

UNIVERSIDAD JOHNS HOPKINS

Centro de Programas de Comunicación

**El Reto de una cultura de calidad:
Responder al/a cliente senti-pensante**

*Diagnóstico Rápido de Necesidades de Comunicación
Análisis de Grupos Focales*

PROYECTO 2000
Un Proyecto del Ministerio de Salud y USAID

BEST AVAILABLE

A

Bibliographic Elements

427

TITLE

El Reto de una Cultura de Calidad Responder al/a Cliente Senti-Pensante

AUTHOR

Marcela Tapia

PROJECT NUMBER

527-0366 - Proyecto 2000

CONTRACT NUMBER

SPONSORING USAID OFFICE

Health, Population and Nutrition

CONTRACTOR NAME

Universidad John Hopkins

DATE OF PUBLICATION

Agosto 1997

STRATEGIC OBJECTIVE

Improved Health including Family Planning, of High-Risk Populations

B

El Reto de una cultura de calidad: Responder al/a cliente senti-pensante

*Diagnóstico Rápido de Necesidades de Comunicación
Análisis de Grupos Focales*

Marcela Tapia

Centro para Programas de Comunicación
Facultad de Higiene y Salud Pública
Universidad Johns Hopkins
Baltimore, Maryland, USA

Agosto 1997

Tabla de Contenidos

Resumen Ejecutivo.....	1
Agradecimientos.....	6
Introducción.....	8
Capítulo 1	
Objetivos y Metodología.....	10
OBJETIVOS DEL PRESENTE ANALISIS Y UNIVERSO EXPLORADO.....	10
METODOLOGIA UTILIZADA EN LAS	
DISTINTAS ETAPAS DEL TRABAJO.....	11
<i>Los grupos focales herramienta para la recolección de datos.....</i>	11
<i>La compilación y tratamiento de datos.....</i>	12
<i>El análisis de los datos.....</i>	12
Capítulo 2	
Resultados del análisis de los grupos focales.....	14
EL PROCESO DE INTERACCION PRESTADOR-CLIENTE.....	14
<i>La normatividad del salud y su crítica ausencia.....</i>	14
<i>Tipos de interaccion habituales.....</i>	15
<i>El contenido habitual de la consulta y el seguimiento.....</i>	25
EL PROCESO DE EMPODERAMIENTO DEL/A CLIENTE.....	26

<i>La cliente y su bagage</i>	28
<i>Derechos del/a cliente durante la consulta</i>	31
<i>Las relaciones de género en la consulta</i>	37
<i>Valoración y autovaloración de lo tradicional</i>	42
<i>La equidad prestador de servicios-cliente</i>	47
EL PROCESO DE SATISFACCION DEL/A CLIENTE.....	50
<i>Barreras a vencer</i>	50
<i>La/el cliente insatisfecha/o</i>	60
<i>La/el cliente satisfecha/o</i>	91
<i>Dos polos de un mismo continuum</i>	103
Capítulo 3	
Discusión de los principales hallazgos	107
SOBRE LA INTERACCION PRESTADOR DE SERVICIOS-CLIENTE.....	107
<i>Tipología de interacciones prestador de servicios-cliente</i>	107
SOBRE EL EMPODERAMIENTO EN LA RELACION PRESTADOR DE SERVICIOS-CLIENTE.....	118
<i>Un abanico abierto</i>	118
<i>Las condiciones sine qua non para empoderarse</i>	118
SOBRE LA SATISFACCION DEL/A CLIENTE.....	125
<i>A la búsqueda de la/os clientes perdidos</i>	125
<i>La/el cliente y sus criterios de selección de servicio</i>	128
<i>Tipología de la/os clientes Los clientes senti-pensantes</i>	132
<i>Un dilema a resolver en vistas a la satisfacción de la/os clientes</i> ..	136
Capítulo 4	
El Reto de una cultura de calidad: Responder al/a cliente senti-pensante	138
CONCLUSIONES.....	138
RECOMENDACIONES.....	141
Anexos	145
Bibliografía	181

Resumen Ejecutivo

El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) a través del Proyecto 2000, en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y su Centro para Programas de Comunicaciones llevaron a cabo gracias al apoyo de la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID), una evaluación/diagnóstico rápido de necesidades en comunicación con la finalidad de formular estrategias de intervención, procesos de capacitación y de comunicación así como contenidos que correspondan a las necesidades y al contexto de las áreas de intervención de salud reproductiva y materno-infantil del Proyecto 2000. Las recomendaciones que surgieron de dicho diagnóstico y que presentamos a continuación corresponden a los resultados del análisis de 16 grupos focales en los que participaron 250 personas de las zonas de intervención del Proyecto 2000, de los cuales 70% eran mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años)

Los grupos focales permitieron profundizar particularmente temas relacionados a la interacción, al empoderamiento y a la satisfacción de la/os clientes con los servicios de salud. Las discusiones en grupo facilitaron la expresión libre de opiniones en un ambiente abierto y de familiaridad. Las discusiones fueron animadas por personas especialistas con vasta experiencia en el tema de salud materno-infantil y salud reproductiva y en el manejo de grupos focales.

Los objetivos específicos cubiertos en los grupos focales fueron

- a. Conocer las características y tipo de interacción, en términos de comunicación interpersonal, que establece el prestador de servicios (PS) con la/el cliente en los diversos niveles del servicio
- b. Identificar aquellas habilidades de comunicación interpersonal que favorecen el desarrollo de una relación de calidad con la/el cliente, así como aquellas que la obstaculizan o debilitan
- c. Conocer la opinión del/a cliente sobre la calidad de servicio recibido e identificar aspectos ausentes para lograr su satisfacción

- d Conocer la percepcion del/a cliente hacia el prestador de servicios (PS) y los servicios de salud en general
- e Identificar condiciones que permitan una participacion mas activa del/a cliente en su interaccion de consulta con el/la PS

PRINCIPALES HALLAZGOS, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Existen varias areas de intervencion que requieren estrategias y contenidos de capacitacion que respondan a las necesidades y expectativas de la/os clientes actuales y potenciales de los servicios de salud del MINSA

Barreras a la utilizacion de los servicios

- 1 Hemos constatado que existen barreras a la utilizacion de los servicios del MINSA debido, al menos parcialmente, al desconocimiento de los determinantes claves de las expectativas de la/os clientes actuales y potenciales por parte del personal de salud. Estos determinantes claves engloban las experiencias previas de la/os clientes con los servicios, las experiencias negativas de terceros con respecto a dichos servicios, y los mensajes provenientes de los PS y/o de los ES. Como consecuencia cierto numero de la/os clientes actuales y potenciales, que podrian beneficiarse de los servicios, no hacen un uso sistematico de los mismos. Esta/os clientes pueden ser recuperados por el sistema y tener asi acceso real a los servicios que necesitan

Conclusion

Existen clientes actuales y potenciales que han sido perdidos por el sistema y que pueden ser recuperados a partir de estrategias de intervencion que tengan en cuenta los determinantes claves de las expectativas de la/os clientes

Recomendaciones

- Desarrollar estrategias de comunicacion dirigidas a romper las barreras existentes al uso de los servicios del MINSA teniendo en cuenta los determinantes claves de las expectativas de la/os clientes que hemos identificado en el presente estudio
- Incentivar a los PS y a los decisores del MINSA a tomar conocimiento de los datos recopilados al respecto en el presente estudio para facilitar la toma de decisiones informadas sobre el mantenimiento y/o mejora de la calidad de la atencion brindada a la/os clientes en distintas regiones del pais
- Incluir dentro de las estrategias de capacitacion de personal de salud, dinamicas y ejercicios que lleven al reconocimiento de y reflexion sobre los determinantes claves de las expectativas de la/os clientes con la finalidad de recuperar clientes que no acuden (mas) a los ES o incentivar a aquellos que deben acudir por primera vez
- Integrar dentro de esta propuesta de capacitacion las prioridades del MINSA en lo que respecta al reforzamiento o asimilacion de haberes de salud preventiva por la poblacion, lo cual parece coincidir con una de las expectativas no cubiertas de manera equitativa en las regiones estudiadas

Los tipos de interacción

- 2 Hemos identificado tres tipos de interacción PS-cliente que van de la menos participativa a la más participativa. En los tres casos es el/la PS quien determina el tono y tipo de la interacción. Solo excepcionalmente la/el cliente parece tomar la iniciativa e interpelar al/a PS si siente que no está siendo bien tratada. La más común es la interacción que llamamos de la vertical a la oblicua o interacción directiva que si bien puede representar un primer paso hacia formas de comunicación más abiertas e igualitarias, se caracteriza principalmente por su verticalidad (vgr. autoritarismo, paternalismo o humanitarismo asistencial).

Conclusion

El tipo de interacción más común entre PS y la/el cliente es la interacción directiva, que tiende a ser unidireccional en la que priman ya sea el humanitarismo asistencial, el paternalismo o el autoritarismo. Sin embargo existen casos en los que la/os clientes logran participar activamente en la consulta — hacer preguntas, aclarar sus dudas, en fin conversar abiertamente con el PS. Los PS poseen indudablemente conocimientos que pueden impartir a la/os clientes. La clave está en cómo — como preferimos decirlo — compartiran estos conocimientos con la/os clientes.

Recomendaciones

- Integrar en los procesos y estrategias de capacitación los distintos tipos de interacción PS-clientes identificados en nuestro análisis con la finalidad de lograr que los capacitandos identifiquen sus distintos roles y aprendan a distinguir cuando y por qué un tipo de interacción es más apropiada que otra. Se tratará pues de incentivar un proceso de reflexión y auto-reflexión sobre los hábitos adquiridos en la interacción PS-cliente.
- Poner el énfasis durante la capacitación en que la situación óptima, de participación activa del/a cliente durante la consulta no es solo posible, sino factible y que esta presente en la práctica actual, aunque no de manera preponderante. Esto constituye el meollo de un cambio sustantivo que puede darse en la práctica.
- Enfatizar durante el proceso de capacitación que los resultados de la interacción PS-cliente están en manos, en gran parte, de los primeros. Su toma de conciencia y de responsabilidad al respecto deberá facilitar su empoderamiento junto con el de sus clientes.

El proceso de empoderamiento

- 3 La/os clientes de los ES del MINSU, aun en las zonas más remotas y de más bajos recursos del país, tienen una idea y distintos grados de conciencia con respecto a sus responsabilidades y derechos en lo que concierne su salud y la de su comunidad. Sin embargo, son una minoría los que se sienten capaces de actualizar dichos derechos.

