

## UMA OLHADA QUALITATIVA SOBRE O CUIDADO INTEGRAL EM INFECÇÕES HOSPITALARES

### QUALITATIVE GLANCE ON TOTAL CARE IN HOSPITAL INFECTIONS

### UNA MIRADA CUALITATIVA DEL CUIDADO INTEGRAL EN INFECCIONES HOSPITALARIAS

NORA MARGARITA JACQUIER<sup>1</sup>

LUISA DOS SANTOS<sup>2</sup>

JORGE HUGO CENTENO<sup>3</sup>

*Este artigo pretende socializar reflexões desde a perspectiva sociológica de uma pesquisa-ação realizada no Hospital Pediátrico de Posadas, Argentina. Abordou-se o fenômeno das infecções hospitalares com estudos biomédicos e sociológicos. Esta interdisciplinaridade forneceu compreensão ao comportamento dos sujeitos sociais em relação ao tema. O cuidado é multidimensional e impacta na qualidade da atenção e saúde populacional. As infecções hospitalares representam grave problema de saúde pública, geram-se principalmente, por erros do sistema sanitário. Considerou-se ao hospital como uma “instituição total” com uma ordem social própria. As formas de atuar sustentam-se em supostos conceituais, crenças e percepções e incidem na forma de construir a realidade da esfera do cuidado cotidiano familiar e da equipe de saúde. Este cruzamento disciplinar favorece o avanço da compreensão dos fenômenos sociais em relação à complexidade que o cuidado da saúde significa.*

**PALAVRAS-CHAVE:** Infecção hospitalar; Pesquisa qualitativa; Equipe de assistência ao paciente.

*This article attempts to socialize thinking from the sociological point of view of an action research activity carried out in a Children's Hospital in Posadas, Argentina. This phenomenon of Hospital Infections (HIs) was addressed through biomedical and sociological studies. This interdisciplinary approach provided understanding of social individual behavior as far as this issue is concerned. Care is multidimensional and has impacts on attention quality and population health. HIs are considered a serious public health issue; in general, they are brought about mainly due to health system mistakes. The hospital has been considered as a 'total institution', with a social order of its own. Ways of behavior are supported by conceptual assumption, beliefs and perceptions and also affect the way of constructing reality at everyday family care and health team levels. This disciplinary crossing favors the advance in the understanding of the social phenomena in relation to the complexity implied by health care.*

**KEYWORDS:** Cross infection; Qualitative research; Patient care team.

*Este artículo pretende socializar las observaciones de índole sociológica de una investigación- acción realizada en el Hospital Pediátrico de Posadas, Argentina. Se trató el fenómeno de las IH con estudios biomédicos y sociológicos. Esta actividad interdisciplinar ayudó a comprender el comportamiento de los sujetos sociales en relación al tema. El cuidado es multidimensional e impacta en la calidad de la atención y salud de la población. Las IH son un grave problema de salud pública, generados principalmente, por errores del sistema sanitario. Se consideró al hospital como una “institución total”, con un orden social propio. Las formas de actuar se apoyan en supuestos conceptuales, creencias y percepciones, e incide en la forma de construir la realidad de la esfera del cuidado cotidiano familiar y del equipo de salud. Este cruce disciplinar favorece el avance de la comprensión de los fenómenos sociales en relación a la complejidad que el cuidado de la salud implica.*

**PALABRAS CLAVE:** Infección hospitalaria; Pesquisa qualitativa; Grupo de atención al paciente.

<sup>1</sup> Licenciada en Enfermería – Magíster en Salud Pública – Docente –investigadora de la Universidad Nacional de Misiones- UNaM- Argentina- noramjm@yahoo.com.ar

<sup>2</sup> Licenciada en Enfermería – Magíster en Salud Pública – Docente –investigadora de la UNaM- Argentina- luisa\_dossantos@hotmail.com

<sup>3</sup> Dr. en Medicina- Diplomado en Salud Pública- Docente –investigador de la Universidad Nacional de Misiones- UNaM- Argentina.

## INTRODUCCIÓN

Hoy en día las Infecciones Hospitalarias (IH) se presentan como una oportunidad para mejorar la calidad del cuidado, ya que se han constituido en un indicador de la calidad asistencial existente. El cuidado presenta dimensiones biológicas, psicológicas, culturales, sociales y ambientales que pueden y deben ser estudiadas<sup>1</sup>.

Esta mirada holística potencia el desempeño de los sistemas de salud y las competencias sanitarias de las personas. Este fue el motor para una investigación denominada: "Análisis del Cuidado Integral en Prevención de Infecciones Hospitalarias (IH)", con la participación de un equipo interdisciplinario de salud, como programa incentivado por el Centro de Investigación y Desarrollo Tecnológico de la Facultad de Ciencias Exactas, Químicas y Naturales de la Universidad Nacional de Misiones –CIDET– en el periodo 2004/05. Se llevó a cabo en un hospital regional de referencia de la provincia de Misiones, Argentina. Misiones tiene una población de aproximadamente 1.000.000 de habitantes, comparte más del 90% sus fronteras con los países vecinos, Paraguay y Brasil. Recibe tanto pacientes de los países hermanos, como influencias culturales de los mismos. El Hospital Pediátrico de la ciudad de Posadas, capital de la provincia de Misiones, es el centro de mayor complejidad para la atención de los sectores públicos y privados de la atención médica.

