las plantas medicinales se utilizan entre estas poblaciones con una función preventiva o para tratar diversas afecciones. Diferentes estudios han identificado que casi el 90% de la comunidad paraguaya, emplea las plantas medicinales con alguna asiduidad para diversos padecimientos, tales como tos, fiebre, diabetes (20,22). Con respecto al significado que le dan al uso de plantas medicinales, se han identificado tres razones por parte de las comunidades de Bolivia y Perú: en primer lugar, el uso de plantas medicinales constituye una práctica ligada a la tradición ya que parte de un origen étnico, un hábito y una forma de sentirse en casa. En segundo lugar, constituye una elección del consumidor consciente de la salud y en tercer lugar es una estrategia de afrontamiento frente a la condición de migrante (19). Sin embargo, estas prácticas no se encuentran incorporadas o son poco utilizadas dentro de la medicina formal.

De la misma manera, “el susto” o “espanto” constituye un ejemplo de la interpretación del padecimiento que puede tener la migración procedente de Bolivia, Perú y Paraguay, ya que es una de las enfermedades prevalentes de carácter cultural de mayor expresión en toda América Latina. Tanto por su origen como por su cura, el “susto” se enmarca dentro del *sistema tradicional* de cuidados en salud. “El susto” se caracteriza por la presencia de entidades maléficas identificadas, por efecto de la prédica colonial, con el diablo, o bien por objetos corporales de entidad maligna que se extraen del cuerpo. Las modalidades de extracción, de tipo ceremonial, están a cargo del curandero, en donde los objetos que materializan la enfermedad, contribuyen a restaurar el acuerdo entre las entidades anímicas del enfermo y su realidad corporal (21).

Entre estas poblaciones y desde el punto de vista lingüístico, si bien el idioma de mayor uso es el castellano, dependiendo la región del país de procedencia su uso varía en mayor o menor medida, debido que Perú, Bolivia y Paraguay son naciones plurilingües. En el caso de Bolivia, el castellano es utilizado por el 69,40% de los habitantes, el quechua por el 17,43% y el aimara el 10,60% de la población (40). En Perú, el castellano es utilizado por el 82,94% de la población, el quechua por el 13,6% y el aimara por el 1,61% de la población (41). En el caso de Paraguay, los idiomas que mayor parte del tiempo se utilizan en el hogar son: el guaraní 40%, el castellano 26,5%, guaraní junto con castellano 30% (42).

En relación al sistema de salud argentino, es necesario señalar que está conformado por tres sectores: el sector público que se financia con ingresos generales y se rige por los principios de universalidad y equidad en la atención, el sector del seguro médico u obra social, que es un sistema obligatorio de protección de la salud para trabajadores en una relación de dependencia, y el sector privado cuyos beneficios se pagan mediante la contratación de sistemas prepagos o mediante pagos realizados directamente por parte de los usuarios. En este sentido el 74,8% de la población total del barrio Carlos Mugica dispone únicamente del sector público (37). Como recursos públicos de salud propios del *sistema profesional*, el barrio cuenta con el hospital general de agudos Dr. Juan A. Fernández como hospital de referencia (situado dentro de la comuna 1 pero fuera del barrio). A nivel de atención primaria, el barrio cuenta con dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC): N° 21 y 25, situados dentro del mismo (ver anexo VI).

En los Centros de Salud trabajan: 5 profesionales de Clínica médica, 2 de Ecografía, 5 de Enfermería, 4 de Trabajo comunitario, 5 de Medicina familiar, 2 de Nutrición, 4 de Obstetricia, 1 de Odontología, 10 de Pediatría, 4 de Psicología, 2 de Psicopedagogía, 1 Psiquiatría, y 4 de Trabajo social. Estos centros desarrollan programas de salud específicos como el dirigido a la salud materno- infanto- juvenil, dación de leche, salud sexual, inmunizaciones, vigilancia epidemiológica, tuberculosis, diabetes, promoción de la salud, e hipertensión en un horario de 8 a 17.

1.2. Justificación

A partir de mi trabajo como enfermero comunitario en el barrio Carlos Mugica, he reconocido en los usuarios migrantes la falta de continuidad en los tratamientos y el escaso entendimiento al tratar temas que tengan que ver con su salud. Así mismo, he notado la escasa información que poseemos los profesionales sobre sus prácticas y creencias autóctonas en el cuidado de la salud. Estas cuestiones me han llevado a considerar que la competencia cultural puede ser un motivo que se ajuste a resolver estas cuestiones.

Ante la coexistencia de diversos sistemas de cuidados en salud en un mismo tiempo y lugar, la perspectiva intercultural, puede ser tomada como una herramienta útil para el acercamiento entre migrantes y profesionales. Fundamentalmente en los procesos de cambio en un campo donde se dirimen conflictos derivados de la hegemonía de la cultura dominante del sistema profesional ante los saberes populares o tradicionales. De este modo, a través de la competencia cultural se busca favorecer una interacción entre las

diversas formas de cuidar con el fin de obrar hacia una equidad y una mejor calidad en la atención.

En este sentido, si bien la competencia cultural ha sido incorporada en los estudios sobre salud en contextos multiculturales, todavía no ha sido lo suficientemente problematizado en qué medida influyen las diversas prácticas y creencias en el cuidado de la salud sobre el uso que se hace del sistema profesional. Esto implica a dos grupos: los migrantes y los profesionales. Por lo tanto, en el contexto multicultural del barrio Carlos Mugica, será necesario descubrir las expresiones y significados relacionados con el cuidado de la salud de la cultura migrante y de la cultura profesional, con el objetivo de explorar en su interacción.

2. OBJETIVOS

Objetivo general:

O₁: Explorar las prácticas y creencias del cuidado de la salud en población migrante y las experiencias y percepciones de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados a estas poblaciones en el barrio Carlos Múgica (Buenos Aires, Argentina).

Objetivos específicos:

O₁: Explorar las prácticas y creencias de cuidados utilizados por la población migrante en función de su cultura de origen (paraguaya, boliviana o peruana).

O₂: Explorar las barreras en el acceso al sistema profesional experimentadas por la población migrante.

O₃: Indagar entre profesionales de la salud y comunitarios que ofrecen atención en el barrio, su percepción sobre las diversas creencias y prácticas en el cuidado de las población migrante y su influencia en el acceso al sistema profesional.

3. ENFOQUE METODOLOGICO

3.1. Diseño del estudio

Diseño exploratorio cualitativo con enfoque etnográfico.

La etnografía (*étnhos*= pueblo, *grafhe*= descripción) es un método de investigación propio de la antropología cultural, que toma como referencia la descripción del modo de vida de una unidad social o grupo de individuos en el escenario natural donde transcurre el fenómeno estudiado, con el fin de comprender los significados del mundo simbólico de las personas. Aplicar la etnografía a la ciencia enfermera ha permitido describir y explicar los patrones de comportamiento, creencias, valores, modos de vida, costumbres y modos de decisión de un grupo de personas con relación al cuidado de la salud (43).

Con el fin de ser riguroso en el diseño del estudio y entender a los participantes de la investigación *en sus propios términos*, es decir, evitando proyectar las categorías del investigador en sus realidades, se tendrá en cuenta las dimensiones *émica* y *ética*. De este modo se estudiarán los comportamientos desde el interior de la cultura, al escuchar la voz de los que verdaderamente tienen experiencia sobre el fenómeno de estudio, en este caso, los migrantes. Así mismo para lograr un mejor entendimiento, las interpretaciones se harán apoyadas en las explicaciones científicas de la realidad, sin que se encuentren guiadas por una imposición de creencias, perspectivas y valores propios (43,44).

Por otro lado, para estudiar a los profesionales de la salud y a comunitarios del barrio Carlos Mugica, el modelo propuesto por Larry Purnell ofrece un marco adecuado al compartir conceptos de sociedad global, comunidad, familia, persona y salud. Además, se trata de un modelo flexible con un alto grado de fluidez en la práctica clínica, que por su multidisciplinariedad puede guiar el desarrollo de la investigación (13,15,45).

Al tratarse de un fenómeno poco conocido, el tipo de estudio será exploratorio. Por lo que se espera que los resultados obtenidos ayuden a avanzar en el conocimiento sobre el fenómeno de estudio y se puedan generar nuevas hipótesis en futuras investigaciones.