Conclusion

Aunque la/os clientes del MINSA muestran en algunos casos signos de empoderamiento todavia queda mucho trabajo por hacer para lograr el empoderamiento de la/os clientes y la toma de consciencia y actualizacion de sus distintos derechos y responsabilidades individuales y colectivos con respecto a su salud.

Recomendaciones

- Usar como linea conductora y principio de base en las capacitacion la participacion activa en vistas a facilitar el empoderamiento no solo de la/os clientes sino tambien de lo/as PS que tomaran parte en los talleres
- Prover a los PS con herramientas que los ayuden a armonizar sus habilidades tecnicas con su capacidad de desarrollar un rapport socio-emocional con la/el cliente, y promover la toma de consciencia de su papel en lo que respecta el empoderamiento del/a cliente
- Trabajar durante la capacitacion las internalizaciones de la/os PS y la/os clientes que pueden estar impidiendo el proceso de empoderamiento, y proponer ejercicios de reflexion y auto-reflexion sobre la imagen de si mismo y del Otro que ayuden a disminuir la distancia psicosocial entre PS y la/el cliente
- Otorgar la importancia debida y suficiente espacio al debate y la discusion sobre el aspecto cultural, la valoracion y autovaloracion de la/os clientes y de sus tradiciones en el ambito de la consulta y en toda interaccion PS-cliente

La satisfaccion del/a cliente

- 4 Hemos constatado que la/os clientes tienen criterios explicitos e implicitos para evaluar la calidad de los servicios y que de acuerdo a ellos intentan, en distintas medidas, obtener en los ES lo que necesitan y desean tanto a nivel de trato como de tratamiento. Los criterios con los evaluan los servicios de salud encuentran su paralelo y su sustento en los resultados de investigaciones y sondeos previos realizados por especialistas en calidad de atencion

Conclusion

Los criterios de evaluacion de los servicios de la os clientes nos llevan a concluir que se trata de seres senti-pensantes, que son exigentes, firmes y selectivos a la vez. En efecto, la/os clientes de los ES se sienten satisfechos cuando reciben ante todo un buen trato, pero tambien un buen tratamiento

Recomendaciones

- Tomar en cuenta los criterios que la/os clientes utilizan explicita o implicitamente para evaluar los servicios de salud con la finalidad de mejorar la calidad de atencion
- Apoyar la elaboracion de estandares de calidad de atencion haciendo uso de los criterios de evaluacion de los servicios que han emergido del discurso de los participantes en los grupos focales con la finalidad de asegurar una calidad de servicio que no solo satisfaga sino que supere las expectativas del/a cliente

- Institucionalizar estos estándares de calidad de servicios a través de su integración dentro del marco del Programa de capacitación materno-infantil del MINSA y de cualquier otro sistema de perfeccionamiento de PS existente
- Establecer un sistema de incentivos para los PS con la finalidad de asegurar una mejor receptividad del programa de capacitación sobre la mejora de la calidad de atención y la comunicación interpersonal que proponemos
- Incentivar el establecimiento de mecanismos, con un componente de entretenimiento educativo, para que las comunidades involucradas puedan participar activamente en la evaluación de (la mejora) de la calidad de los servicios a raíz de la capacitación de los PS en comunicación interpersonal

Agradecimientos

La elaboración del presente informe no hubiera sido posible sin el dedicado trabajo de campo realizado por el equipo de la Universidad Johns Hopkins, Centro para Programas de Comunicación (JHU/CCP), en Lima. Agradecemos especialmente el apoyo brindado por el coordinador local Max Tello, así como la labor de campo y el análisis preliminar de datos llevados a cabo principalmente por Pedro Goicochea, Carla Queirolo y Cecilia Rodríguez. Agradecemos también la valiosa colaboración de otros animadores que participaron en la recolección de datos al interior de los grupos focales cada vez que esto fue necesario, y que a menudo sirvieron de intérpretes entre el equipo de Lima y las personas convocadas para las discusiones grupales. Se trata de Pedro Mamaní, Isabel Mamaní y Teresa Alcazar.

Un agradecimiento especial a Patricia Poppe y a María Elena Figueroa, de JHU/CCP Baltimore, gestoras de esta iniciativa, que supieron mantener el contacto desde Baltimore con el equipo local en Lima, y estuvieron presentes en momentos claves del desarrollo del trabajo. Agradecemos particularmente las horas dedicadas por Patricia Poppe a la revisión del presente informe, sus comentarios y sugerencias que han enriquecido la versión final ayudando a darle un cuerpo coherente e íntegro.

Agradecemos también la presencia, el apoyo y las sugerencias del equipo de asistencia técnica del Proyecto 2000, particularmente del Sr. Michael Jordan, de la Sra. Flor Marina Guardia y del Dr. Bruno Benavides. Agradecemos igualmente al Dr. Hugo Ojalitas, Jefe de la Unidad Especial del Proyecto 2000 en el Ministerio de Salud, quien siempre nos alentó ante la envergadura del trabajo al que nos habíamos abocado para la mejora de la calidad de atención en las zonas más remotas y de más bajos recursos del país. Igualmente, apreciamos enormemente el apoyo y los comentarios brindados por la Lic. María Angélica Bornek y el Dr. Luis Serrano, nuestras contrapartes de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID).

Nuestro reconocimiento profundo hacia las personas que participaron en los grupos focales en las distintas regiones y subregiones de salud, que dedicaron parte de su tiempo para compartir con nosotros lo que se convirtió en la fuente de las reflexiones vertidas en este informe. De igual

manera, cabe resaltar el trabajo minucioso de transcripción de los grupos focales realizado por Marcela Aguilera, que nos permitió hacer un análisis detallado del discurso de los participantes

Agradecemos igualmente la valiosa colaboración de Doris Mejía, Alexei Lock y de Marcela Aguilar. Doris Mejía supo proporcionar datos de base en el momento apropiado y colaboró en otras áreas del estudio. Alexei Lock se encargó con gran minuciosidad de la fase preliminar de revisión de las citas textuales, así como la preparación de gráficos y formateo del documento. Por su lado, Marcela Aguilar tomó en sus manos con gran eficacia la importante tarea de darle la forma final al informe que tenemos hoy en nuestras manos.

Finalmente, queremos agradecer al equipo de apoyo logístico en Lima, sin quienes las largas horas de trabajo y discusión no hubieran tenido el sabor ni el calor humano que nos incentivó en todo momento. Nuestro agradecimiento especial en este sentido a Milagros Casas, cuya eficaz colaboración fue más allá del apoyo secretarial, y a Edwin Silveira que estuvo disponible en todo momento.

Introducción

El análisis de los resultados de los grupos focales en lo que concierne la comunicación interpersonal entre el prestador de servicios (PS) y la/el cliente que nos ocupa en este informe, es parte de un estudio más vasto cuya meta ha sido formular estrategias de intervención, procesos de capacitación y contenidos de comunicación que respondan a las necesidades y al contexto de las áreas de intervención de salud reproductiva y materno-infantil del Proyecto 2000. Otras fuentes de información, que no exploramos en el presente informe, fueron utilizadas para contrastar y triangular tres puntos de vista: el del/a observador/a externo/a, el del/a prestador/a de servicios y el del/a cliente. En este informe nos concentramos en el punto de vista del/a cliente. A comparación de los otros instrumentos utilizados para este estudio, el análisis de los datos recolectados durante los grupos focales se presta a la identificación de categorías que emergen espontáneamente del discurso de los participantes, lo cual resulta de gran utilidad para la posterior triangulación y validación de los datos obtenidos.

Hemos privilegiado aquí un método inductivo para el análisis de los resultados. Hemos querido indagar no solo qué está sucediendo, ni cómo se manifiestan los distintos tipos de comunicación interpersonal PS-cliente, sino también explorar el por qué, es decir, identificar cuáles son los mecanismos subyacentes a las distintas interacciones. Consideramos que solo descubriendo estos mecanismos podemos avanzar conclusiones y recomendaciones coherentes y operacionales a corto plazo.

Las categorías emergentes, que a menudo corresponden con los indicadores predefinidos para el análisis de los grupos focales, son luego confrontados y contrastados con distintos marcos teóricos que dan consistencia a la discusión de los resultados. Hemos podido constatar, por otro lado, que las categorías que han emergido espontáneamente del discurso de los participantes coinciden claramente con la información recopilada a partir de métodos de recolección de datos más estructurados (vgr. entrevistas cerradas, observaciones, inventario), lo cual consolida la validez de los datos obtenidos.

Si bien hemos logrado cubrir mas alla de nuestras expectativas los objetivos trazados para esta parte del diagnostico rapido de necesidades en comunicacion, es necesario señalar ciertas limitaciones en el presente analisis. Por un lado, hemos debido concentrarnos, por falta de tiempo, en un analisis predominantemente descriptivo de los resultados, sin llegar a profundizar de manera sistematica en un analisis critico de los mismos. Por otro lado, y como corolario a esta primera limitacion, no hemos podido profundizar en el aspecto teorico de los hallazgos que hubiera podido asistir al lector en la comprension mas cabal de las implicancias de las situaciones analizadas y las recomendaciones propuestas. Todos estos son temas que deberan ser explorados mas en profundidad posteriormente a nivel teorico y que, de manera muy concreta, han sido tomados en cuenta para la elaboracion de estrategias de intervencion, procesos de capacitacion y contenidos que responden a las necesidades y al contexto de las areas de intervencion del Proyecto 2000 de salud reproductiva y materno-infantil.