La IH puede definirse como aquella que se contrae dentro de una institución de salud o durante la hospitalización. Se establece de forma arbitraria cuando aparece después de un periodo de 72 horas, que se ha obtenido como consecuencia de la hospitalización. Esta iatrogenia, también, puede afectar tanto al equipo de salud como a las visitas<sup>2</sup>. Este problema puede considerarse como una de las complicaciones más graves a que se enfrentan los centros asistenciales y debe asumirse como una cuestión que afecta a todas las personas que circulan por este espacio de salud. Es un riesgo para el paciente hospitalizado, particularmente cuando de niños se trata y una probabilidad futura para el individuo sano.

Las IH son un grave problema de salud pública que debe y puede ser minimizado ya que se genera, principalmente, por errores que se producen al interior del mismo

sistema de salud. Estos deslices en el incumplimiento de normas elementales incrementan el sufrimiento y generan un alto costo psicológico, social y económico para el niño, la familia y la comunidad del hospital Pediátrico Provincial de Autogestión de Posadas.

Este trabajo pretende socializar algunas reflexiones que se planteó el equipo a partir de una investigación cualitativa para dar comprensión y sentido a la complejidad del fenómeno en estudio. Durante el proceso investigativo, nos encontrábamos con situaciones que superaban el marco metodológico biomédico, hoy a través de este artículo compartimos el soporte al que recurrimos, de las ciencias sociales, para aclarar el mundo complejo hospitalario, mas allá de lo visible.

## METODOLOGÍA

La metodología utilizada para la producción de este artículo se basó en el análisis de la información obtenida desde una perspectiva antropológica y sociológica, con una visión orgánica y totalizadora de la cultura hospitalaria como producto de condiciones histórico-sociales específicas de los fenómenos relacionados a las IH.

Inicialmente con metodología de investigación cualitativa se diseñó un proyecto que implicó varias etapas que abordó el fenómeno de las IH. Una aproximación a la praxis hospitalaria se realizó a través de entrevistas en profundidad y observación participante. En segundo término, se aplicaron técnicas de grupo focal con el personal de enfermería de los diferentes servicios y las personas responsables por los niños internados. Se planteó a los grupos algunos interrogantes disparadores, tales como:

*¿Si saben que hay IH en el pediátrico? -  
¿Cuándo una infección es hospitalaria? - ¿Por  
qué creen que un niño adquiere una IH?  
¿Que relación hay entre cuidado y la IH? ¿Qué  
es prevención?*

En definitiva, intentamos enfocar de esta manera el problema de las IH, para poder dar una respuesta más apropiada desde un abordaje holístico<sup>3</sup>. Es decir, nos propusimos buscar respuestas que demuestren que la infección no es una cuestión meramente orgánica sino que,

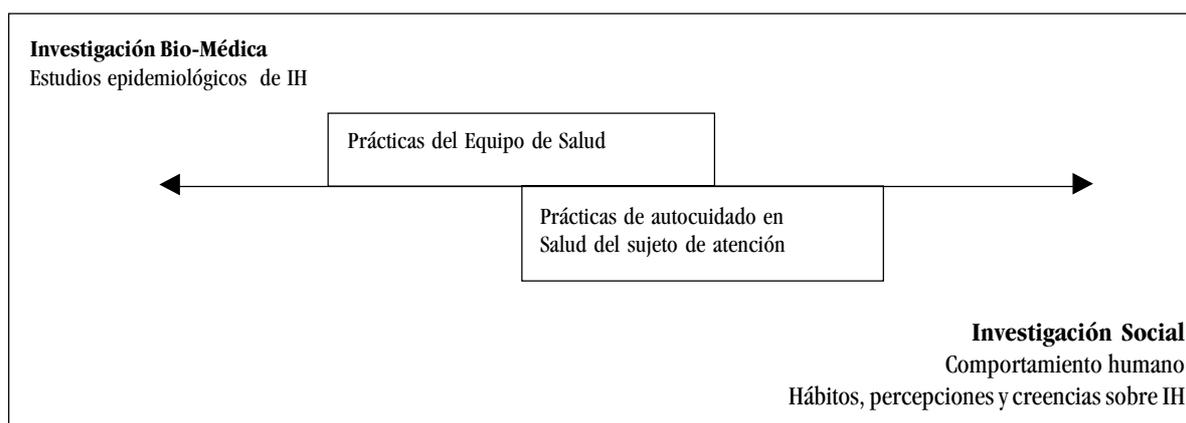
también, tiene implicancias de mayor complejidad. Procedimos así porque hemos observado que los estudios epidemiológicos de salud pública tradicionales, lo plantean como un problema simplificado, de relación causa-efecto. Por supuesto que esas investigaciones operativas, también, incorporan otra serie de factores asociados al niño infectado, como son la edad, la enfermedad de base, el estado nutricional e inmunitario, los tratamientos, el tipo y la cantidad de procedimientos cruentos realizados, etc. Estos datos permiten correlacionarlos a través del modelo estadístico.