3.2. Muestreo y participantes

Con el presente estudio se pretende explorar las percepciones en torno al cuidado de la salud que tienen migrantes provenientes de Bolivia, Perú y Paraguay y los equipos sanitarios y comunitarios del barrio Carlos Mugica. Para cubrir este objetivo, se realizará

un muestreo de conveniencia, razonado, que aporte la mayor variabilidad posible en el discurso, acumulativo para conseguir dar respuesta a los objetivos planteados en el estudio, y abierto a la posibilidad de introducir cambios conforme se vayan consiguiendo datos e información, es decir, circular, reflexivo y flexible. La recogida de datos cesará cuando la información sea redundante, por lo que se intentará contar con representantes de cada una de las dimensiones del estudio en función de la riqueza y la diversidad de la información a obtener. También se tendrá en cuenta la saturación de la información cuando las sucesivas indagaciones no aporten nueva información relevante acerca del objeto de estudio (46).

La captación de informantes se realizará en los dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N° 21 y 25, ubicados dentro del barrio Carlos Mugica por ser los únicos efectores públicos de salud que trabajan con la población del lugar. Ambos centros atienden a la población migrante de Bolivia, Perú y Paraguay de igual manera. Debido que no hay restricción de atención por centro, la persona puede decidir a cuál de los dos centros dirigirse.

Se solicitará permiso a la jefatura de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21 y 25 para que una vez explicado y presentado el proyecto de investigación, me den permiso para poder entrevistar a trabajadores comunitarios, de medicina familiar y de enfermería y comenzar así, a partir de ellos, a contactar con los informantes migrantes de Perú, Bolivia y Paraguay. Si están de acuerdo, les pediré una forma de contacto, correo electrónico y teléfono personal, para que en el plazo de una semana puedan confirmarme o no su participación en el estudio. Previa a la entrevista con los participantes se les entregará la hoja de información del estudio (ver Anexo VI) y se les solicitará su consentimiento informado (ver Anexo VII).

Se seleccionarán profesionales de trabajo comunitario, medicina familiar y enfermería de ambos Centros de Salud siguiendo un muestreo de conveniencia cuya diversidad en cuanto a roles profesionales, permitirá obtener una mayor variabilidad en los discursos. La selección de participantes migrantes de Perú, Bolivia y Paraguay se hará con una estrategia de muestreo *nominado-bola de nieve* desde los dos Centros de Salud. Se captarán a partir de los profesionales quienes nominarán a informantes claves de cada uno de los colectivos migrantes. Estos a su vez, conducirán a la selección de nuevos participantes. Con el objetivo de captar información basada en la observación, que sea útil al estudio, la recogida de datos se realizará en los centros de salud y domicilios respectivamente para ambos

grupos de participantes. En ambos casos se tendrá en cuenta las preferencias y comodidad de los participantes y se insistirá en todo momento sobre el total anonimato del estudio.

Los criterios de inclusión son:

- ☉ Primera generación de hombres y mujeres migrantes de Bolivia, Paraguay y Perú en edad adulta (mayores de 18 años) que residan en el barrio Carlos Mugica.
- ☉ Trabajadores comunitarios, de medicina familiar y enfermería de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21 y 25.

Los criterios de exclusión son:

- ☉ No ser primera generación de migrante
- ☉ Ser menor de 18 años
- ☉ Haber nacido en Argentina o proceder de otro país que no sea Bolivia, Paraguay o Perú
- ☉ Vivir fuera del barrio Carlos Mugica

3.3. Técnicas de recogida de datos

Se utilizarán las siguientes técnicas de recogida de datos cualitativos: observación participante, entrevista y grupo focal.

3.3.1. Observación

La observación participante es una técnica de recogida de datos que se origina en la antropología y sociología pero que a través de Madeleine Leiniger se aplica en la enfermería (47). Emplear la observación participante se debe a la capacidad descriptiva de esta técnica, en donde los componentes de la situación permiten la identificación del sentido, la orientación y dinámica de cada instante para comprender mejor las prácticas y creencias en el cuidado de la salud (46).

Para explorar en las prácticas y creencias del cuidado de la salud de la población migrante y las experiencias y percepciones de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados a estas poblaciones, utilizaré la observación participante a partir de integrarme a la realidad de ambos grupos. Con este tipo de observación pretendo entender, desde el punto de vista de los participantes, los acontecimientos que se dan en su contexto. Para ello se interactuará en múltiples momentos. La planificación de la observación se realizará con una participación total. Será abierta, de modo que los participantes sabrán que están siendo

observados. No obstante, tendrán plena información del propósito de la observación participante (46,47).

El uso de la observación participante ha de permitir un estudio profundo de la vida cotidiana y organizativa de los centros salud y de las diversas culturas (48). Por lo tanto, al tratarse de un trabajo de tipo etnográfico se buscará una descripción detallada de la realidad de personas, en el contexto cultural donde desarrollan las prácticas y creencias en torno al cuidado de la salud (9). En este sentido, la observación participante con el equipo de salud se realizará en los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21 y 25, mientras que con los migrantes se hará en el hogar o en los espacios donde se desarrollen los cuidados y/o algunas prácticas curativas.

3.3.2. Cuaderno de campo

Para realizar apuntes sobre todo lo que vaya aconteciendo, además de las impresiones personales y consideraciones, utilizaré como instrumento un cuaderno de campo. A través de las anotaciones permitiré aprehender lo real del mundo-vida de los participantes a través de la descripción de componentes de una situación, identificando el sentido, la orientación y la dinámica de cada momento. Todos los participantes serán informados previamente sobre el registro de notas y su objetivo en la investigación, con la finalidad de no generar extrañamientos durante la realización de las mismas. El desarrollo del cuaderno de campo se hará en base a las notas de observación (NO), donde describiré la aprehensión inmediata de la realidad observada; las notas teóricas (NT), donde relacionaré con reflexiones personales pautadas en la teoría, sobre el hecho observado; las notas metodológicas (NM), donde se reflejarán las reflexiones personales subsidiarias en los referenciales metodológicos, sobre el hecho observado; y las notas personales (NP) donde resaltaré los sentimientos al observar determinadas circunstancias (47).

3.3.3. Entrevista semi estructurada

Dentro de la investigación cualitativa, la entrevista semi estructurada es un tipo de entrevista que se utiliza con gran frecuencia. En la entrevista semi estructurada, los temas y las preguntas están planificados previo a su realización. Sin embargo, existe la posibilidad de cambiar o añadir nuevas preguntas, tanto a lo largo de la entrevista como a lo largo de la investigación. Las preguntas se acomodarán al contexto y a las personas entrevistadas (46). No obstante, las entrevistas se darán por finalizadas cuando se logre una saturación de

categorías, es decir, cuando los datos obtenidos se vuelvan redundantes y los nuevos análisis confirmen lo que he fundamentado (49).

Dado que se pretende obtener respuestas genuinas desde la perspectiva del entrevistado, se utilizará este tipo de entrevistas con los participantes migrantes de Bolivia, Perú y Paraguay (ver Anexo VIII). Con la entrevista semi estructurada se tratará una lista de las áreas temáticas generales en donde se indagará en las propias prácticas y creencias en el cuidado de la salud y sobre las posibilidades e imposibilidades de acceder al sistema de cuidados profesional. No obstante, para identificar y eliminar los posibles problemas que pueda presentar la entrevista, se realizará una prueba piloto a 5 participantes. En todos los casos se tendrán en cuenta las variables sociodemográficas: país de origen, sexo, género, edad (años), estancia (meses), idioma. Así mismo, las entrevistas se realizarán en el domicilio de los entrevistados para así observar el ambiente cotidiano. De todas formas la opción del sitio donde realizar la entrevista quedará a criterio del entrevistado. Las entrevistas serán registradas en una grabadora y en el cuaderno de campo.

Luego de realizar la fase piloto y hecha las correcciones pertinentes (en caso necesario), proseguiré con el resto de las entrevistas. Entregaré la hoja de información del estudio (Anexo VI). Le pediré permiso para grabar la entrevista y publicar los resultados y también le pediré que lea y firme el consentimiento informado (Anexo VII), insistiendo siempre en la confidencialidad de la información y en su anonimato. A continuación avanzaré con la entrevista y las preguntas sobre los distintos temas. Por último, la entrevista se clausurará con un breve resumen de lo expuesto, preguntaré por alguna aportación más que deseen hacer y le informaré sobre cómo se utilizarán los resultados, agradeciendo nuevamente su participación (46).

3.3.4. Grupo focal

La práctica de investigación de grupo focal es un tipo de entrevista que se interesa en el punto de vista individual a través del funcionamiento grupal ante un tópico específico del discurso (46).