Capítulo

1

Objetivos y Metodología

OBJETIVOS DEL PRESENTE ANALISIS Y UNIVERSO EXPLORADO

Hemos cubierto en el presente analisis los siguientes objetivos especificos sobre la relacion y la comunicacion interpersonal entre la/el cliente y prestador de servicios

- a Conocer las caracteristicas y tipo de interaccion, en terminos de comunicacion interpersonal, que establece el prestador de servicios (PS) con la/el cliente en los diversos niveles del servicio
- b Identificar aquellas habilidades de comunicacion interpersonal que favorecen el desarrollo de una relacion de calidad con la/el cliente, así como aquellas que la obstaculizan o debilitan
- c Conocer la opinion del/a cliente sobre la calidad del servicio recibido e identificar aspectos ausentes para lograr su satisfaccion
- d Conocer la percepcion del/a cliente hacia el PS y los servicios de salud en general
- e Identificar condiciones que permitan una participacion mas activa del/a cliente en su interaccion de consulta con el/la PS

Los resultados que presentamos aqui corresponden al punto de vista del/a cliente. El diagnostico rapido de necesidades en comunicacion abarca otros objetivos y fuentes de informacion cuyos resultados han sido analizados separadamente y luego triangulados, en lo que se refiere a la comunicacion interpersonal, con los datos que presentamos en el presente informe

Se llevaron a cabo 22 grupos focales en diversas regiones y sub-regiones de salud que corresponden a las areas de intervencion del Proyecto 2000 de salud reproductiva y materno-infantil, con el objeto de asistir en la formulacion de estrategias de comunicacion y el diseño de procesos de capacitacion en funcion a las necesidades y al contexto de dichas areas. Las regiones y sub-regiones en las que se llevaron acabo los grupos focales que analizamos en este informe fueron

Regiones

La Libertad
San Martín
Chavín
Ucayali

Sub-Regiones

Huancavelica
Ayacucho
Chanka-Andahuaylas
Puno
Moquegua

En la mayoría de los casos se llevaron a cabo dos grupos focales por región o sub-región de salud. En algunos casos, tales como Chavín y Puno, se decidió realizar cuatro grupos focales para cubrir zonas que podían presentar diferencias socio-demográficas, lingüísticas y/o culturales significativas. Se tomaron en cuenta para el presente análisis, once grupos focales realizados en la Sierra, tres realizados en la Selva y dos en la Costa ¹. Hubo un total de 250 participantes en los grupos focales que analizamos en este informe, del cual el 70% fueron mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años).

METODOLOGIA UTILIZADA EN LAS DISTINTAS ETAPAS DEL TRABAJO

Los grupos focales: la herramienta para la recolección de datos

Los grupos focales son considerados un elemento a menudo clave en diagnósticos rápidos de necesidades debido a que durante ellos se incita a los participantes a tratar de temas importantes de investigación de manera libre y espontánea ². Los indicadores seleccionados para ser cubiertos específicamente durante los grupos focales fueron, particularmente, aquellos relacionados a la interacción/empatía Ps-cliente, al empoderamiento del/a cliente y a la satisfacción con los servicios de salud. Estos eran temas delicados, que se prestaban a ser tratados durante discusiones abiertas en las que los participantes (en este caso la/os clientes de los ES) se sintieran libres de expresarse.

Podemos observar en el cuadro A, en anexo, los indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería, y los métodos así como los instrumentos para la recolección de datos utilizados en cada caso. En dicho cuadro vemos claramente que el tipo de información que se buscó durante los grupos focales estuvo relacionado principalmente con i) el contenido y el proceso de la consulta, ii) la interacción y la empatía, y iii) el empoderamiento del/a cliente (ver Cuadro A, Anexo I). Como veremos en el análisis de los resultados, la información recopilada a partir de los grupos focales superó nuestras expectativas. En efecto, hemos podido recopilar y analizar información sobre cada uno de los indicadores mencionados en dicho cuadro, y otros que surgieron espontáneamente en la discusión.

¹ La diferencia entre el número de grupos focales realizados por región natural refleja las áreas priorizadas al interior del Proyecto 2000.

² Ver por ejemplo Elena Hurtado y Susan C.M. Scrimshaw, *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*, UCLA Latin American Center Publications, California: The United Nations University, 1987, p. 15-19.

Las discusiones durante los grupos focales fueron animadas por especialistas del equipo de la Universidad Johns Hopkins, Centro para Programas de Comunicación, así como por profesionales del MINSA especialmente entrenados para cubrir tal tarea. En ocasiones esto/as fueron acompañado/as por un/a interprete Quechua o Aymara. En algunas ocasiones, se solicitaron los servicios de un/a animador/a local que fue acompañada por una persona del equipo de la JHU/CCP, esta última actuó en estos casos como observadora participante durante la sesión. En todos los grupos focales se utilizó una guía de pautas abierta pero estandarizada que cubrió todos los indicadores previstos (ver "Guía de pautas de grupo focal con clientes" en el Anexo II). Las discusiones en grupo fueron grabadas y luego transcritas textualmente para proceder al tratamiento de los datos recogidos.

La compilación y tratamiento de datos

Los datos recopilados durante los grupos focales fueron compilados haciendo uso de un programa informatizado para el tratamiento de datos cualitativos (NUD IST). Optamos por privilegiar el uso de un método inductivo en la determinación de códigos para el tratamiento de los datos con NUD IST. Una primera lectura de las transcripciones condujo así a la identificación de códigos que correspondían no solo a los indicadores previstos sino también a categorías que emergían del discurso de los participantes.

Una vez identificadas las categorías o códigos para la indexación de los datos, nos aseguramos de compartir las mismas definiciones para los códigos/categorías identificadas a partir de la lectura de las transcripciones. Cada transcripción fue codificada y verificada por al menos dos investigadores involucrados en el estudio. Procedimos de esta manera para asegurar la validez y confiabilidad de la codificación y asegurarnos así de la validez interna de este primer nivel de análisis. Trabajamos con 276 códigos y sub-códigos que nos ayudaron a organizar y ordenar la vasta información recogida durante los grupos focales.

Una vez organizada la información en base a la utilización de NUD IST, agrupamos los resultados de las búsquedas computarizadas en cuadros de análisis y de síntesis usando el método propuesto por Miles y Huberman (1994).

El análisis de los datos

Utilizamos varios de métodos para analizar los datos

1. Combinamos las técnicas inductivas descritas por Patton (1990) y Strauss (1987) con los métodos sugeridos por Miles y Huberman (1994) para la presentación de resultados en cuadros analíticos y/o de síntesis. Igualmente, nos inspiramos en propuestas de análisis e ilustración de resultados de autores como Hurtado y Scrumshaw (1987), Scrumshaw et al (OMS, s/f) y Denzin y Lincoln (1994).
2. Utilizamos métodos de análisis del discurso propuestos por distintas corrientes semióticas y de semiología (Eco, 1988 y 1977, Greimas, 1990 y 1979, Hall, 1980) ³ Identificamos pues,

³ La semiótica o semiología (escrita francesa) es el estudio de todos los signos. Daniel Chandler ofrece una revisión global de la semiótica y una reflexión sobre sus puntos fuertes y limitaciones en Semiotics for Beginners. Daniel Chandler's Home Page. E-mail: dg@aberystwyth.ac.uk

palabras claves, "sintagmas", "paradigmas" e "isotopias" que cubrian las distintas areas de interes para nuestra investigacion o reflejaban codigos culturales y analizamos sus significados denotativos y connotativos

- 3 Tambien analizamos elementos de la comunicacion a nivel pragmatico Logramos pues identificar y analizar los distintos tipos de interaccion reflejados en el discurso de los participantes, asi como las barreras potenciales y los factores facilitantes de dicho proceso de comunicacion Para esto utilizamos instrumentos de analisis propuestos por diversas corrientes de teorias de la comunicacion contemporaneas tales como el enfoque interaccional de Paul Watzlawick (1967), teorias acerca de la participacion propuestas por comunicologos latinoamericanos (Beltran, 1980, Diaz Bordenave, 1983, Pasquali, 1980, Kaplun y O Sullivan, 1979, Freire, 1973 y s/f, entre otros), y la teoria critica y filosofia de las comunicaciones de Jurgen Habermas (1979, 1976)
- 4 Utilizamos tambien como marco teorico para el analisis y la reflexion enfoques etnograficos, antropologicos, eticos y de genero sobre la salud propuestos por diversos autores tales como Lock (1993), Spradley (1990 y 1988), Good (1994), Olesen (1994), y Careaga (1996)
- 5 Finalmente, nos inspiramos en estudios realizados sobre la calidad de servicios con la finalidad de contrastar las expectativas, necesidades y criterios de evaluacion explicitos e implicitos que emergian en el discurso de los participantes con criterios identificados en investigaciones previas tales como las de Berry et al (1990), Ciampa (1992) y Bruce (1990)

Hemos utilizado diversos metodos de analisis de manera combinada, complementandolos mutuamente para estudiar el mismo fenomeno bajo distintas perspectivas Hemos tratado de reducir lo mas posible el uso de lenguaje especializado para facilitar la lectura Los resultados que presentamos a continuacion cubren los diversos objetivos que nos habiamos trazado para esta parte de la evaluacion/diagnostico rapido de necesidades en comunicacion interpersonal, poniendo enfasis en el punto de vista del/a cliente

Capítulo

2

Resultados

Hemos dividido los resultados de los grupos focales sobre la comunicación interpersonal en tres partes: 1) el proceso de interacción PS-cliente, 2) el proceso de empoderamiento del/a cliente, y 3) el proceso de satisfacción del/a cliente. Retomaremos luego en la discusión estas mismas áreas temáticas.

EL PROCESO DE INTERACCIÓN PRESTADOR-CLIENTE

La normatividad del saludo y su crítica ausencia

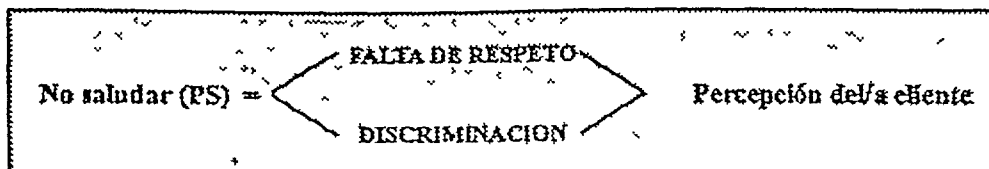
Según los resultados de los grupos focales, en las tres regiones (Costa, Sierra y Selva), la "norma" es que la/el cliente salude al/a prestador/a de servicios (PS) al entrar al consultorio. Esto no causa disgusto ni inconveniencia alguna, siempre y cuando el saludo sea retornado por el/la PS.

En la Costa y en la Selva, las participantes no critican la manera en la que se inician las consultas. Por el contrario, en la Sierra sí se reportan casos en los que los PS no responden al saludo de la/el cliente, lo cual es visto como falta de respeto y signo de discriminación.