Si nos guiamos por el concepto teórico que define el sujeto histórico como un ente social que es capaz de transformar su realidad y con ello generar historia, podemos reflexionar que estos estudios biomédicos, aunque aportan luz desde un punto de vista del problema a abordar, son insuficientes para comprender la complejidad del problema. Dejan de lado el punto de vista del sujeto, sean

significado a los comportamientos en juego de los sujetos sociales en relación a las IH. Este punto de vista permitió entender la IH como un hecho social que trasciende el padecimiento orgánico, y justifica plenamente ubicarlo bajo las conceptualizaciones del paradigma de la complejidad.

El enfoque holístico del cuidado de la salud presenta diversos grados de dificultad en el plano de la operacionalización investigativa con modelos biomédicos. El holismo considera a la salud también como una cuestión social<sup>5</sup> en el marco de las organizaciones e instituciones. Esto hace que aparezcan en el horizonte conceptual otra serie de factores que se deben considerar, como son el “poder”<sup>6</sup>, los conflictos, las figuraciones. Exige profundizar en el análisis la coincidencia de variables contextuales que operan en el cuidado integral del paciente.

En el esquema siguiente se presenta la propuesta planteada:



**GRÁFICO 1:** CONTINUO BIO-MÉDICO-CONDUCTUAL PARA EL ESTUDIO Y COMPRENSIÓN DE LAS INFECCIONES HOSPITALARIAS CON ENFOQUE INTEGRAL

los miembros del equipo de salud, sean los propios pacientes y/o responsables de los niños. En cambio, nuestra intención fue recuperar la subjetividad de los cuidadores de los niños y del personal de enfermería, desde la postura fenomenológica o paradigma interpretativo<sup>4</sup>. Para ello procedimos a excluir del grupo seleccionado a otros actores sociales de este escenario sanitario, no por ser menos importantes en el problema abordado sino porque escapan a los marcos de nuestro objeto de estudio, esto es, por no estar comprometidos en “el cuidado en prevención de IH”.

Atendiendo al fenómeno de las IH, se decidió combinar estudios biomédicos clásicos, con estudios sociológicos. Esta interdisciplinariedad aportó comprensión y

Profundizando la visión de nuestro objeto de estudio, el “cuidado”, particularmente enfermero y materno, recurrimos a la disciplina enfermería. Así, se toma la noción de cuidado profesional enfermero, expresado por Madeleine Leininger:

“Son aquellos modos humanísticos y científicos aprendidos cognitivamente, de ayudar o capacitar a individuos, familias o comunidades para recibir servicios personalizados a través de modalidades culturalmente determinadas, técnicas y procesos de cuidado orientado al mantenimiento y desarrollo de condiciones favorables de vida y de muerte.”<sup>7:41</sup>

Las prácticas habituales de autocuidado familiares y comunitarias de los sujetos de cuidado se quedan condicionadas por la cultura, se conjugan con las del contexto hospitalario, constituyéndose en el foco principal de interés para este trabajo. Prácticas que a veces se traducen en factores de riesgo para el mantenimiento de la salud del niño o en factores protectores de su salud.

## DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El contexto hospitalario es un sistema social complejo, de pequeña escala. Entran en juego la organización social, la política, la religión y la tecnología. Los interrogantes: ¿cómo funcionan los sistemas culturales?, y ¿cuáles fueron los diferentes acontecimientos y procesos de cambio que han sufrido, para ser lo que son?<sup>8</sup>, nos sirvieron para abordar de otro modo el escenario. Tradicionalmente, señala Wallerstein<sup>9</sup> que ningún modelo de investigación desde las ciencias sociales, y por lo tanto en salud, es útil si separan los campos económicos, políticos y sociales o socioculturales. La división del objeto de estudio se deriva intelectualmente de la ideología liberal influyó en todos los campos científicos.

El proyecto comentado intentó observar el problema de las IH desde una mirada sociológica. Tradicionalmente se enfoca la IH desde la perspectiva biomédica epidemiológica o, en algunos casos, con el aporte de la visión económica. Esta última justificada por el alto gasto que incorpora al presupuesto hospitalario. Generalmente, estos gastos se vinculan con factores intrínsecos del paciente, como por ejemplo, en el caso de las personas inmunodeprimidas. Con estos criterios se dejan de lado las consideraciones acerca de los factores extrínsecos de las IH, particularmente, aquellos que se generan dentro del sistema de salud como resultado de los procedimientos invasivos o cruentos, por ejemplo la cirugía sin las condiciones asépticas pertinentes. Contrariamente, pueden darse situaciones sanitarias que requieran, solamente, prácticas protectoras de salud las cuales no se realizan. Por ejemplo, el lavado de manos o aislamiento. Incluso, a veces, cuando se sostiene la salud como producto social que se va construyendo entre todos los actores de una cultura.