Se realizarán entrevistas grupales debido que se adapta mejor al permitir explorar el discurso en un contexto social y estimular la interacción entre las personas participantes para entender los múltiples significados-realidades de los grupos teniendo en cuenta los factores tiempo, coste y/o factibilidad (46).

Las personas que participan en los grupos focales deben ser en cierta medida “representantes” de la población estudiada, ya que se pretende obtener información sobre los significados de los principales discursos que existen sobre el tema objeto de estudio. Por este motivo, se conformarán grupos focales con trabajadores comunitarios, medicina familiar y enfermería en los mismos lugares de trabajo, con el objetivo de generar y analizar la interacción entre ellos y la forma en que construyen significados de manera grupal (49).

Los grupos se construirán de manera homogénea, uno por centro de salud, para permitir y favorecer el debate. Además el hecho de que sean 3 disciplinas distintas permite que se den diferentes opiniones cuyo contraste enriquezca el discurso. Ambos grupos cuentan con un número mayor a seis participantes, lo cual garantiza un nivel de diálogo y discusión suficientes para producir la información grupal. En ambos casos se buscará alcanzar la suficiencia de los datos o saturación. La duración aproximada de la entrevista grupal serán de una hora y media, y se informará previamente a los participantes (46,50). Los temas abordados, basados en parte de los dominios de Purnell, serán la caracterización de su práctica diaria, su percepción sobre las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de la población migrante, los cuidados culturalmente competentes, la comunicación, las dificultades y fortalezas para el acceso a la salud de migrantes (Anexo IX).

3.4. Análisis de datos

Las entrevistas semi-estructuradas y grupales se grabarán u serán transcritas literalmente. Posteriormente serán analizadas siguiendo la metodología cualitativa de análisis narrativo de contenido utilizando la codificación según categorías emergentes, pudiéndose encontrar similitudes y puntos de comparación entre los diferentes contextos y grupos identificados. También se valorarán las notas de campo a modo de comentarios y anotaciones que complementen el testimonio de los participantes.

Teniendo en cuenta las fases en el análisis de datos (46), se procederá de la siguiente forma:

- ☉ **Fase de preparación del corpus textual:** se realizará la transcripción literal de toda la información recopilada a través de las entrevistas, grabaciones y notas de campo. Se utilizarán códigos numéricos para mantener siempre el anonimato de los

informantes. Además se ordenará y agrupará toda la información en función de las similitudes en los datos y discursos.

- ☉ **Fase de descubrimiento o pre-análisis:** se realizarán interpretaciones pre-análíticas a través de la lectura repetida de los textos con el fin de familiarizarse con los datos. También, a través de los textos, se elaborará una lista tentativa de temas y un esquema provisional de clasificación de dichos temas.
- ☉ **Fase de análisis:** se segmentarán los textos siguiendo el proceso de creación de citas, de elaboración de categorías y creación del marco explicativo, para describir los datos hasta su interpretación.
- ☉ **Fase de relativización, verificación y contraste de los hallazgos y creación del marco explicativo definitivo:** se empleará la triangulación de investigadores entregando los resultados a un investigador que acepte colaborar para que interprete los datos y compruebe que los resultados son similares. Luego se entregarán los resultados a los entrevistados, para que así puedan contrastar y validar los datos. De esta forma, con los datos obtenidos se elaborará el marco explicativo final.

En análisis se realizará con el software informático NVIVO 10 (51).

3.5. Criterios de calidad

Teniendo en cuenta los criterios de calidad para la investigación cualitativa (46), se tendrá en cuenta:

- ☉ La **credibilidad** del estudio, por lo cual se intentará captar el significado que, tanto los participantes migrantes como del equipo de salud, le dan a sus creencias y prácticas del cuidado. Esto se realizará mediante entrevistas semi-estructuradas y grupos focales respectivamente. De esta forma procuraré expresar adecuadamente los sentimientos, pensamientos y puntos de vista de lo/as entrevistado/as, utilizando además la triangulación de datos de la propia investigación y de otras investigaciones con el fin de evitar interpretaciones diferentes y comprobar que los resultados son similares.
- ☉ La **transferencia**, donde se describirá de manera detallada el lugar donde se realizaron las entrevistas, el material empleado y las características de los participantes. Además utilizaré una muestra variada para que los resultados emerjan de fuentes diversas. De esta forma se podrá extender parte o la totalidad de los resultados a otras poblaciones.

- ☉ La **consistencia**, donde se tendrán en cuenta que los datos sean relevantes, entendibles y precisos. Así mismo, se realizará un análisis por cada una de las dimensiones. Los resultados de la investigación se cruzará con la información aportada por otras investigaciones, para evitar así resultados contradictorios.
- ☉ La **confirmabilidad**, donde se intentará, a través del registro de lo que vaya aconteciendo a lo largo del estudio, que otros investigadores, con los datos proporcionados, puedan llegar a conclusiones similares. Finalmente, facilitaré a todos los participantes un informe previo sobre el análisis de los datos para que confirmen o modifiquen los resultados obtenidos de cara a la redacción del marco explicativo definitivo.

4. PLAN DE TRABAJO

El cronograma de ejecución del proyecto se desarrollará entre octubre de 2020 a septiembre del 2022, cuya temporalización se presentan en el siguiente cuadro:

Plan de trabajo	2020			2021												2022								
	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Meses	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Solicitud al comité de ética e investigación	■	■																						
Contacto con jefe de CeSAC			■																					
Selección equipo de salud			■	■																				
Selección migrantes				■	■	■																		
Fase piloto							■																	
Entrevistas equipo de salud								■																
Entrevistas migrantes									■															
Transcripción y análisis de datos										■	■	■	■	■										
Informe de resultados provisional															■	■	■	■	■					
Informe de resultados definitivo																			■	■				
Devolución de resultados con participante																					■	■		
Difusión de resultados																							■	■

5. LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Las limitaciones del estudio se encuentran relacionadas con la posible variabilidad de la distribución y características de la población migrante en el barrio Carlos Múgica. Los últimos datos censales referidos a la población migrante presentados en este proyecto, datan del año 2010 por lo que es posible que esa distribución haya variado. Esta posible limitación se tendrá en cuenta en el muestreo con el fin de garantizar la presencia de participantes con diversos orígenes y bagajes culturales. Así mismo, ante la posibilidad de que algún migrante no hable español está previsto estar acompañado de un informante clave que tenga dominio del idioma de origen.

La mayor fortaleza de este estudio es poder conocer a través de la cultura, las diversas prácticas y creencias en el cuidado de la salud y la visión de los profesionales al respecto. La bibliografía consultada, muestra que no hay estudios que aborden de manera integral las diversas prácticas y creencias que tienen las comunidades de Perú, Bolivia y Paraguay en Argentina por lo que esta investigación pretende subsanar esta limitación.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para llevar a cabo este proyecto será necesaria la aprobación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Fernández (CEIHF) y también la autorización de jefe/a de los dos Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC).

A todas las personas seleccionadas se les entregará la hoja de información al estudio con el objetivo y los procedimientos que se seguirán (Anexo VI) y el consentimiento informado (Anexo VII) que han de firmar cuando acepten participar en el estudio conforme con lo dispuesto en la Ley 3301/2009, de 26 de noviembre de Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud de la Ciudad de Buenos Aires. La presente Ley tiene por objeto salvaguardar los derechos, dignidad e integridad de las/los sujetos de investigación, por lo que se mantendrá en todo momento la confidencialidad y anonimato de participantes conforme a la misma ley.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Klein J, von dem Knesebeck O. Inequalities in health care utilization among migrants and non-migrants in Germany: a systematic review. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018;17(1):160. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6211605/>
2. Kalich A, Heinemann L, Gahari S. A Scoping Review of Immigrant Experience of Health Care Access Barriers in Canada. *J Inmigr Minor Heal* [Internet]. 2016;18(3):697-709. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26093784>
3. Predredo V, Bernales M, Perez C. Migración y competencia cultural: un desafío para los trabajadores de salud. *Rev Med Clínica Condes*. 2018;29(3):353-9.
4. Handtke O, Benjamin S, Mösko M. Culturally competent healthcare - A scoping review of strategies implemented in healthcare organizations and a model of culturally competent healthcare provision. *PLoS One*. 2019;14(7).
5. Chuah FLH, Tan ST, Yeo J, Quigley HL. The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: a qualitative study. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018;12(1):1-120. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6094870/>
6. Brown KB, Hall BJ, Yu F, Yang J, Wang J, Schrock JM, et al. Overcoming barriers to health-care access: A qualitative study among African migrants in Guangzhou, China. *Glob Public Health* [Internet]. 2016;11(9):1135-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26400191>
7. Bas Sarmiento P, Fernandez- Gutierrez M, Albar-Marin MJ, García-Ramirez M. Perceptions and experiences of access to health services and their utilization among the immigrant population. *Gac Sanit* [Internet]. 2015;29(4). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.008>
8. Navarro SG, Armeijach MJ, Costa XC. Interculturalidad y salud: Una mirada para entender la diversidad. 1ª. Barcelona: Viguera; 2010. 1-101 p.
9. Lerín Piñon S. Antropología y Salud Intercultural: desafíos de una propuesta. *DESACATOS Revista de Antropología Social* [Internet]. 2004;111-25. Disponible en: <https://elibro-net.unican.idm.oclc.org/es/ereader/unican/19793?page=1>
10. Helman CG. *Culture, Health and Illness*. 3ª. Butterworth Heinemann, editor. Culture, Health and Illness. London; 1998. 1-429 p.
11. Hiam L, Gionakis N, Holmes SM, McKee M. Overcoming the barriers migrants face in accessing health care. *Public Health* [Internet]. 2019;89-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30665689>
12. Leininger MM. Transcultural nursing and globalization of health care: Importance, focus, and historical aspects. 3ª. Leininger M, Mc Farland MR, editores. New York: McGraw-Hill; 2002. 1-43 p.
13. Siles J, Cibanal L, Vizcaya F, Gabaldón E, Dominguez JM, Solano C, et al. Una