*"() cuando me dicen como quieres que te traten bien, yo quisiera, primeramente, que cuando yo llegue aquí al hospital me respeten porque cuando nosotros a veces llegamos ni siquiera — por lo que somos así [pobres, campesinas] — ni siquiera te saludan ni te dicen nada. Pero nosotros a veces venimos y decimos buenos días doctora, buenos días y ellos ni te dicen nada ni te reciben, nada. Solamente que nos respeten tal como somos."*⁴

⁴ Testimonio de la Sierra 06-s 360

En este caso,

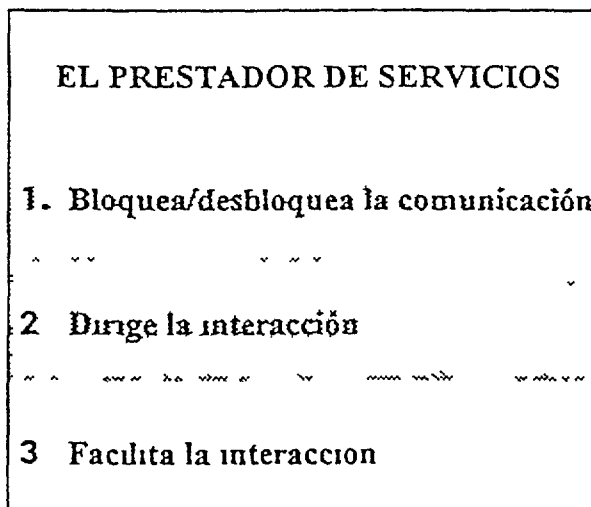


El hecho de no ser saludado es, desde la perspectiva del/a cliente, sinónimo no solo de falta de respeto sino también, implícitamente, una de las manifestaciones de la discriminación de la que son objeto

Tipos de interacción habituales

En las tres regiones se menciona que el tipo de interacción que se establezca "*depende del prestador*"⁵ En efecto, es evidente que el papel protagónico dentro de la interacción PS-cliente lo juega el PS

Hemos identificado tres tipos de interacción PS-cliente a partir del análisis del discurso de los participantes en los grupos focales. El papel protagónico del prestador tiende a definirse en cada caso de la siguiente manera



Hablaremos de estos tres tipos de interacción usando terminología que se inspira de la geometría, ya que su ilustración visual facilita la descripción de las diferencias fundamentales que existen entre ellas

Bloquea/desbloquea la comunicación El ángulo recto

Llamamos así al tipo de relación en el que el/la PS puede ejercer, unilateralmente, la función de bloquear o desbloquear la interacción entre el/ella y la/el cliente. Es una relación en ángulo recto, de 90°, en la medida en que la comunicación se da en un solo sentido y siguiendo "la línea de la

⁵ Testimonios de la Costa de la Sierra y de la Selva

plomada", donde la linea vertical representa el flujo unidireccional de mensajes de un Emisor activo (en este caso PS), a un Receptor (la/el cliente) predominantemente pasivo

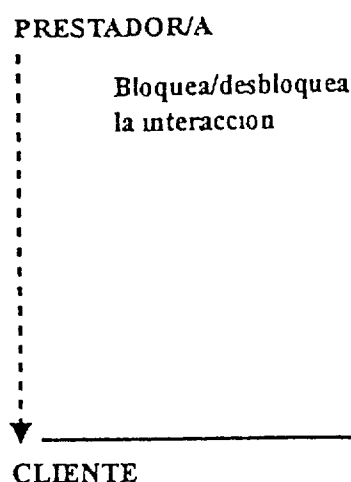


Figura 1
La relacion de los 90° el prestador bloquea/desbloquea la interaccion

Encontramos ejemplos de este tipo de interaccion, frecuentemente en el discurso de los participantes de la Sierra. Por el contrario, aparece con poca frecuencia en la Costa y en la Selva.

Presentamos a continuacion una serie de ejemplos de este tipo de interaccion que hemos agrupado por region geografica.

Sierra

El mayor numero de ejemplos de este tipo de interaccion proviene de esta region. En algunos casos, el PS expeditivo, que pasa rapidamente de un/a cliente a otra, esta "bloqueando" la comunicacion en la medida que la/el cliente siente que no le esta dando la oportunidad de pronunciarse.

*" es una atencion rapida o sea, ingresas a un consultorio, te dicen 'que tienes, que sientes, muy bien' y ya te estan haciendo la receta, se va y llama a otro paciente. Tu a veces no haz terminado de decirle, pero ya te dieron la receta "*⁶

Tambien en los siguientes casos el/la PS esta, consciente o inconscientemente, "bloqueando" la comunicacion.

*"A veces se amargan señorita () Se molestan señorita cuando así algo les preguntamos, así medio que no quieren hablarnos así "*⁷

⁶ Sierra 01 S 226

⁷ Sierra 04 S, 102

" depende del medico que nos atienden porque hay otros medicos bien serios y que dan miedo () hay otros que te preguntan bonito y ya le respondes " 8

Podriamos hablar aqui, tomando prestada terminologia medica, de procesos de comunicacion verdaderamente abortados. Y no se trata aquí de abortos naturales sino mas bien provocados (consciente o inconscientemente) por los PS en cuestion. Nos preguntamos si, desde el punto de vista del/a cliente, ponerle mala cara o cara seria a nuestro interlocutor no es una de las maneras mas eficaces de bloquear o interrumpir un proceso de comunicacion en el cual no estamos interesados o para el cual no tenemos tiempo.

Por otro lado, hay clientes que dicen sentir verguenza de preguntar *" yo soy bien nerviosa señorita para preguntar me da verguenza tambien " 9* Solo si el/la PS les hace una pregunta, entonces ellas contestan "Bueno, a veces nos dicen 'qué comprendes?' [Entonces] le preguntamos, allí recién precisan, sino te quedas en la luna " 10 En este caso, el/la PS esta contribuyendo a "desbloquear" la comunicacion con una simple pregunta, tal como ¿entendio?, lo que le permite a la/el cliente aclarar sus dudas. De otra manera, la/el cliente se quedara callada y "en la luna".

Si bien una simple pregunta puede ayudar a "desbloquear" la comunicacion, aunque sea de manera unidireccional, una sancion cumple exactamente la funcion opuesta, tal como lo constatamos en ejemplos de la Sierra. Así, hay quien reconoce que, luego de que un/a PS la resondro *"No, me calle nomas "* En efecto, pareciera que es preferible, cuando se esta en una relacion vertical, que llamamos aqui "en angulo recto", quedarse callada y no enfrentar a un adversario que esta de todos modos por encima de uno. El nombre "recto" (de rectitud, severidad) se adecua perfectamente a este y otros ejemplos en los que el/la PS se coloca claramente en una posicion de superioridad y autontaria con respecto al/a cliente.

En efecto, a menudo la/el cliente siente que es debido a su origen humilde que no se le da la opcion de hablar, de explicar o de elegir *"Mas que todo eso pasa con la gente del campo, cuando no les explican bien o no les entienden bien " 11* afirma una participante de la Sierra. Otra relata con cierta amargura que *" hubo un caso que a mi me recetaron para mi niña que no tenia apetito, me miro [pobre, campesina, mal vestida] y me receto algo que me cuesta barato " 12* Las consecuencias de este tipo de interaccion podrian llegar a ser nefastas por distintos motivos. En primer lugar, este tipo de interaccion puede crear o reforzar un sentimiento de impotencia frente a la discriminacion. En segundo lugar, y paradójicamente, puede hacer perder credibilidad al/a PS. la/el cliente, en este ejemplo, se queda implicita y legitimamente en la duda de si ¿me habra recetado para mi bebe lo mejor o solo cualquier cosa (vgr "lo mas barato") por lo que soy así (vgr *pobre, campesina*)?

⁸ Sierra 03 S 918 928

⁹ Sierra 04 S 1672

¹⁰ Sierra 02 S 50

¹¹ Sierra 02 S 8f

¹² Sierra, 03-S 308

Selva

El ejemplo que hemos seleccionado de la Selva ilustra otra manera que puede tener un/a PS de "bloquear" toda posibilidad de interacción o comunicación bi-direccional con la/el cliente. El interlocutor que bloquea la comunicación de esta manera, lo hace a menudo, aunque no siempre, de manera más o menos consciente. Se trata de responder con monosílabos, lo cual desmotiva – en la mayoría de los casos y aun a las personas habladoras – a proseguir una conversación. "*Pero hay profesionales que le preguntas una cosa y solamente te responden con un sí o con un no y ya no vuelves a preguntar por temor no se vaya a molestar*"¹³ Por añadidura, en este caso, dado que la/el cliente se encuentra en una relación vertical en la que el/la PS es la autoridad, no se atreve a seguir preguntando por temor "*a que se moleste*"

Costa

En todo tipo de interacción se necesitan dos polos. En la interacción netamente vertical, del "ángulo recto", uno de los polos se encuentra arriba y el otro abajo y los mensajes tienden a fluir de arriba hacia abajo – y solo viceversa cuando al que está arriba le hace falta constatar o confirmar alguna información tal como "¿me entendió?" El ejemplo que hemos seleccionado de la Costa ayuda a ilustrar, más específicamente, la realidad interior de aquel que se encuentra entre "los de abajo" "*Yo no pregunto porque me da vergüenza. Es temor de no saber algunas cosas*"¹⁴ Efectivamente, a menudo la comunicación va a estar bloqueada debido a que la/el cliente siente y piensa que no sabe lo suficiente, y que si hace preguntas se corre el riesgo de caer en el ridículo. De ahí la importancia a menudo del papel desbloqueador del/a PS como un primer paso hacia otro tipo de relación más horizontal entre los dos polos de la comunicación, tema que abordamos más adelante.

Dirige la interacción De la vertical a la oblicua

Llamamos así a este tipo de interacción porque aunque guarda algunas similitudes con la interacción estrictamente vertical, se convierte en una relación "oblicua" en la medida que el/la PS oscila de una posición autoritaria hacia una postura más bien "humanitaria" o "paternal/maternal" frente al/a cliente. Esto, sin embargo, no revierte, como veremos más adelante, los roles habituales de Emisor y Receptor de ambos polos, ya que sigue siendo el PS el que "dirige" la interacción y la/el cliente la que asume un papel pasivo en la misma. Para facilitar la lectura y comprensión de este tipo de interacción, en contraposición a las otras dos que hemos identificado en el discurso de los participantes, nos referiremos a ella como "la relación o interacción directiva"

¹³ Testimonio de la Selva, 07 SE 484

¹⁴ Testimonio de la Costa, 02 C, 24

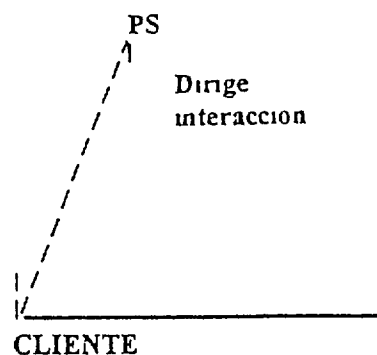


Figura 2
De la vertical a la oblicua el PS dirige la interaccion

La interacción de tipo directiva es la que se encuentra más frecuentemente en el discurso de la/os participantes de la Costa y de la Sierra. En la Selva también se encuentran claros ejemplos de este tipo de interacción, pero se menciona con menos frecuencia que en las otras dos regiones.