Una cuestión importante cuando la mirada se orienta hacia lo social es comprender que:

“Las teorías sociológicas no son sólo intentos de explicar al mundo sino esfuerzos para evaluarlo, para comprender cuestiones más amplias de sentido. ... tienen enormes implicancias políticas.”<sup>10:22</sup>

Los investigadores del equipo de salud durante el proceso de revisión del trabajo fuimos descubriendo la falta de explicitación del orden social<sup>11</sup>. Particularmente, el orden social imperante en el hospital. Orden que se establece a partir del espacio de la hegemonía médica como expresión de poder que impacta sobre las demás actividades y formas de distribución de los recursos. El médico se vincula con la entropía del ser, a quién, presta servicios profesionales, actúa en consecuencia dejando de lado los factores protectores de la salud del paciente y los sujetos que lo asisten. A modo de ejemplo, emerge el paradigma biomédico en los “habitus” de las enfermeras encuestadas, quienes no reconocían la vacunación contra la hepatitis B, como medida preventiva para su propia salud o factor protector. Este fenómeno evidencia, que el contacto continuo con la enfermedad genera, en los sujetos responsables del cuidado, “habitus” que dejan de lado el verdadero riesgo que implica la actitud de desatención a la práctica de autocuidado.

La noción de unidad psicobiológica es útil para justificar y comparar los resultados hallados en los estudios biomédicos de los niños con y sin infecciones hospitalarias. Sin embargo, es necesario destacar sobre el objeto de estudio:

“... fenómenos que conforman patrones de comportamiento, no pueden explicarse por sí mismos o únicamente mediante conceptos psicobiológicos.”<sup>8:22</sup>

Por lo que se necesita incorporar el concepto de cultura. La diversidad cultural ha sido encarada desde la antropología desde dos posiciones. Una relativista, que opina cada cultura es única, o totalidad, y sobre la que no es aconsejable emitir juicios valorativos. Ya la segunda

posición comparativista, propone el estudio de la estructura o rasgos de determinado grupo o cultura, en cual la similitud de los fenómenos a confrontarse es un requisito para la comparación.

Tanto los cuidados maternos, como los cuidados y prácticas del equipo de salud, relacionados con la prevención de las IH, son la expresión de las formas de actuar de los actores sociales sustentadas en supuestos conceptuales, creencias y percepciones que poseen sobre la salud, la enfermedad, la prevención, el bienestar, etc. Frente a estas prefiguraciones sociales materializadas en los comportamientos humanos, ya sean individuales o colectivos podemos interrogarnos acerca de qué rasgos del fenómeno pondríamos bajo la óptica crítica para estudiarlo, en cada uno de los sujetos sociales. Enfermeras, madres, otros involucrados en el sistema cultural complejo hospitalario.

La posición teórica y ética es una opción previamente asumida por los investigadores sobre el tema. Incluso en el caso único, el hospital pediátrico. Hay algunas situaciones, algunas circunstancias, en que el relativismo absoluto no es admisible éticamente, específicamente en el campo sanitario. Como muestra presentamos una situación vivida, en el abordaje al trabajo de campo; aplicando una guía de aspectos a valorar relacionados con el cuidado integral para la prevención de las IH a niños internados. Un rasgo crítico a observar consistía en la posición adecuada del lactante, durante la alimentación. Al ingreso al servicio de lactancia, la enfermera del servicio nos manifiesta:

“Se perdieron la corrida que tuvimos recién, se hizo una reanimación a un bebé de seis meses, pero ya no se pudo hacer nada... , la mamá le estaba dando la mamadera acostado en la cuna, como siempre. También la madre tiene 13 años, no le sabe cuidar y, justo la abuela, que es la que le cuidaba se fue a la casa.” (María)

Este caso nos evidencia la distancia entre lo que debería ser y lo que es empíricamente, en cuanto a la transferencia de información y responsabilidades en el cuidado en el entorno hospitalario.

Como expresa Alexander, las teorías son las que estructuran la realidad, “datos o hechos”<sup>10</sup> que se estudian. Cuando un investigador observa uno o más fenómenos y los clasifica, luego emite un juicio crítico basado en un andamiaje teórico previo. Teoriza para construir el dato o rasgo crítico.

Las enfermeras investigadoras conocíamos la cultura hospitalaria por haber trabajado en el hospital, integrábamos el plantel de salud pública. En esta nueva experiencia con la institución, desde otro lugar, percibimos que algo había cambiado. La teoría nos hizo ver la fragmentación y los cambios de las reformas del estado que impidieron las transformaciones orientadas en pos de la integralidad del cuidado. Fragmentación y cambios en el desempeño de los sistemas sanitarios que frenaron el acompañamiento al desarrollo científico tecnológico aplicado a la ciencia de la salud cristalizando prácticas antiguas que favorecen las IH.