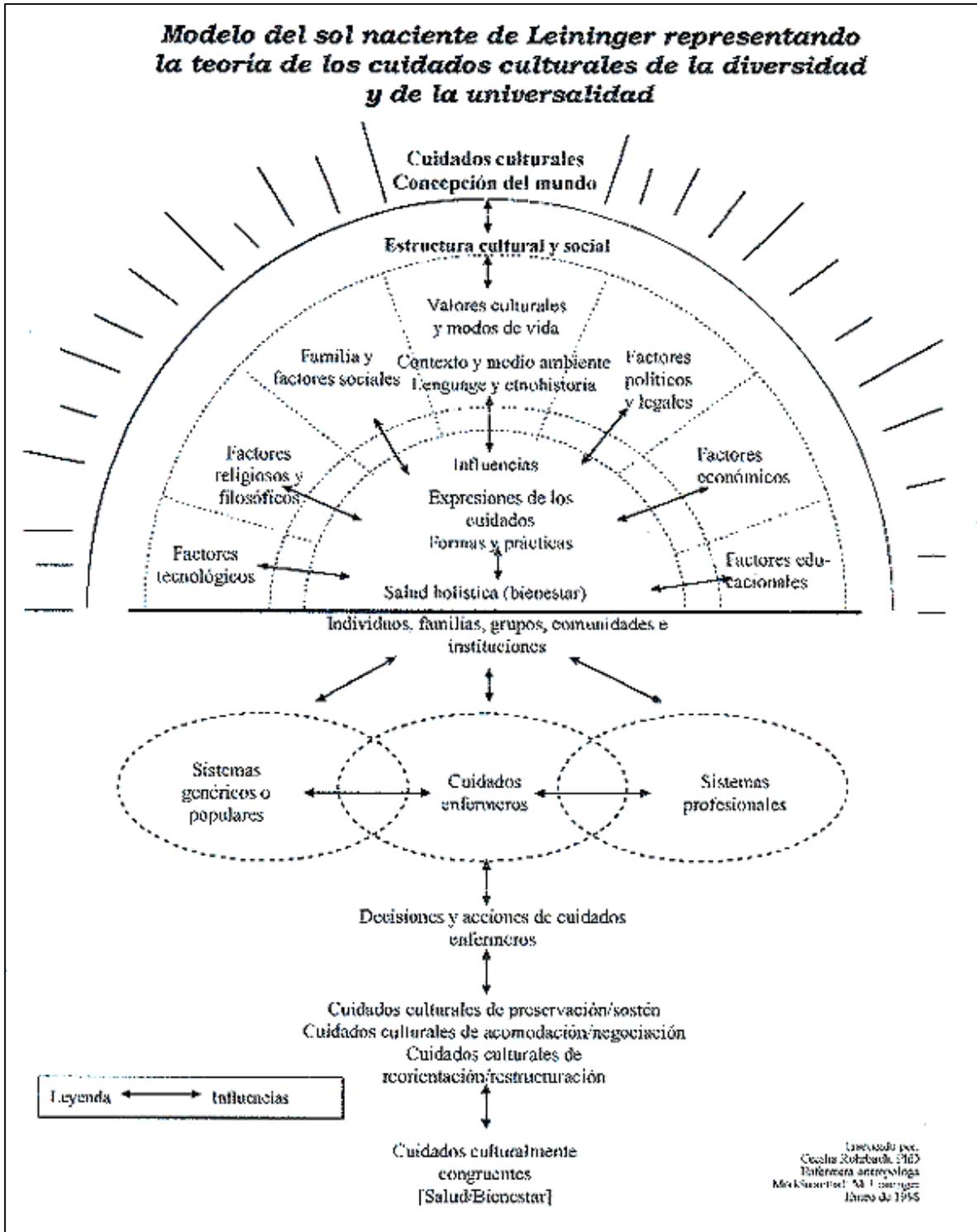
- mirada a la situación científica de dos especialidades esenciales de la enfermería contemporánea: la antropología de los cuidados y la enfermería transcultural. *Cult los Cuid.* 2001;5(10):72-87.
14. Spector R, Muñoz MJ. *Las culturas de la salud*. 5ª. Madrid: Pearson Educación; 2003. 1-192 p.
 15. Purnell LD. El modelo de competencia cultural de Purnell: Descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación. *Cult los Cuid.* 1999;3(6):91-102.
 16. Purnell LD. The Purnell Model for Cultural Competence. *J Transcult Nurs.* 2002;13(3):193-6.
 17. Taylor R. Addressing Barriers to Cultural Competence. *J NURSES Staff Dev.* 2005;21(4):135-42.
 18. Gil Esteban MD, Solano Ruiz M del C. La aplicación del modelo de competencia cultural en la experiencia del cuidado en profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Atención Primaria.* 2017;49(9):549-56.
 19. Ceuterick M, Vanderbroek I. Identity in a medicine cabinet: Discursive positions of Andean migrants towards their use of herbal remedies in the United Kingdom. *Soc Sci Med [Internet]*. 2017;177:43-51. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953617300333>
 20. Soria N, Ramos P. Uso de plantas medicinales en la atención primaria de salud en Paraguay: algunas consideraciones para su uso seguro y eficaz. *Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud [Internet]*. 2015;12(2):8-17. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013\(02\)08-017](http://dx.doi.org/10.18004/Mem.iics/1812-9528/2015.013(02)08-017)
 21. Juarez GF. “Susto”, locura y posesión. Antecedentes coloniales y expresiones contemporánea en los andes. *Chungara Rev Antropol Chil.* 2019;51(3):487-95.
 22. Kujawska M, Hilgert NI, Keller HA, Gil G. Medicinal Plant Diversity and Inter-Cultural Interactions between Indigenous Guarani, Criollos and Polish Migrants in the Subtropics of Argentina. *PLoS One [Internet]*. 2017;12(1). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5226798/>
 23. Moshabela M, Bukenya, Dominic Darong G, Wamoyi J, McLean E, Skovdal M, Ddaaki W, et al. Traditional healers, faith healers and medical practitioners: the contribution of medical pluralism to bottlenecks along the cascade of care for HIV/AIDS in Eastern and Southern Africa. *Sex Transm Infect [Internet]*. 2017;93(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5739844/>
 24. Pasarin L. Itinerarios terapéuticos y redes sociales: actores y elementos que direccionan los procesos salud/ enfermedad/ atención. *Los aportes del análisis redes Soc a la Psicol.* 2011;1-17.
 25. Lévi-Strauss C. *Antropología estructural*. Mito Sociedad Humanidades. 1ª. Siglo XXI, editor. Madrid; 2009. 1-340 p.
 26. Pires MRMG. Politicidade do cuidado como referencia emancipatória para a gestao