Una vez más, hemos agrupados los ejemplos que ilustran este tipo de interacción, y que presentamos a continuación, por región geográfica.

Sierra

Las siguientes son muestras típicas de la interacción directiva extraídas de los discursos de los participantes de la Sierra.

“Si si la doctora es buena gente nos explica,”¹⁵ afirma una participante. Vale la pena enfatizar que en este caso la PS le explica a la/el cliente “si es buena gente”, si no lo es – esta implícito – la doctora no le explica (i.e. que tiene, que es lo que debe hacer, etc.) y la/el cliente sale del consultorio sin las aclaraciones del caso. Ya en este ejemplo vemos claramente que el factor afectivo juega un papel importante en la relación, desde el punto de vista del/a cliente: si la doctora es buena gente (conmigo o en general), me va a explicar. El problema aparece, sin embargo, con el uso del condicional “si” desde el punto de vista del/a cliente, será gracias al azar y la buena coincidencia que se topa con un/a PS que sea “buena gente”. El/la PS parece en este caso establecer las reglas del juego según su predisposición en el momento, o su forma de ser. El hecho que le den una explicación completa y comprensible al/a cliente no parece en este caso ser algo que ella/el pueda esperar o exigir *a priori* en su trato con la/el PS, sino más bien algo que sucede aleatoriamente y al azar.

Otro ejemplo típico de relación directiva es el siguiente: “Porque nos hacen comprender, y si aun no entendemos, nos vuelven a repetir en voz alta. Nos explican y luego nos preguntan como es que

¹⁵ Sierra, 08-S 566

hemos comprendido”¹⁶ En este caso la/el cliente parece no entender con facilidad, se le tiene que repetir hasta “*en voz alta*” (i.e. en tono autoritario o como si no entendiera por problemas de sordera física) para que comprenda. El/la PS pareciera dudar de la capacidad de comprensión de la/el cliente. Para cerciorarse de que la persona ha comprendido, el/la PS le pregunta que es lo que ha entendido. En casos extremos, el/la cliente podría sentir que está pasando una especie de examen de comprensión de lo que el/la PS ha dicho. Pero, desafortunadamente, este último no da cabida a que la/el cliente pregunte espontáneamente para aclarar sus propias dudas. Esto responde a una lógica interna incuestionable: 1) si tengo dudas con respecto a la comprensión por la/el cliente de lo que he dicho, voy a querer cerciorarme de que ella salga con la información adecuada de mi consultorio, lo cual es totalmente legítimo y loable, 2) pero, al mismo tiempo, al ocuparme estrictamente de mi principal duda (i.e. con respecto a la comprensión de lo que yo (PS) acabo de decir), puedo olvidar que esta misma/o cliente tal vez tiene sus propias dudas, y que estas pueden ir más allá de lo que yo le he dicho. Existe en esta interacción un proceso sutil de descalificación de lo que la/el cliente tiene que decir o preguntar. Por otro lado, es importante hacer resaltar que, en este caso, la/el cliente que da el testimonio, ofrece una descripción sin juicio de valor o incluso, con un juicio de valor implícito que es positivo: ella simplemente narra lo que sucede en el consultorio y como el/la PS “*se esmera*” y hace esfuerzos para que ella lo entienda. Pareciera entonces que para esta/e cliente es normal y “saludable” encontrarse en este tipo de interacción.

De igual manera, hay quien afirma, de manera muy positiva, “*Si nos explican, y con receta nos explican para tomar la pastilla, todo nos explican*”¹⁷ La/el cliente se muestra contenta de que el/la PS le explique como tomar una pastilla y dice “*todo nos explican*” En este caso, es evidente que los dos polos de la interacción están satisfechos con sus roles: uno transmite información y el otro la comprende a cabalidad para luego ponerla en práctica.

En otros casos, los testimonios son un poco más punzantes sino críticos con respecto a la actitud del/la PS en el consultorio: “[El PS] *para escribiendo y va explicando*”¹⁸ En este caso, la/el cliente es un polo de recepción pasivo y, simbólicamente, casi ausente. Basta visualizar la situación para darnos cuenta de que no hay contacto visual con la/el cliente. Es legítimo preguntarse en este caso: ¿qué sucede cuando alguien nos explica algo mientras está escribiendo, sin dirigirnos la mirada? No es raro que en estos casos el Receptor del mensaje pueda seguir solo con cierta dificultad lo que le están diciendo, y que sienta que no hay ni lugar a réplica, ni interés por parte del PS en su caso. El lenguaje corporal del/a PS puede reflejar, en efecto, falta de interés y dar la impresión de que estuviera recetando, o tal vez, “recitando” una vez más lo que probablemente ha dicho a otros varios clientes: ¿será que no tiene suficiente tiempo para dedicar a cada cliente? es una de las preguntas que quedan suspendidas en el aire, como formando parte de la atmósfera de este tipo de consulta.

Costa

Una muestra de interacción directiva, recuperada del discurso de los participantes de la Costa, resulta ser particularmente crítica. Una cliente explica que el/la PS

¹⁶ Sierra 09 S 104

¹⁷ Sierra 05 S 254

¹⁸ Sierra 10-S 212

"Si, nos hace caso pero es como pidiendole un favor Le digo, señor no le entiendo, explíqueme de nuevo Si no, me salgo con mi receta y con una preocupacion Dios mio, ¿como me dijo el doctor? Voy a regresar de nuevo y le pregunto doctor, disculpe, explíqueme de nuevo () Porque la letra del doctor no se le entiende " 19

En este caso, la/el cliente enfatiza que si pide una aclaracion es "como pidiendole un favor" al/a PS, cuando en realidad ella sabe que no se trata de un favor sino de lo que le corresponde como cliente Ella pide aclaraciones para evitar salir "con una receta y una preocupacion" del consultorio o ES Las prescripciones escritas de un/a medico son dificiles de entender o simplemente ininteligibles, es practica comun que el farmacéutico o boticario sea el que las "traduzca" para la/el cliente Pero de alli a que la/el cliente salga del consultorio sin haber entendido algo que para ella es importante, hay una gran diferencia ¿Que nos dice esta cita con respecto a la interaccion que tuvo lugar entre el/la PS y la/el cliente? Ya que no tuvimos la oportunidad de observarla, podemos solo deducir que la/el cliente no entendio ya sea la receta, el diagnostico o el pronostico del/a PS y que este ultimo se limito a ofrecer informacion sin verificar, antes de que la/el cliente dejara el consultorio, de que todo estaba claro o si tenia alguna duda al respecto En este caso, la/el cliente termina sintiendo que si pide una aclaracion se la dan, si, pero de mala gana o "como pidiendo un favor" Una vez mas, el/la PS parece lanzar mensajes que la/el cliente puede o no retener o entender, lo mas serio del caso es que el/la PS parece contentarse con un tipo de interaccion dentro de la consulta que no requiere ni un minimo grado de retroalimentacion para verificar si la/el cliente ha entendido o si necesita o desea mas explicacion

Selva

Finalmente, el ejemplo extraido del discurso de los participantes de la Selva describe claramente ciertas etapas tipicas de una interaccion directiva entre PS y la/el cliente

"Yo vengo, el doctor me pregunta 'Sra, cual es la enfermedad de la niña' Entonces yo le explico a el, le explico como es su estado, y en la medida de lo que yo le explico [el] me enseña como debo combinar a tantas horas ¿no?, si le voy a dar la mitad, asi de la pastilla y ahi, este, el que me enseña y me voy a mi casa y hago como el me indico " 20

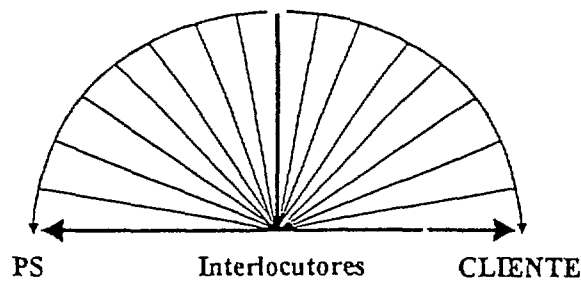
La secuencia es como sigue PS pregunta, la/el cliente responde (describe/explica estado o dolencia), PS enseña al/a cliente lo que debe hacer, la/el cliente se va a su casa, la/el cliente sigue instrucciones (hace en su casa lo que el/la PS le dijo que hiciera) Mientras el PS pregunta y enseña, la/el cliente responde (explica o describe sintomas o estado) y sigue instrucciones Podemos imaginarnos el *setting* de esta interaccion como el encuentro entre un PS muy experimentado y una madre primeriza Es interesante notar en esta caso que, si leemos la cita una segunda vez, nos damos cuenta de que muy bien podriamos sustituir al doctor por una madre con experiencia (vgr la mama de la madre primeriza) y las etapas de la interaccion quedarian inalteradas la mama le pregunta a su hija como va su bebe, esta le responde, la primera le enseña (vgr da consejos) y la segunda sigue los consejos que le ha dado su mama al pie de la letra Si algo le sale mal, en este caso hipotetico, la madre primeriza podra culpar a su mama, ya que ella no hizo sino seguir sus instrucciones, sin pedirle mas explicaciones para entender el por qué y no solo el como de las cosas

¹⁹ Costa 01 C 76

²⁰ Selva 03-SE 598

Facilita la Interacción De la oblicua a la horizontal

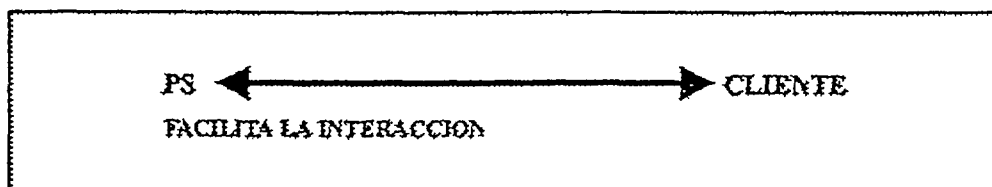
Los dos ejes de las figuras con las cuales hemos representados las interacciones de “ángulo recto” y “de la vertical a la oblicua”, se van “juntando” o “abriendo” hasta formar una sola línea horizontal. Siguiendo esta metáfora, al “juntarse”, los dos polos de la interacción se acercan sobre una línea horizontal, y empiezan a parecerse. Simultáneamente, al “abrirse” se forma un abanico amplio de posibilidades de intercambio de mensajes entre los dos polos de la comunicación. En efecto, la línea horizontal representa la posibilidad de una comunicación más “de igual a igual”, democrática y



abierta entre PS y la/el cliente

Figura 3
Abanico de posibilidades y equidad

Cuando observamos esta tendencia a la “horizontalidad” en la comunicación, podemos dejar de hablar en términos de Emisor y Receptor para reemplazarlos por el término “interlocutor”. En efecto, en este tipo de interacción encontramos dos interlocutores capaces (ambos) de tomar la



iniciativa y tanto originar como dar respuesta a mensajes dentro de un proceso de comunicación

Figura 4
De la oblicua a la horizontal el PS facilita la interacción

Este tipo de interacción se encuentra raramente al analizar el discurso de los participantes de los grupos focales de la Sierra y no es muy frecuente en el discurso de los participantes de la Costa. En contraste, este tipo de interacción aparece un poco más a menudo en el discurso de los participantes de la Selva.