Comprender cómo funcionan los sistemas sociales y por que cambian o perduran, en el hospital en nuestro caso, es un tema que revisamos bajo un enfoque sociológico. Fue de utilidad para dilucidar las conductas protectoras y las conductas de riesgo en IH, en este contexto donde el cuidado es un servicio con un esquema que también quedó fragmentado.

### **El sistema social hospitalario**

Para el enfoque sociológico el hospital es una institución total, es decir:

“... un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en iguales situaciones, aislados por un período apreciable de tiempo, comparten en su encierro, una rutina diaria administrada formalmente.”<sup>12:13</sup>

El hospital pediátrico corresponde al grupo que incluye a las personas, que no pueden cuidarse por sí mismas, por su situación de salud y requieren la atención del recurso humano “capacitado”.

Las instituciones totales absorben gran parte del tiempo de los actores y también sus intereses. En este caso

con la enfermedad configurando un mundo que le es propio. La absorción institucional tiene forma de aislamiento de tal modo que obstaculiza la interacción social de los actores de la escena hospitalaria. El diseño estructural del nosocomio está organizada en espacios físicos limitados, en el que las rutinas establecidas, como por ejemplo: horarios de visita, los tiempos de espera para las consultas, etc. afecta la interacción social tanto de familiares como del personal del hospital. Esto se agudiza en el caso de los pacientes del interior o en aquellos de escasos recursos, pues por no disponer de medios económicos, deben permanecer dentro de la institución como invasores ambulantes y marginados del sistema. El hecho de no haber sido contemplados en el diseño espacial arquitectónico los ubica sobre los límites de la exclusión. En cuanto a la modalidad de internación conjunta -madre / niño- referida a la dotación de camas hospitalarias, hay una duplicación de la población hospitalaria no contemplada inicialmente. Los metros cuadrados disponibles para los internos, genera hacinamientos incrementando las posibilidades de los cuadros de infecciones cruzadas.

Habitualmente, en la vida cotidiana, las personas satisfacen sus necesidades básicas, como por ejemplo el sueño, la nutrición, la higiene, la eliminación, la recreación, el estudio, etc., con cierto grado de autonomía y flexibilidad. Para poder cumplir estas necesidades humanas se requieren diferentes espacios físicos. La peculiaridad del hospital como "*institución total*" es la de carecer de dichos espacios. Observamos que los internos concentran sus prácticas de autocuidado en un solo lugar, que en muchos casos es la propia cama. Ellos no pueden decidir cómo y en qué momento realizarlas ya que existen normas burocráticas rígidas que se suman a las otras limitantes. Estas normas están controladas por fieles funcionarios funcionales para el cumplimiento de los objetivos institucionales.

Son dos los grupos que se diferencian en las instituciones totales. El de los internos o también llamados pacientes, que conforman individuos dependientes o manipulados y el grupo más reducido de personas, los supervisores o vigilantes. Estos últimos en este caso corresponden al personal de enfermería, que tiene mayor contacto con el mundo exterior y cumplen jornadas de trabajo de ocho horas. Una simple observación permite

comprobar que los vínculos que se ponen en juego en la relación intergrupales son estereotipados y distantes.<sup>12</sup>

La mayoría de "los pacientes" están internados durante varios días. Todos requieren cuidados particulares, tanto por parte del equipo sanitario como de sus familiares. En la interacción de los mismos se juegan las relaciones sociales que llevan implícitos los saberes y las prácticas de cuidado que se ejercen. En este intercambio de relaciones simbólicas e intersubjetivas se da el juego del poder que se materializa a través del control de la información. Por cuestiones del orden de la propia organización la información es en diferentes grados, casi siempre restringida. Por diversas justificativas, el personal profesional limita la información sobre el diagnóstico, el pronóstico, los efectos de la medicación, etc. La Historia clínica, por ejemplo no está disponible para enfermería, lo que afecta la continuidad e integralidad del cuidado, en suma, la calidad de la atención.

La admisión es un momento obligatorio y oportuno para educación en el autocuidado del niño a los familiares, a los efectos de que el manejo sea adecuado a la circunstancia de internación. Esto hemos observado que no se cumple, o muchas veces es insuficiente en la práctica habitual. Esta transferencia de información y poder no se efectúa y pone en evidencia los riesgos a los que se exponen a los sujetos de cuidado.

En el marco de una sociedad, en que, el factor educacional es progresivamente deficitario en los sectores socioeconómico más empobrecidos, son generalmente las mujeres que cuidan al niño, muchas de ellas, niñas-madres, con escasa escolaridad. Son derivadas de establecimientos sanitarios del interior provincial; de la periferia o del centro de la capital quienes comparten dificultades educativas que impacta negativamente en el cuidado de la salud. Si bien algunas cuentan con obra social, la mayoría no dispone para el gasto de bolsillo que les permita elegir otras opciones de atención. A esto se le agrega el hecho de que conocen la institución hospitalaria, únicamente, por experiencias previas de paciente ambulatorio.