- de políticas de saúde: Conhecer para cuidar melhor, cuidar para confrontar, cuidar para emancipar. *Rev Latino-am Enferm*. 2005;13(5):729-36.
27. Preciado MM. El cuidado del otro. Un estudio sobre la relación enfermera/paciente inmigrado. 1ª. Barcelona; 2008. 1-289 p.
 28. Baeza B, Aizemberg L, Oyarzo CB. Cultura y salud migratoria: miradas comparativas entre profesionales sanitarios y mujeres migrantes bolivianas. *Si Somos Am Rev Estud Trnsfronterizos*. 2019;XIX(1):43-66.
 29. Mathez-Stiefel S-L, Vandebroek I, Rist S. Can Andean medicine coexist with biomedical healthcare? A comparison of two rural communities in Peru and Bolivia. *J Ethnobiology Ethnomedicine* [Internet]. 2012;8(26). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3485100/>
 30. Blanco C. Las migraciones contemporaneas. 1ª. Alianza, editor. Madrid; 2000. 1-208 p.
 31. Salud OM de la, Salud OP de la. Política sobre etnicidad y salud. En: 29ª Conferencia Panamericana Sanitaria. 2017. p. 1-33.
 32. Salud OM de la. Declaración de Astaná. En: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de la Salud Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. 2018. p. 1-12. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
 33. Dirección General de Estadísticas y Censos. Encuesta nacional de hogares [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=100110>
 34. Dirección General de Estadísticas y Censos. Población de Buenos Aires #28. *Rev Anu datos y Estud sociodemográficos urbanos* [Internet]. 2019;XVI:1-51. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2019/12/poblacion_2019_028.pdf
 35. Dirección General de Estadísticas y Censos. Porcentaje de viviendas habitadas, hogares y población en villas de emergencia sobre el total de la ciudad [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/?p=50392>
 36. Bonfiglio JI, Marquez A. Estudios sobre los procesos de integración social y urbana en tres villas porteñas [Internet]. Buenos Aires; 2017. Disponible en: http://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/2017-Observatorio-Informes_Defensoria-CABA-24-10-VF.pdf
 37. Dirección General de Estadísticas y Censos. Censo de población y hogares y población. Villas 31 y 31 bis [Internet]. Buenos Aires; 2009. Disponible en: https://www.estadisticaciudad.gob.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/04/villa_31_y_31_bis_2009_abril.pdf
 38. Hooey J. Urbanización y representación: Un vistazo a cómo Villa 31 en Buenos Aires ha sido representado a través de mapas en la historia reciente [Internet]. 2019. Disponible en:

- <https://storymaps.arcgis.com/stories/4e37adcc3cc84679b235cb75fb5ab030>
39. Abelenda N, Canevari J, Montes N. Territorios de mayor vulnerabilidad social en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recorrido en perspectiva histórica sobre aspectos estructurales no resueltos. Población de Buenos Aires [Internet]. 2016;23(12). Disponible en: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/740/74045592001/html/index.html>
 40. Bolivia EP de. Instituto Nacional de Estadísticas [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www.ine.gob.bo/index.php/herramientas/bases-de-datos-catalogo-anda/bases-de-datos-encuestas-sociales/>
 41. Instituto Nacional de Estadísticas e Informática. Censos Nacionales 2017: XII de población, VII de vivienda y III de comunidades indígenas [Internet]. 2017. Disponible en: <http://censos2017.inei.gob.pe/redatam/>
 42. Paraguay R del. Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.dgeec.gov.py/news/25-de-agosto-dia-del-Idioma-Guarani.php>
 43. Delgado- Hito MP. Métodos de investigación cualitativa. En p. Cap. IX.
 44. Pedraz A. ZJ, Ramasco M. PA. Conceptos clave en investigación cualitativa. Criterios de calidad y aspectos éticos. En: Investigación cualitativa. 2014. p. 11-27.
 45. Martínez MF, Martínez J, Calzado V. La Competencia Cultural como referente de la Diversidad Humana en la Prestación de Servicios y la Intervención Social. Interv Psicosoc. 2006;15(3):331-50.
 46. A B, Fernández de Sanmamed M, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud . Aportaciones de la investigación cualitativa. 2014. 6-221 p.
 47. Fagundes KVDL, Magalhães A de A, Campos CC dos S, Alves CGL, Ribeiro PM, Mendes MA. Hablando de la Observación Participante en la Investigación Cualitativa. Index Enferm. 2014;23(1-2):75-9.
 48. Gallego JC. Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2002;76(5):1135-5727. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500004
 49. Hernández Sampieri R. Recolección y análisis de datos cualitativos. En: Metodología de la Investigación. 2014. p. 394-466.
 50. García Calvente MM, Rodríguez M. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000;25(3):181-6.
 51. Vicario BP, García AG, Gómez MCS. NVIVO 10: Una herramienta de utilidad en el mundo de la comunicación. En: Actas del 2º Congreso Nacional sobre Metodología de la Investigación en Comunicación. p. 1003-18.