En este caso presentamos los ejemplos recopilados de las tres regiones en el Cuadro 1, en el que junto a cada testimonio hemos resumido los principales ejes del discurso, y los roles, percepciones

y actitudes implícitas o explícitas de los actores en cada interacción. En todos los ejemplos de interacción “de la oblicua a la horizontal” que presentamos a continuación, el/la PS actúa – en distintas medidas y de diversas maneras – como facilitador

Testimonio	Ejes principales del discurso	Roles/Percepciones/Actitudes	
		PS	Cliente
<i>Cualquier duda o pregunta que tengamos siempre el medico nos hace participar</i> ²¹	PS responde e induce al diálogo nos hace participar Ayuda al/a cliente a participar	Responde al/a cliente Hace preguntas Facilita el diálogo	Pregunta y le responden Se siente seguro de re-preguntar
<i>hay profesionales que inducen a que les sigan preguntando a que te aclares tu mismo lo que quieres saber () si tu preguntas y el profesional es abierto te responde no solamente [a] una sola pregunta el profesional te responde hasta tres preguntas y eso te da a que tu sigas preguntando</i> ²²	PS "induce" al diálogo, es abierto Valora el conocimiento y la capacidad de su interlocutor/a	Induce al diálogo Muestra actitud de apertura	Sigue preguntando Se siente segura/o Se siente ella/él mismo capaz de aclarar sus propias dudas
<i>Ellos nos conversan con que queremos cuidarnos ampollas pastillas nos preguntan ahí () Ellos nos conversan y nosotros ya escogemos por ejemplo quiero la 1 de cobre</i> ²³	Clientes (en este caso pareja) reciben información (completa) sobre los distintos métodos Esto les permite tomar una decisión informada y autónoma	Conversa = Muestra actitud de apertura Presenta/explica opciones Da lugar a que le hagan preguntas	Pide se aclaren dudas Se siente libre Es capaz de tomar su propia decisión
<i>Tenemos amplia libertad de poder dialogar con ellos () Yo he podido dialogar con ellos me han dado un buen entendimiento inclusive he preguntado otras preguntas y si he tenido esa oportunidad de preguntarles y así dialogar con ellos como naturalmente, como seres humanos que somos tenemos comunicacion directa</i> ²⁴	La/el cliente se siente en contexto que le permite 'amplia libertad de poder dialogar' Comunicación directa = denota apertura Atmósfera de igualdad	Dialoga abiertamente Escucha atentamente Se hace entender Responde a preguntas de interés para la/el cliente aunque salgan fuera del tema de la consulta	Dialoga abiertamente Se siente tratado como ser humano Hace preguntas que pueden no corresponder estrictamente al tema de la consulta Tiene iniciativa

Cuadro 1
Ejemplos de comunicación horizontal

²¹ Testimonio de la Sierra

²² Testimonio de la Selva

²³ Testimonio de la Costa

²⁴ Testimonio de la Selva

El contenido habitual de la consulta y el seguimiento

Como corolario al tipo de interacción más frecuente en el discurso de los participantes, el contenido de la interacción durante la consulta gira, en las tres regiones, en torno primordialmente a la enfermedad o tratamiento. En ningún caso los/las participantes hacen alusión a mensajes de "prevención", salvo cuando se les pregunta "¿Qué información les gustaría recibir?" a lo que los participantes de la Sierra responden

*"De cuidarse de las enfermedades y evitar () en concreto de como cuidarse la persona."*²⁵

*" yo quisiera saber para no tener mas hijos, señorita "*²⁶

Es importante recuperar estos testimonios espontáneos ya que ilustran que existen expectativas claras de la/s clientes con respecto a la prevención de enfermedades o a la PF

Por otro lado en cuanto como y cuando termina la cita médica, de acuerdo a los datos recopilados en la Sierra, esta termina al generalmente al cabo de 15 minutos o media hora, dependiendo del tipo de consulta del que se trate (vgr. enfermedad del niño, consulta de PF, malestar de la madre, etc.). Finalmente, encontramos citas en la Selva que vale la pena recuperar porque ilustran la ausencia de seguimiento luego de la consulta, lo cual produce inseguridad e incertidumbre en la/el cliente.²⁷

*"'Si, tiene lombrices todo señora, a su hijita le falta bastante', 'tiene 7 3', no se hasta que cantidad puede ser. Yo le digo hasta que cantidad puede ser que una bebe este bien. 'No señora, eso se le va a decir de aqui a un tiempo.' Me ha dado su receta para comprarle su purgante y vitaminas. Entonces le digo al doctor cuando le traigo? 'Cuando creas conveniente' [me respondió el doctor] () 'No, no me dio una cita.'"*²⁸

*"No me ha dado cita el doctor, tambien me ha dicho 'Cuando creas conveniente' "*²⁹

Como vemos, la/s clientes salen de los consultorios perplejos ante la respuesta del PS "vuelve cuando creas conveniente". Aunque, por un lado, esta respuesta podría conllevar, en el mejor de los casos, la intención (por parte del/a PS) de valorizar a la/el cliente al confiar en su buen juicio, esta última se siente desconcertada ya que espera que el/la PS la invite a regresar para un seguimiento.

²⁵ Sierra 07-S 470 474

²⁶ Sierra 07-S 530

²⁷ Nuestros colegas de la Selva remarcaron durante una reunión de presentación de resultados que habían observado que la/s clientes iban una vez al ES pero no regresaban. Es por eso que consideramos importante incluir estos resultados en el presente informe ya que pueden contribuir a explicar (aunque sea parcialmente) uno de los motivos por los cuales la/s clientes no regresan al ES luego de una primera visita.

²⁸ Selva 02 SL 70

²⁹ Selva, 02 SE 82

Esto nos lleva a abordar el tema del proceso de empoderamiento del/a cliente dentro de la interacción PS-cliente, otro de los temas tratados desde distintos ángulos, durante los grupos focales

EL PROCESO DE EMPODERAMIENTO DEL/A CLIENTE

Como hemos visto, los distintos tipos de interacción PS-cliente que emergen del discurso de los participantes, muestran la existencia o la ausencia, en distintos grados, de posibilidades de intercambiar mensajes entre la/el cliente y el/la PS. El proceso de empoderamiento del/a cliente está directamente relacionado a las posibilidades cada vez mayores que tenga de establecer una relación horizontal y dialógica con el PS.

Para el análisis del empoderamiento de/la cliente, hemos tenido en cuenta las siguientes categorías globales que, como vemos en el Cuadro 2, reagrupan distintos indicadores. Estas categorías son:

- 1 Responsabilidades y derechos: la percepción de la/os clientes de sus derechos en cuanto al acceso a los servicios del MINSA y de sus responsabilidades en cuanto a su propia salud y a la de su familia
- 2 Interacción/diálogo: el papel activo/pasivo de/la cliente durante la visita o consulta
- 3 Toma de decisiones: la posibilidad de tomar decisiones informadas
- 4 Relaciones de género: el papel que juega el conyuge en las decisiones que toma la/el cliente
- 5 Autoestima/valoración: la valoración por el PS y la autovaloración de/la cliente de su propia cultura social y de sus tradiciones (especialmente ligadas a tratamientos caseros) y su sentimiento de auto-eficacia³⁰ en este sentido, así como
- 6 Equidad PS-cliente: la percepción de una relación de equidad entre el/la PS y la/el cliente y su actualización

³⁰ Bandura: citar. Definición de auto-eficacia como un sentimiento o creencia de eficacia personal que es mediador del cambio de conducta y que influye en la adquisición de conocimientos sobre los cuales se basan las habilidades de carácter más práctico. El sentido de auto-eficacia regula igualmente la motivación al determinar metas, la intensidad de un compromiso y el resultado a obtener por el esfuerzo invertido.

CATEGORIA ³¹	INDICADORES
1 Responsabilidades y derechos	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cliente siente que tiene derecho al servicio ▶ Cliente siente que tiene derecho a la interlocucion a hablar libre y espontaneamente (derecho a la interlocucion) ▶ Cliente siente que tiene derecho a la interpelacion a hacer reclamos a presentar quejas cuando es necesario (derecho a la interpelacion) ▶ Cliente siente que tiene el derecho a participar activamente en la consulta (derecho a la participacion) ▶ Cliente siente responsabilidad de participar en la consulta ▶ Cliente siente responsabilidad por su propia salud ▶ Cliente asume responsabilidad (compartida con pareja/Estado) por la salud de sus hijos
2 Interaccion / dialogo	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cliente hace preguntas libre/espontaneamente ▶ Cliente pide aclaraciones explicaciones o mayor informacion sobre el tratamiento ▶ Cliente expresa libremente/confiadamente temores y preocupaciones ▶ Cliente proporciona informacion sin que se le sea solicitada ▶ PS da al/a cliente suficiente tiempo para describir su situacion personal ▶ PS muestra preocupacion/interes sobre la situacion del/a cliente ▶ PS reconoce y refuerza participacion activa del/a cliente
3 Toma de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cliente expresa sus preferencias y solicita un tratamiento/metodo ▶ Cliente selecciona un metodo/tratamiento apropiado
4 Relaciones de genero	<ul style="list-style-type: none"> ▶ La/el cliente establece una relacion de igualdad con su pareja en el momento de acudir a un ES o de empezar un tratamiento ▶ La/el cliente establece una relacion con el/la PS que refuerza igualdad entre generos
5 Autoestima/valoracion	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Cliente explica/describe como se cura tradicionalmente (hierbas remedios caseros) ▶ PS acepta / alienta al/a cliente a usar medicina tradicional cuando es conveniente ▶ PS incentiva el desarrollo de la autoestima del/a cliente ▶ PS da importancia a preocupaciones / puntos de vista del/a cliente
6 Equidad PS-cliente	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Prestador establece atmosfera de equidad en la relacion con la/el cliente ▶ No hay dominio de ninguna de las dos partes ▶ La imagen que la/el cliente tiene de si misma/o la acerca al/a PS ▶ La imagen que la/el cliente tiene del PS refleja sentimiento de igualdad entre ambos