Desde el enfoque de género, observamos que es excepcional encontrar varones que acompañen al enfermo. Los demás familiares aunque se hacen presentes,

recurrentemente, no se instalan en el lugar, para el cuidado del niño, réplica de lo que sucede en hogar.

### Concepciones y saberes previos

Hemos observado que las personas, como sujetos sociales son usuarias dependientes del sistema médico hegemónico. Por eso sobrevaloran, positivamente, al saber técnico y médico como el único medio apto para resolver situaciones de enfermedad; sobre todo, si éstas son críticas. En virtud de esta estimación que prestigia al sistema sobre otros, no se puede dejar de reconocer que en el encuentro e interacción equipo de salud – familia- paciente, se juegan los intereses y las relaciones que entraman el poder. Relaciones que se hacen empíricas, concretas y se reifican en una institución particular que impone sus propias reglas y estrategias de control. Situación propia del “control social” que permite pero condiciona los tipos de prácticas y los posibles cambios al interior de la institución hospitalaria.

Por ejemplo, en una situación de internación dada, estas relaciones son inversamente proporcionales en el sentido de los presupuestos. El equipo de salud presupone competencias en las madres o personas a cargo, que realmente, no las tienen; por su parte estas personas encargadas del enfermo presuponen prácticas que el equipo de salud no realiza por motivos de delegación. Esta falta de explicitación de los presupuestos genera tensiones que se vuelven más o menos agudas en determinados casos pero que, en definitiva, afectan la calidad del cuidado del niño.

Puesto en otros términos y comprendiendo el fenómeno: los familiares consideran que su rol ocupa un segundo plano, y depositan en “quienes saben” todas las responsabilidades. Puntualmente, estas personas que cuidan a los internados creen que las acciones que desarrollan son pasivas y desvalorizadas para el proceso de curación o para los procedimientos terapéuticos. A su vez, los miembros de la institución, -profesionales o auxiliares- consideran, en el extremo contrario, que los familiares son una pieza clave en el proceso de restauración de la salud. Por eso delegan gran parte de las tareas de cuidado y la responsabilidad de su puesta en práctica, como pueden ser el momento de la alimentación, los procedimientos propios de la higiene del

infante inmovilizado en la cama, etc. Todo esto fue comprobado en el trabajo de campo durante la observación participante.

La puesta en acuerdo para la mayoría de estas acciones, en este contexto, tiene una importancia fundamental pues incide directamente en la atención y recuperación del paciente. Por eso, el ejercicio de las relaciones interpersonales, que en nuestro caso involucran a los agentes y a la dupla enfermo/responsable, debe ser una práctica socio-comunicativa en la que todos los implícitos necesitan ser explicitados. La puesta en funcionamiento del diálogo interpersonal garantiza los procesos de comunicación que hagan superar los sobreentendidos y eviten los malentendidos perniciosos para la atención del paciente pues se constituyen en factores de riesgo que favorecen las IH. Enfrentarnos a estas situaciones de incomunicación nos hizo reflexionar sobre el valor de las obviedades y de los silencios.

Es primordial reconocer que una familia posee creencias y saberes que orientan sus conductas, sus actitudes y “habitus”. Construcciones socio-familiares que conforman el corpus de sus códigos. Con todo este andamiaje cultural, llegan al hospital. Por su parte, el equipo de salud también tiene su propia cultura institucional fundada en el conjunto de códigos, creencias y su saber científico específico, formas de actuar o de resolver la realidad, etc. La familia tiene su manera de concebir la salud, la enfermedad y de comprender el rol de los profesionales que intervienen y lo expresan en valoraciones. Por su parte, el equipo de salud tiene la suya. Ahora bien, si cada uno de estos agentes tiene códigos diferentes y posiciones opuestas, consecuentemente, sus interacciones tenderán a la tensión. En la comprensión de esta forma diferente de simbolizar los valores reside la importancia del estudio social en salud. Sobre estas cuestiones se fue profundizando desde la reflexión crítica, a lo largo de la investigación–acción, reconocimos en cada grupo de actores sus propios horizontes de conocimiento como sustento de la construcción de expresiones culturales que lo demarcan.

Si nos ubicamos en esta relación dialéctica en el lugar de la familia, podremos comprender que para ella el hospital y el servicio que presta el equipo de salud, se transforman en la posibilidad de mejoramiento o estabilización del niño.