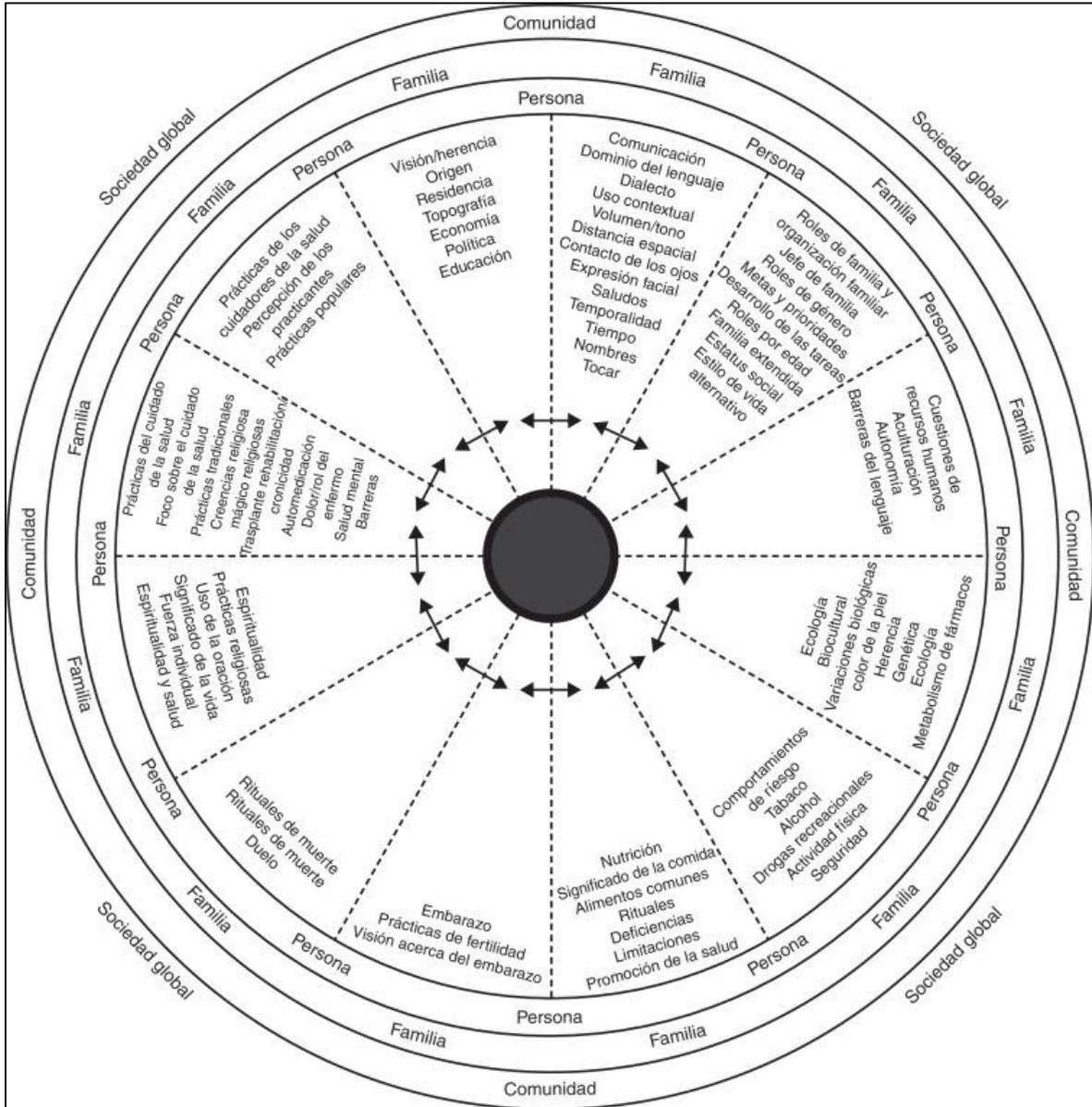
ANEXOS

Anexo I: Modelo de *Sol Naciente* de Madeleine Leininger



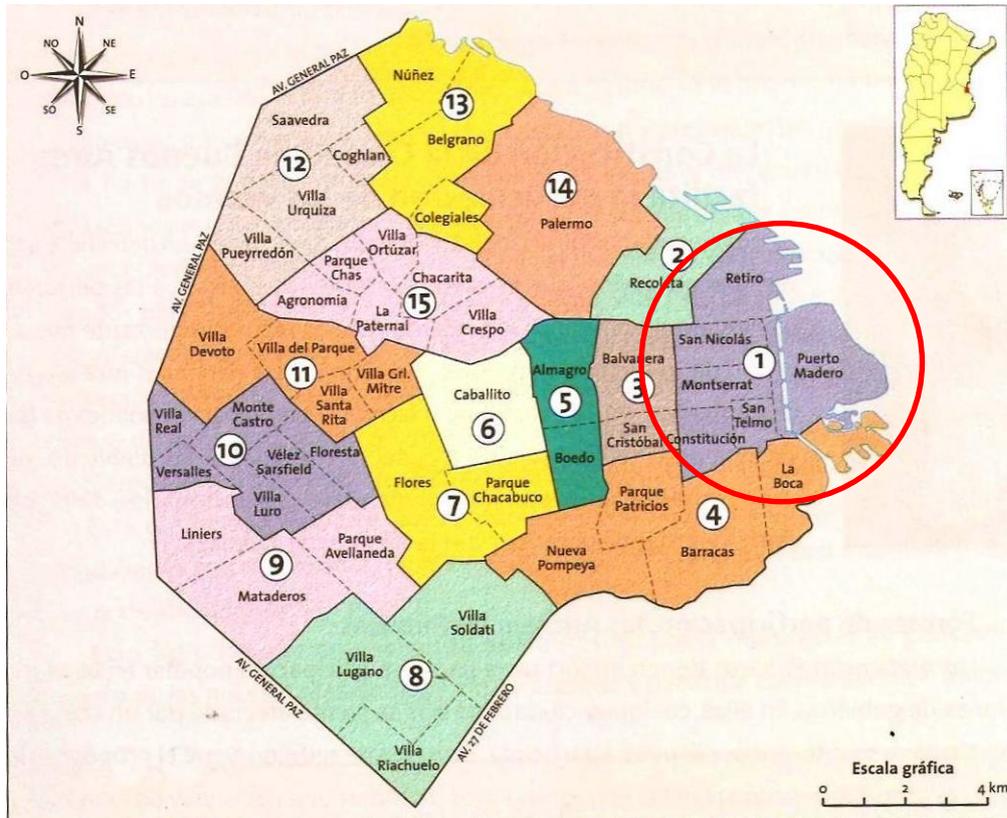
Fuente: Purnell, Larry D. (1999) *El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación*

Anexo II: Modelo de Competencia Cultural de Larry Purnell



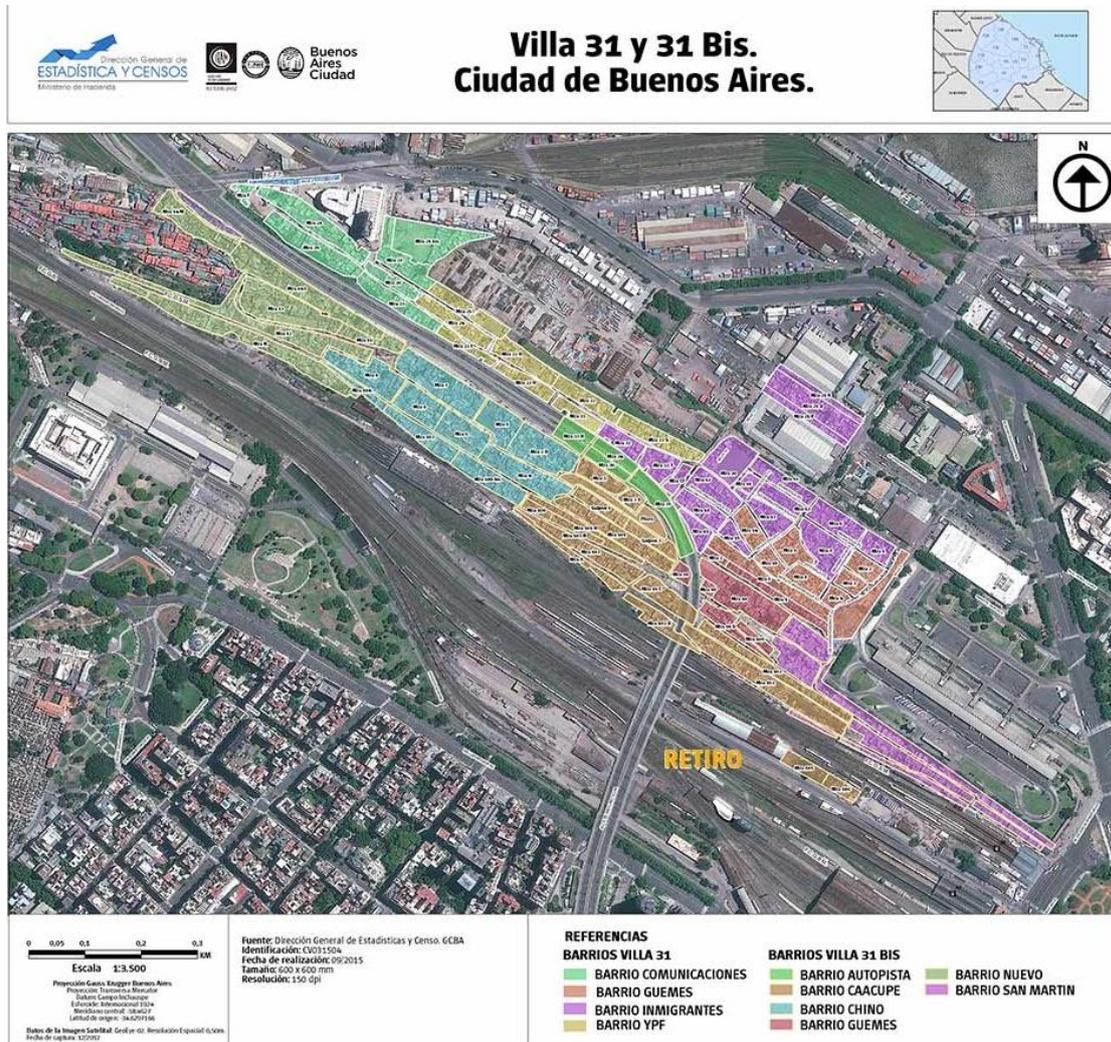
Fuente: Purnell, Larry D. (1999) *El modelo de competencia cultural de Purnell: descripción y uso en la práctica, educación, administración e investigación*