Cuadro 2
Categorías e indicadores de empoderamiento del/a cliente

³¹ Quienes deseen mas detalles sobre las fuentes del analisis que presentamos a continuacion pueden referirse al Anexo III Cuadro B Hemos dividido este cuadro en tres tipos de columnas 1) La primera columna muestra la lista de los indicadores especificos correspondientes a las distintas categorias que acabamos de mencionar 2) Las tres siguientes columnas reagrupan por region natural las respuestas 'en positivo' a las preguntas hechas durante los grupos focales para cubrir cada indicador Las 'respuestas en positivo' son los casos en los que se identifican (en el discurso de los participantes) diversos niveles de consciencia o de actualizacion con respecto a su empoderamiento 3) En contraposicion las tres ultimas columnas reagrupan las respuestas de las/los participantes (tambien por region natural) que tienden a negar dicha consciencia o posible actualizacion del empoderamiento de la/os clientes

Las categorías sirven para ordenar los indicadores por temas y facilitar así el análisis descriptivo de los resultados. Como veremos más adelante, todos los indicadores del empoderamiento están interrelacionados entre sí.

El análisis descriptivo de estos resultados ha sido dividido en dos grandes secciones: el bagaje con el cual la/el cliente llega al servicio y la visita o consulta misma. Hablamos del derecho al servicio y de las responsabilidades con respecto a la salud dentro de lo que llamamos "La cliente y su bagaje" porque se trata de dimensiones de las cuales es dable discutir fuera del ámbito de la consulta o visita con un PS en un ES. Así, por ejemplo, independientemente de si interactúa o no con un/a PS, puedo sentir que tengo el derecho a los servicios del MINSA. De igual manera, la responsabilidad por la propia salud y la de los hijos va más allá del ámbito de la consulta con un PS. Sin embargo, debemos enfatizar que estas dimensiones se entrecruzan y entrelazan con lo que es "la consulta misma": el individuo lleva consigo al servicio ("antesala" y "consulta") todo su bagaje de experiencias vivenciales y culturales y de competencias actualizadas y potenciales que redundarán - junto con la contribución o aporte del PS - en su empoderamiento. Presentamos a continuación los principales hallazgos con respecto al grado (y en algunos casos ausencia) de empoderamiento de la/os clientes en el contexto de los servicios de salud ofrecidos por el MINSA en las regiones estudiadas.

La cliente y su bagaje

El derecho a la salud

Como podemos ver en el Cuadro B, Empoderamiento, Categoría 1 (ver Anexo 3), en la mayoría de los casos, la/os clientes del MINSA en las tres regiones relacionan su derecho al servicio, ante todo, al hecho de que "pagan la consulta o las medicinas" ³². En contados casos la/el cliente hace referencia a que el Estado les paga a los PS para que les brinden los servicios de salud y que, por lo tanto, es la responsabilidad del PS el ofrecer (adecuadamente) esos servicios ³³.

Por otro lado, hay quien enfatiza que la/os clientes de los ES tienen derecho a los servicios no simplemente por el aspecto económico (vgr., porque pagan o porque el Estado paga a los PS para que los traten). Así, hay quien enfatiza que la/os clientes tienen derecho al servicio porque son seres humanos y "[nos] merecemos respeto sin excepción, gracias" ³⁴. Mas aun, algunas participantes puntualizan que tanto el PS como el paciente tienen derechos y explican que "debemos ser bien atendidos y así salimos contentos y agradecidos de la consulta" ³⁵. Notese que el derecho al servicio está intrínsecamente ligado a la calidad del mismo y, por ende, a la satisfacción del/a cliente. "debemos ser bien atendidos", nos dice esta última persona, "y así salimos contentos y agradecidos".

El agradecimiento puede darse en una atmósfera en la cual se reconoce el buen servicio y la calidad de atención a la que uno tiene derecho. Sin embargo, este no es siempre el caso. Hay quien se

³² Testimonios de la Costa, la Sierra y la Selva

³³ Testimonios de la Sierra y de la Selva

³⁴ Testimonios de la Costa, la Sierra y la Selva

³⁵ Testimonio de la Sierra

siente agradecido de haber sido atendido porque piensa y siente profundamente que le están haciendo un favor. En este caso, la/el cliente se expone, desde su punto de vista, a una mala atención. *"Como estamos yendo a pedirles un servicio a ellos, ya nos atienden mal"* ³⁶ Notese que esta persona no habla simplemente de "acudir a un servicio", sino más bien de ir (a un ES) a "pedir" un servicio.

Finalmente, si para algunos su derecho al servicio se basa fundamentalmente en el hecho de que pagan por la consulta o por las medicinas, hay quienes de manera más o menos directa aseveran que el hecho de no tener *"recursos económicos para curarse"* les impide, de manera práctica, el poder ejercer su derecho al servicio ³⁷

La responsabilidad con respecto a la salud

Yo y mi salud

Las intervenciones de las/los participantes en los grupos focales abundan en el sentido de que, efectivamente, su propia salud es su responsabilidad. *"Si no nos cuidamos nosotros, ¿quién va a venir a cuidarnos?"* afirman, o *"Cada uno tiene que tener cuidado de su persona"* ³⁸

Una participante de la Selva distingue claramente en su discurso dos niveles diferentes: lo que es el "derecho a la salud" de lo que es la *"responsabilidad por la salud"*. *"la salud es un derecho de todos, pero cuidar de la salud es un deber de cada uno,"* explica esta participante ³⁹. Hay también quienes describen, con ejemplos concretos, el límite entre lo que consideran la responsabilidad del Estado y la responsabilidad del individuo con respecto a la salud. Así por ejemplo, hay quien especifica que es responsabilidad del Estado *"crear centros de salud"* y *"enviarnos buenos profesionales,"* mientras que cada ciudadano tiene *"la responsabilidad de velar por su propia salud"* ⁴⁰

Por su lado, una participante considera que si la persona se acerca al ES cuando ya está muy grave, no puede responsabilizar al PS de su salud. En cambio, si se acerca al primer síntoma de malestar, la situación cambia: en este caso, el médico tiene también responsabilidad con respecto a la salud del enfermo ⁴¹. La responsabilidad del PS con respecto a la salud del/a cliente está también ligada, según otros participantes, al hecho de que es el PS (vgr. médico) *"el que conoce de medicinas"* ⁴². Es interesante notar, sin embargo, que una cliente de la Sierra explica que ella se cerciora de los

³⁶ Testimonio de la Sierra

³⁷ Testimonio de la Selva

³⁸ Sierra 06-S 736-738 / Sierra 09-S 412-418 / Sierra 03 S 1015-1019 / Selva 01 SE 321

³⁹ Selva 01-SE 321 329

⁴⁰ Selva 01 SF 337

⁴¹ Selva, 01 SE 337

⁴² Selva 03 SE 594 y 588

medicamentos que el/la PS le receta sean los adecuados, porque "los medicos a veces se equivocan" y "yo soy muy cuidadosa con mi salud" ⁴³

Algunas participantes de la Sierra reconocen, no obstante, que existe una brecha entre su discurso y su practica. Por ejemplo, dice una " nosotros decimos asi, hay que cuidarnos, pero por ejemplo, cuando menstruamos decimos, no debemos lavar, no debemos tocar agua, pero todas tambien, hasta yo misma tambien estoy menstruando y me voy a lavar, tomo naranja " ⁴⁴ Lo importante aqui no es juzgar los fundamentos de las creencias de esta participante, sino mas bien enfatizar el hecho de que reconoce, como se diria popularmente, que "del dicho al hecho hay mucho trecho " Otra participante (esta vez de la Selva) hace el mismo tipo de observacion, pero enfatiza explicitamente que ella no puede actuar de manera consecuente debido a factores externos limitantes, que estan totalmente fuera de su control "Tenemos el deber y el derecho de velar por uno mismo, [pero debido a la falta de recursos para pagar los tratamientos] ahora tu te enfermas [y] mejor te vas al cementerio, porque ese es el unico camino ahorita " ⁴⁵

Yo y mi salud para mis hijos

Existe una tendencia clara entre las mujeres a no disociar el cuidado de su propia salud de la de sus hijos. Asi, por ejemplo, hay quien especifica que "Nadie va a venir a velar por mi salud y por la de mis hijos " ⁴⁶ De la misma manera, una participante enfatiza que las mujeres deben cuidarse para estar sanas y poder asi ocuparse de sus niños. Otra participante llega a afirmar que "Debemos cuidarnos para no dejar huerfanos a nuestros niños "

De acuerdo a los testimonios recogidos en los grupos focales, la mujer es la principal responsable de la salud de sus hijos. Algunas participantes afirman categoricamente que si sus niños se pusieran mal, los llevarian a la posta aun en contra (hipoteticamente) de la voluntad de sus maridos "Como madre responsable que soy me vendria si mi hijito esta mal, " ⁴⁷ señala una señora de la Sierra. En la Selva hay quien explica que si se trata de algo leve como un resfrio, ella cura al niño o niña en la casa con, por ejemplo, "una antalginita " "[Cuando] arrojan se debilitan, " entonces los lleva a un ES ⁴⁸

Una cliente de la Selva afirma con conviccion que mientras el niño este en la posta, su salud es "responsabilidad del medico, pero si de ahí [yo] lo saco, [la responsabilidad] es mia " ⁴⁹ Es interesante notar que en la medida que el PS asume el papel protagónico de "direccion" en la interaccion (ver seccion precedente Tipos de interaccion), pareciera ser que la cliente (en este caso la madre de un bebe) se siente menos responsable de la salud de su niño ya que la pone en manos