Esto explica la evidencia de que, en el imaginario familiar, el presupuesto de que las IH no existen como posibilidad que complique el cuadro clínico. El ojo cognitivo de la familia de bajo nivel de instrucción no percibe el mundo microscópico. Por tanto, la idea de asociar la adquisición de infecciones de cualquier índole a la falta de higiene de los lugares o personas, culturalmente, está ausente como también, otras evidencias palmarias que sustentan esta ignorancia. A modo de ejemplo, ponemos como caso la desnutrición o la falta de amamantamiento como factores claves que vehiculizan los riesgos para las infecciones.

Ésta es la perspectiva de lo visible y de lo invisible. De ella se desprende que si el edificio y el paciente se ven “limpios”, incluso comparativamente más limpios que su propio entorno, es imposible que un daño pueda ocurrir allí. Lo que no se ve, no existe y por lo tanto no se asume. Hemos observado también a aquellos que desde el lugar del saber, si, pueden verlo pero no se canalizan las vías de información que permitan hacerlo reconocible. Por el contrario, comprobamos que, ex profeso, se invisibilizan importantes circunstancias y condiciones institucionales -que muestran deficiencias en la infraestructura, la escasa disponibilidad de recursos materiales como asimismo obligaciones asociadas a las prácticas humanas-, sin considerar que estas actitudes negadoras de la realidad, llegan a empeorar o complicar el cuadro clínico del niño. No porque se tornen invisibles para el equipo de salud y para la institución estas dimensiones dejan de existir. En definitiva, la desatención al tema por omisión impide su prevención.

Retomando el problema de las obligaciones delegadas, que ya enunciamos más arriba, podemos aportar la constatación de que el personal de enfermería deposita actividades de cuidado propias en la responsabilidad de los familiares. Enfermería da por hecho que ellos saben cómo hacerlo, en cada caso y cómo concretar los procedimientos de la forma correcta. En general, al ingreso, se les “comenta” a las madres lo que deben hacer pero nadie “explica” detalladamente cómo hacerlo. El momento del baño es un ejemplo. Una mamá comentó que le dijeron que:

“Debía bañar al niño pero que no lo hacía porque estaba tan quietito, que no se ensuciaba porque no podía correr.” (Julia)

Lo expresado por la mujer pone sobre el relieve de la realidad las creencias que interfieren en las formas de comprender y hacer. Ella puso en palabras su forma de construir la realidad en la esfera del cuidado cotidiano de la salud familiar. Este caso ejemplifica el mundo de la creencia y del concepto limpio-sucio.

Poner distancia y reflexionar sobre la manera en que se da el juego del poder en la institución, permite comprender que el poder pivotea en el conflicto que se genera entre la díada del saber y el querer por un lado, y entre el deber y el no querer, por otro. Este juego recrudece las tensiones en las que se encuentra el ser humano, perdiendo aquél que está en condiciones de debilidad o indefensión. Y que actitudes como las descritas no ayudan a disminuir el grado de las tensiones en las relaciones interpersonales ni colaboran con la voluntad de transformación de un estado de situación cristalizado. Por el contrario, lo vuelve crónico.

## CONCLUSIONES

El trabajo de investigación acción, se organizó en torno al eje de las IH a partir de enfoques epidemiológico y sociológico de modo global, y este escrito intenta recuperar los aspectos sociológicos, para dar comprensión y significado a los comportamientos de los sujetos sociales, referidos a las IH en una institución total, el hospital.

Consideramos que la actual experiencia enriqueció más el conocimiento acerca de la relación entre las Instituciones Sanitarias y el comportamiento humano, que lo evidenciado en trabajos realizados previamente<sup>13</sup>. Consecuentemente, evaluamos la importancia de efectuar una lectura resignificativa del aprendizaje aprendido y acumulado pero, esta vez, bajo la luz de los aportes de las Ciencias Sociales. Por ser la salud una cuestión social que se da en el marco de las organizaciones institucionales, valoramos la pertinencia del pensamiento de Althusser referido a la importancia de dar a la investigación el enfoque “interdisciplinario”<sup>14</sup>. Pues entendemos que los diversos grados de dificultad y la serie de factores que las originan, como por ejemplo el juego del poder<sup>15</sup>, los conflictos propios en que derivan, las prefiguraciones o configuraciones del imaginario social que circulan en ese espacio

son materia necesaria para la profundización del análisis de los motivos que favorecen las IH y que determinan la calidad del cuidado integral.

Este cruce disciplinar favorece el avance de la comprensión de los fenómenos sociales en relación a la complejidad que el cuidado de la salud implica.