Anexo III: Mapa de comunas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

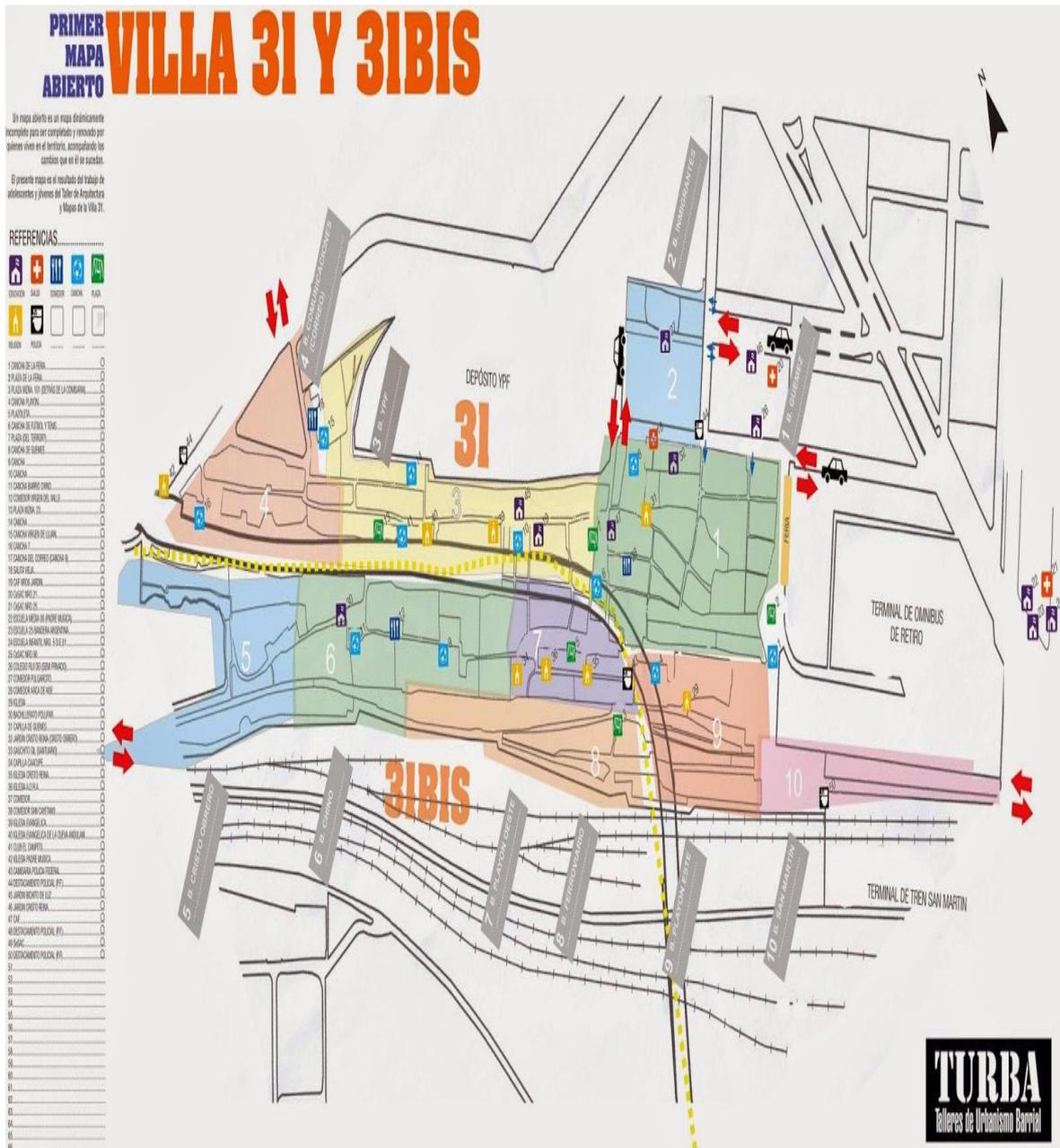


Fuente: Unidad de sistemas de información Geográfica. Mapas de la Ciudad de Buenos Aires (2016)

Anexo IV: Planos del barrio Carlos Mugica

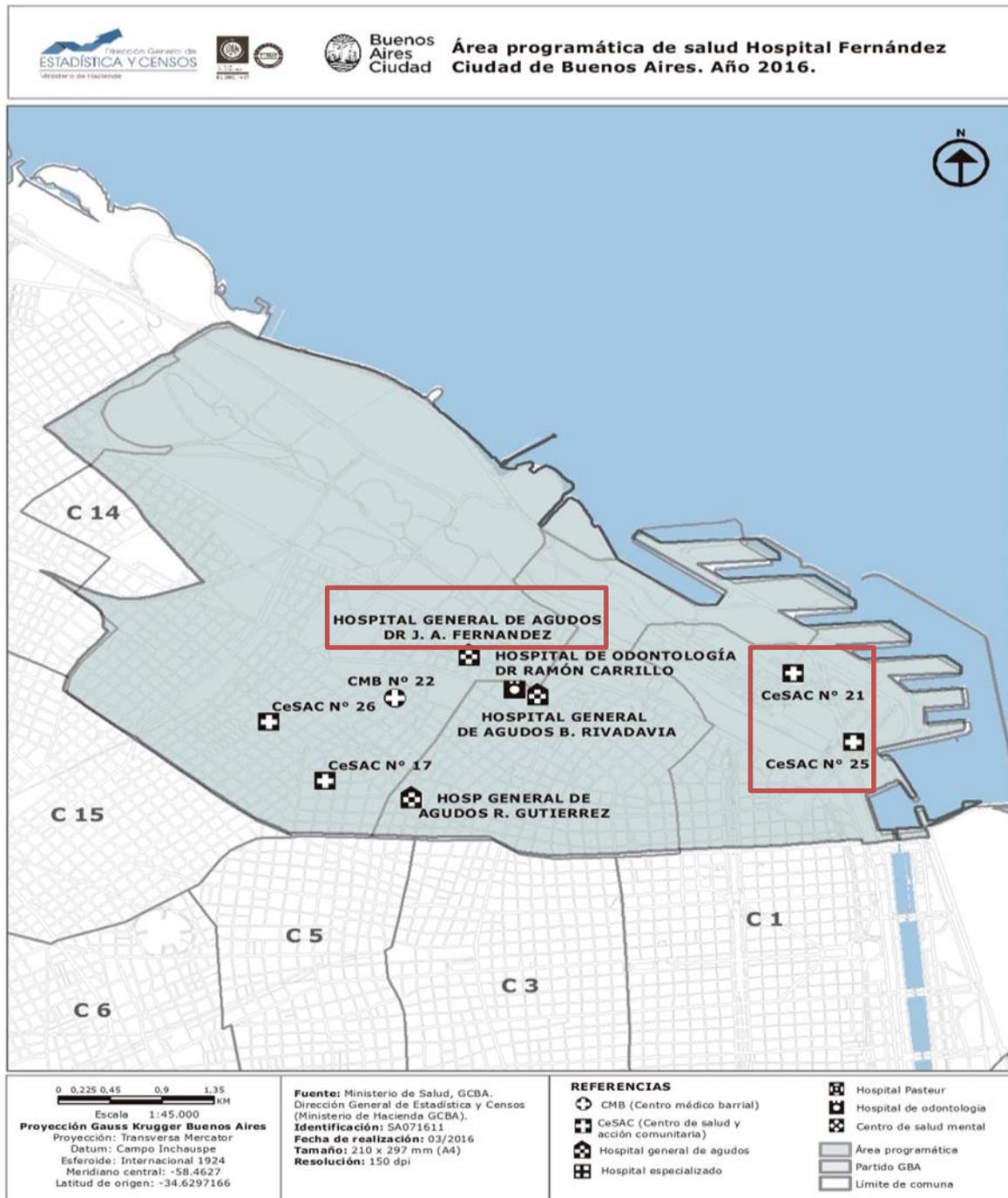


Fuente: Unidad de sistemas de información Geográfica. Mapas de la Ciudad de Buenos Aires (2016)

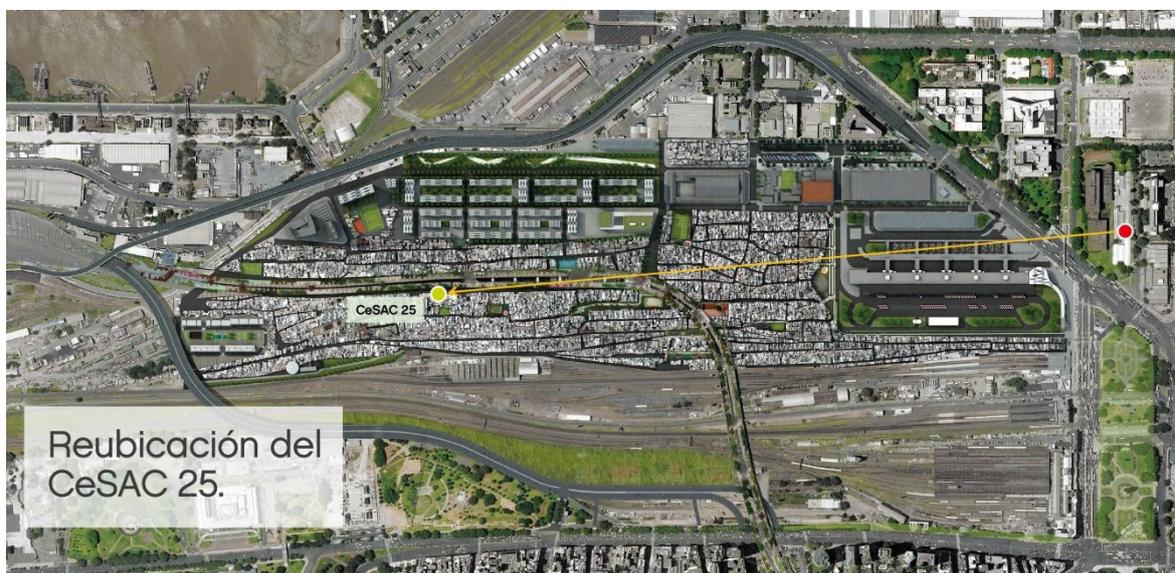
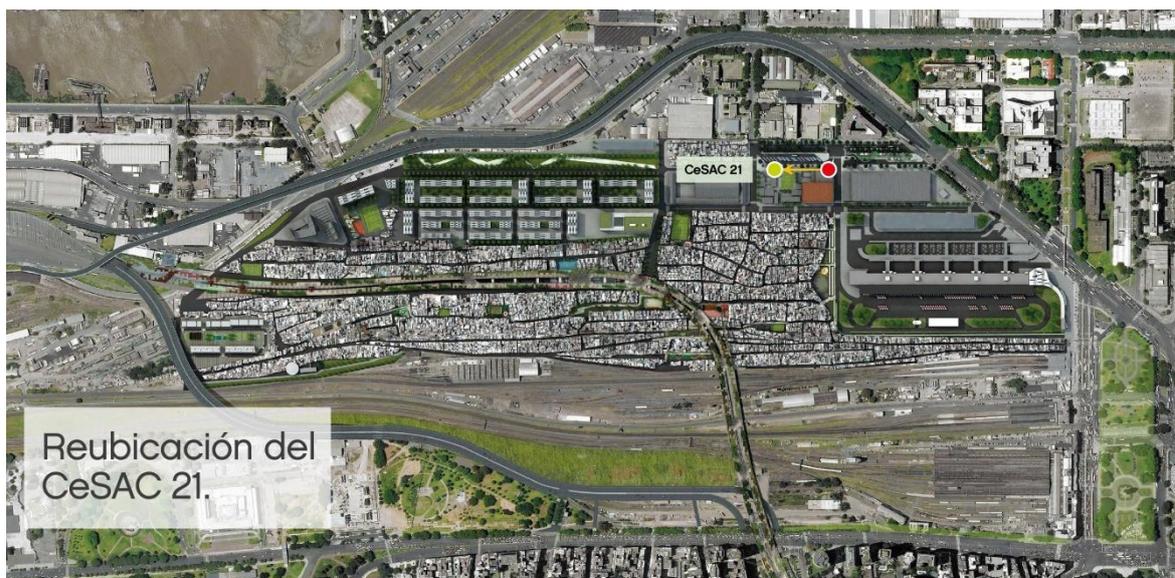