Para dar progreso a la investigación nos propusimos mirar el fenómeno desde otro lugar, lograr su extrañamiento o su externalización, y verlo desde la complejidad de los sistemas. Superamos nuestras “*inquietudes personales*”<sup>6</sup>, para poder traducirlo en “*problemas públicos*”, ya que lo social del fenómeno de la salud debe estudiarse y entenderse para poder construirlo como un nuevo el objeto. Su resignificación posibilito la reconstrucción del mismo en simultáneo al desarrollo del estudio. A diferencia de los estudios positivistas que están perfectamente estructurados, previamente a su puesta en marcha, el nuestro fue redefiniéndose bajo la mirada de los nuevos enfoques que permitió la triangulación disciplinar. Es decir, si bien tomamos rumbo diferente, la intención fue llegar al mismo destino pero con mayores fortalezas. Las incertezas que nos produjo, en un principio, la aproximación a campos teóricos no conocidos lo suficientemente y, también, la conciencia de una practica profesional habitualmente muy empirista nos ubico frente al abismo de la descontentión del marco metodológico reconocido. Pero, paulatinamente, fuimos avanzando por terrenos mas seguro pues el enriquecimiento teórico nos confirmo que el equipo de salud debe conocer los valores, creencias, hábitos y costumbres acerca del cuidado que los usuarios y trabajadores de salud poseen y con los que operan en la práctica afectando, particularmente, a grupos más vulnerables de población<sup>16</sup>. Es decir que a través de la interdisciplinariedad pudimos aproximarnos a valores culturales enraizados en los contextos familiar-domiciliario trasladado a contextos hospitalarios.

El nuevo acercamiento al objeto nos viabilizo la llegada a una cuasi-totalidad que nos dejo como resultado su capacidad de redefinición como un sistema abierto o eco-sistema, en términos de Morín<sup>17</sup> en el que cobran nuevo sentido las prácticas y concepciones del cuidado humano

universal, el de las madres, y el del cuidado profesional. También, pudimos constatar la capacidad de relación que construye, en su accionar, una red mas amplia en un nivel mayor; en el nivel meta-sistémico.

Como todo trabajo, también, el nuestro deja planteada la oportunidad para nuevos interrogantes. Trabajar con los postulados de la Ciencias Sociales implica acercarse a que los habitus y las prácticas del quehacer humano. Nosotros lo hicimos desde un recorte del proceso histórico social, dinámico y complejo, como es el campo de la salud. Por ende, en el accionar humano siempre queda el resquicio que su propia dinámica abre para dar paso a las resignificaciones.

Todavía no se han revelado con suficiente nitidez los comportamientos de cuidados transculturales que constituyen factores de riesgo y protectores de las IH. Cuando ese cuerpo de saberes este suficientemente desarrollado se podrá mejorar la calidad del cuidado, innovando las actuales practicas del equipo de salud brindando cuidados eficientes, eficaces y equitativos.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los usuarios del hospital pediátrico, principalmente a los niños, como a sus cuidadores, madres, abuelas, tías; quienes aportaron valiosa información permitiéndonos compartir su mundo. Hacemos también extensivo al personal de enfermería, especialmente estas trabajadoras de los sectores de terapia intermedia, intensiva y lactancia, que nos permitieron observar su proceso de trabajo y expusieron sus puntos de vista.

## REFERÊNCIAS

1. Hernandez Conesa JM, Moral de Calatrava P, Esteban AM. Fundamentos de enfermería: teoría y método. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
2. Joklik DP, Willett HP, Amos BM, Wilfert CM. Microbiología. Buenos Aires: Panamericana;1997.
3. Menendez Espina EL. La parte negada de la cultura. Barcelona: Bellaterra; 2002.
4. Taylor SJ, Bogdam R. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. Buenos Aires: Paidós;1986. p. 16.

5. Klainberg M, Holzemer S, Leonard M. Enfermería comunitaria. Colombia: Mc Graw Hill; 2001.
6. Mills, W. La Promesa en la imaginación sociológica. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 1994. p. 59.
7. Medina JL. La pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en Enfermería. España: Laertes; 1999. p. 41.
8. Kaplan D, Marners RA. Antropología: métodos y problema en la formulación de teorías en Introducción crítica a las teorías antropológicas. México: Casachata; 1978.
9. Wallerstein I. Análisis de los sistemas mundiales. México: Alianza; 1991.
10. Alexander J. Las teorías sociológicas desde la segunda guerra mundial. Barcelona: Gedisa; 1992.
11. Llobera J. La Antropología como ciencia. Barcelona: Anagrama; 1975. p. 376.
12. Goffman E. Internados. Buenos Aires: Amorrortu; 1992.
13. Torres, RA, Jacquier N, Santos L, Fermepin MR, Deschutter JD, Duarte CG. Trends of syphilis in Posadas city (Misiones State, Argentina), 1997-2000. J Bras Patol 2001; 37(4):253-9.
14. Althusser, L. Curso de filosofía para científicos. Barcelona: Planeta; 1985.
15. Bourdieu P. Intelectuales, política y poder. Buenos Aires: Eudeba; 1999.
16. Jacquier N, Santos L, Spasiuk G, Montengro G, Torres RA. Sexually transmitted infections. Innovations in Syphilis Prevention Project. Posadas City, Argentina. Bologna: Monduzzi Editore; 2001.
17. Morín E. Introducción al pensamiento social complejo. Barcelona: Gedisa; 1998.

**RECEBIDO:** 26/11/2007

**ACEITO:** 19/02/2008