Fuente: Hoey, J. (2019), Urbanización y representación: Un vistazo a cómo Villa 31 en Buenos Aires ha sido representado a través de mapas en la historia reciente

Anexo V: Ubicación del hospital y CeSAC



Fuente: Unidad de sistemas de información Geográfica. Mapas de la Ciudad de Buenos Aires (2016)



Fuente: Unidad de sistemas de información Geográfica. Mapas de la Ciudad de Buenos Aires (2016)

Anexo VI: Hoja de información del estudio

Me dirijo a usted para invitarle a participar en el siguiente estudio de investigación cualitativa que se llevará a cabo con residentes del barrio Carlos Mugica procedentes de Bolivia, Perú y Paraguay y con trabajadores comunitarios, de medicina familiar y de enfermería de los Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) N°21 y 25.

Su decisión de participar será voluntaria y podrá revocar su intención de continuar en el estudio en cualquier momento sin tener repercusión o perjuicio alguno.

Investigador: Yago Hernán Bolzan (Licenciado en Enfermería)

Título del estudio: LA COMPETENCIA CULTURAL EN EL CUIDADO DE LA SALUD EN CONTEXTOS MIGRATORIOS: Un estudio cualitativo

Descripción del estudio: El objetivo es explorar las prácticas y creencias del cuidado de la salud en población migrante y las experiencias y percepciones de los profesionales de la salud en la prestación de cuidados a estas poblaciones en el barrio Carlos Múgica (Buenos Aires, Argentina). La intención es obtener información rica para explorar en las prácticas y creencias de cuidados utilizados por la población migrante y su relación en el acceso al sistema profesional. Todo ello se realizará a través de entrevistas individuales semiestructuradas con migrantes y con personal del equipo de salud que acepten participar en el estudio. Se necesitará realizar notas y grabar las entrevistas para poder analizar posteriormente los datos. Se respetará en todo momento la confidencialidad y el anonimato de las participantes de acuerdo con en la Ley 3301/2009, de 26 de noviembre de Ley sobre Protección de Derechos de Sujetos en Investigaciones en Salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Así mismo, a esta hoja informativa se le adjunta el Consentimiento Informado que toda persona que cumpla con los criterios de inclusión y que desee participar, deberá firmar y entregar al investigador. Este consentimiento permite el manejo de los datos e información personal por parte del investigador pero siempre conforme a lo dispuesto en la ley antes mencionada. El/ La participante podrá revocar el Consentimiento Informado en cualquier momento sin perjuicio alguno.

Datos para contacto

Anexo VII: Consentimiento informado

Título del estudio: La competencia cultural en el cuidado de la salud en contextos migratorios: Un estudio cualitativo.

Investigador: Yago Hernán Bolzan

Yo, _____ (nombre _____ y _____ apellidos _____ del participante).....

- He leído y comprendido la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio arriba indicado.
- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- He realizado todas las preguntas que he precisado sobre el estudio.
- Todas las dudas has sido resueltas.
- Comprendo que mi participación es voluntaria.
- Comprendo que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin dar explicaciones y sin perjuicio alguno.
- Comprendo que la información personal que apporto será confidencial y no se mostrará a nadie sin mi consentimiento

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo, _____ (nombre _____ y _____ apellidos).....
..... retiro el consentimiento otorgado para mi participación en el estudio arriba citado.

Firma del participante:

Firma del investigador:

Fecha:

Anexo VIII: Guion de entrevista semiestructurada a migrantes

Saludo inicial	Presentación y agradecimiento.
Presentación del trabajo	Informar sobre la importancia de la entrevista para conseguir información más rica y profunda.
Encuadre	Explicar cómo se realizará la entrevista, la toma de notas y la existencia de grabadora para el análisis de datos posterior. Exposición de los temas a tratar: prácticas y creencias en el cuidado de la salud, posibilidades e imposibilidades de acceder al sistema de cuidados profesional.
Preguntas	<p><i>Prácticas y creencias:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Cuáles son los recursos de salud con los que cuenta?▪ ¿Cómo suele tratar los problemas de salud?▪ ¿A quién consulta?▪ ¿Practica algún tipo de cuidado tradicional/ popular para mejorar la salud? ¿En qué casos los aplica? <p><i>Posibilidades e imposibilidades en el acceso:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ ¿Ante qué situaciones consulta inmediatamente con un/a profesional?▪ ¿Cuán beneficioso le resulta consultar con un/a profesional?▪ ¿Se le presentó algún inconveniente en la atención con un/a profesional?
Clausura	Breve resumen. Aportaciones finales. Informar sobre el tratamiento de los resultados. Designar un nuevo informante. Agradecimientos.

Anexo IX: Guion grupo focal

Saludo inicial	Presentación y agradecimiento.
Presentación del trabajo	Información sobre los objetivos del estudio y la importancia de la entrevista grupal para conseguir información rica y profunda.
Encuadre	Información sobre el desarrollo de la sesión, la toma de notas y la grabación para el registro y posterior análisis de datos. Entrega del consentimiento informado. Exposición general de los temas a tratar durante la sesión: la caracterización de su práctica diaria, su percepción sobre las prácticas y creencias en el cuidado de la salud de la población migrante, cuidados culturalmente competentes, dificultades y fortalezas para el acceso a la salud de migrantes.
Guion de temas	<p><i>Práctica diaria:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué características tiene la población que atienden? ▪ ¿Cuáles suelen ser los motivos de consulta de la población migrante? <p><i>Sobre las prácticas y creencias de la población migrante:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Cuál es su percepción sobre la utilización de cuidados populares/tradicionales? ¿Las tiene en cuenta en su labor? ▪ ¿Manifiestan lo/as migrantes sus prácticas y creencias en las consultas? <p><i>Cuidados culturalmente competentes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué información poseen sobre competencia cultural? ▪ ¿Qué tan en cuenta tienen la cultura del paciente en la prescripción de un cuidado o tratamiento? ▪ ¿Utilizan algún tipo de estrategia diferencial según el origen del paciente? <p><i>Comunicación:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Habla o entiende el idioma del paciente migrante? ▪ ¿Cómo considera que es el entendimiento en la consulta? <p><i>Dificultades y fortalezas en el acceso de migrantes:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Se le ha presentado alguna dificultad en la atención a un/a migrante? ▪ ¿Cree que su labor se condice con las necesidades del paciente migrante? ▪ ¿Cómo considera que es el vínculo entre el centro de salud y el paciente migrante? ▪ ¿En qué considera que se podría mejorar la accesibilidad?
Clausura	Breve resumen. Aportaciones finales. Informar sobre el tratamiento de los resultados. Agradecimientos.