⁴³ Sierra, 08-S 506

⁴⁴ Sierra 06-S 746

⁴⁵ Selva, 01 SE 367

⁴⁶ Sierra 04 S 2234-2266

⁴⁷ Sierra 08 S 766 802

⁴⁸ Selva 03 SE 48

⁴⁹ Selva, 03 SE, 604-606

del PS “ yo vengo, el doctor me pregunta entonces yo le explico () y el me enseña y me voy a mi casa y hago como él me indico,” relata la cliente, en cuyo caso, concluye, la salud de su niño “Es la responsabilidad del doctor, si señorita ”⁵⁰

Derechos del/a cliente durante la consulta

Derecho a la interlocución

Los resultados de los grupos focales demuestran que un numero limitado de la/os clientes tienden a tener consciencia de su derecho a la interlocucion—a hacer preguntas para aclarar sus dudas, a recibir los datos necesarios para tomar decisiones informadas, a ser escuchados

“ que me expliquen como puedo hacer y cuales son las indicaciones que me expliquen mas sobre todos los anticonceptivos que hay Puede ser de la T de cobre, las ampollas Pero [que me expliquen claramente] como se utilizan ”⁵¹

Una participante de la Sierra explica como deberia ser el encuentro con el PS en contraposicion a como es en la realidad El PS, afirma esta participante, “debe limitarse a escuchar a la persona y darle mas confianza [y darle la oportunidad] de que hable de todos sus sintomas ” En la realidad, deplora, “No es asi, es una atencion rapida () ”⁵² Notese que el hecho de que afirme que el PS “debe limitarse” a escuchar a la/el cliente no significa que esta persona tenga la expectativa de que el PS no hable y solo escuche durante la consulta, sino que refleja mas bien la gran ausencia de este elemento de escucha por parte del PS, que ella juzga como una falencia importante en la interaccion PS-cliente En otras palabras, en terminos de derecho a la interaccion, esta persona nos recuerda, implicitamente, que la/el cliente tiene el derecho (y la necesidad) de ser escuchada/o Por otro lado, hay quien enfatiza que “Es muy raro tener derecho a preguntar ” La/os clientes preguntan “solo cuando es necesario”, afirma esta persona, y en esos casos les contestan⁵³

Lo interesante del caso es que no falta quien afirma enfaticamente que “Depende de como me haya tratado Si me contesta mal, si no me atiende, ya no quiero volver para que me sane a mi o a mi bebe () ”⁵⁴ En otra palabras, esta persona esta implicitamente consciente de su derecho a la interlocucion (vgr a que le contesten bien) aunque no lo articule explicitamente como tal Es mas, en la medida que se sienta transgredida en este sentido, “ya no quiere volver para [el PS en cuestion] me sane a mi o a mi bebe ”

Derecho a la interpelación

En cuanto al derecho a la interpelacion, varios testimonios de la Sierra demuestran hasta que punto la/os clientes estan o se sienten desposeidos del “derecho a reclamo ” En primer lugar, la/os clientes

⁵⁰ Selva 03-SE 598 602

⁵¹ Sierra, 03-S 792

⁵² Sierra 01-S 226

⁵³ Sierra 07 S 313 330

⁵⁴ Sierra, 11-S 64

no estan informados sobre los mecanismos que existen para presentar una queja. Por otro lado, existe mucho temor a las represalias. Una cliente relata que una persona se quejo y la siguiente vez que acudio a ese ES, no la quisieron atender. Otra afirma convencida que

"No podemos decirles muchas cosas porque tambien se ensañan con nosotros () Al menos hay que temerles porque puedo regresar y necesitar de ellos " ⁵⁵

Así, los PS pueden, de acuerdo a la experiencia o percepcion de la/os clientes, "ensañarse" con el/la cliente. Hay pues que "temerles" porque sino mañana mas tarde uno puede necesitar de ellos y, tal vez, como lo indico alguien mas, no querer atenderlos o, en el "mejor" de los casos, atenderlos mal. No es de sorprender pues, que haya clientes que se sientan hasta cierto punto amordazadas frente al mal trato de algun PS. *"Nada, no podemos decir nada [aunque nos traten mal], no podemos contestarles "* ⁵⁶

Por lo menos en dos casos, en sub-regiones de salud diferentes de la Sierra, la/os clientes describen situaciones en las que, si bien en el momento mismo no pueden interpelar y reclamar un buen trato, optan luego por no acudir al ES. En estos casos, la/os clientes relatan el maltrato del que fueron objeto cuando dieron a luz en un hospital estatal. Despues de estas experiencias, ambas eligieron dar a luz a sus otros hijos en sus casas. ⁵⁷ Esta es, sin duda alguna, una forma extrema de ejercer el derecho a la interpelacion. la/el cliente no dice nada (mucho menos en medio de los dolores del parto), pero opta por no regresar mas a dar a luz al hospital.

Son excepcionales los casos (uno en la Costa) en los que la/el cliente relata haber intervenido energica o firmemente para que su niño enfermo se quedara en el hospital cuando lo querian mandar a su casa, o para conseguir los medicamentos que necesitaba gratuitamente porque ella no tenia los medios para pagarlos. ⁵⁸

Derecho a la participación

El empoderamiento del/a cliente requiere su participacion activa en la interaccion con el PS. De allí que los indicadores elegidos para esta dimension del estudio sirvan para verificar, por un lado

1 hasta que punto la/el cliente hace preguntas espontaneamente/libremente, pide aclaraciones, explicaciones, mayor informacion, expresa confiadamente sus temores y preocupaciones, y proporciona informacion sin necesidad de que se le sea solicitada,

y, por otro lado

2 hasta que punto el/la PS da al/a cliente suficiente tiempo para expresarse, muestra preocupacion e interes por la situacion de este ultimo, y reconoce y refuerza su participacion activa

⁵⁵ Sierra 03-S 302

⁵⁶ Sierra 03-S 294

⁵⁷ Sierra 03 S 872 / Sierra 11 S 36

⁵⁸ Costa, 01-C 32

Si nos referimos al Cuadro B, Empoderamiento-Categoría 2 (Anexo 3), constatamos a primera vista, que la mayoría de las frases o palabras claves de las/los participantes correspondientes a la categoría interacción / diálogo se sitúan, de manera global, en la zona izquierda, que corresponde a lo que hemos llamado "respuestas en negativo". Esto significa que, en la mayoría de los casos, las respuestas de los participantes de los grupos focales tienden a negar, en este caso, la existencia de condiciones que permitan la participación libre, espontánea y abierta del/a cliente en su interacción con el/la PS.

Retomaremos aquí, uno por uno, los indicadores que acabamos de dividir en puntos 1 y 2 para fines de análisis.

- 1 En lo que se refiere al/a cliente, en primer lugar, solo hemos encontrado un caso en el que se podría decir que la participante afirma hacer preguntas libre y espontáneamente: *"Yo le pregunto de todo doctor, por que esto, doctor por que, y siempre me ha contestado"*. Esta misma persona explica que ha tenido suerte porque nunca le ha tocado *"un mal medico"*⁵⁹, cada vez que ha hecho preguntas, le han contestado bien. En contraposición a esta afirmación, otras participantes de la misma sub-región de salud (SR/S) dicen sentirse cohibidas y nerviosas, sobretodo la primera vez que van a consulta con un PS: *"parece que me van a reñir,"* dicen, *"que me van a contestar mal"*⁶⁰.

Por otro lado, tanto en la Costa como en la Sierra y en la Selva hay quienes afirman poder preguntar para aclarar sus dudas sin dificultad ya sea porque es parte de su personalidad, lo consideran normal o porque se sienten acogidas por los PS para hacer preguntas durante la consulta.

*"A mí me gusta preguntar, saber como estoy Preguntando nos aclaran las dudas"*⁶¹

*"pero yo no señorita [yo no me pongo nerviosa]" (como otras personas a quienes se les traba la lengua en ciertas circunstancias)*⁶²

*"El PS no se molesta cuando le preguntan"*⁶³

*"es normal preguntar [a cualquier PS medico, obstetrix, enfermera]"*⁶⁴

En la Sierra hay quien especifica que siente más confianza con una PS mujer cuando se trata de hacer preguntas. En la Selva las participantes han narrado algunos ejemplos que vale la pena

⁵⁹ Selva 02 SE 370-374

⁶⁰ Selva 02 SE 424 448

⁶¹ Costa, 01-C 132

⁶² Sierra 04 S 602

⁶³ Testimonio de la Selva

⁶⁴ Sierra 04-S 610

retomar Así, hay quien afirma haberse atrevido a preguntar-- "*no tenia ni miedo, nada, entraba nomas a preguntar*"-- debido al dolor fisico que tenia Esta persona saco valor en un momento critico, y no necesariamente porque existieran condiciones externas adecuadas para que ella se expresara Por otro lado, en la Selva hay quienes afirman haber recibido aclaraciones oportunas de parte del/a PS, a quien se le entiende claramente, e incluso quien afirma, con conviccion, que "*uno mismo debe preguntar [expresar] sus preocupaciones*" a/la PS Esta ultima persona ha tenido una buena experiencia con el/la PS que la ve "*muy alegre nos explica () en cualquier momento () Si, nos responde alegre*"⁶⁵

Hay, sin embargo, varios casos en la Sierra en los que las participantes de los grupos focales expresan tener "*miedo*", "*verguenza*" o "*nervios*" de preguntar, no sentir suficiente confianza (con el/la PS) como para hacerlo, y no atreverse a hacer cierto tipo de preguntas (vgr si es cierto que la T de cobre da cancer) En la Selva, las participantes especifican que no se atreven a preguntar debido a la actitud o respuesta que se esperan del o la PS piensan que el/la PS las va reñir o les va a contestar mal

Por otro lado, algunos testimonios de las participantes ejemplifican casos en los que el/la PS tiene un tema predilecto o priorizado, lo cual no da cabida a que la/el cliente le haga otras preguntas que le interesan "*Mas nos hablan de las ligaduras, señorita () Nomas nos hablan de la ligadura*"⁶⁶ Curiosamente, una mujer dice desear, por su lado, tener a alguien que la oriente con respecto a la ligadura de trompas porque hasta ahora ningun PS le ha explicado "*con que nos amarran la parte que nos van a operar o como es eso*"⁶⁷ Habria que indagar si, efectivamente, los PS tienden a no prestar atencion y no aclarar dudas cuando las preguntas no corresponden al universo de conocimientos cientificos (vgr que no coinciden con la realidad del procedimiento quirurgico propuesto), pero que son, en todo caso, totalmente legitimas desde el punto de vista del/a cliente

Esto nos lleva a abordar los resultados con respecto a la libertad y a la confianza con que la/el cliente expresa sus temores y preocupaciones Como acabamos de ver, en muchos casos la/os clientes dicen tener verguenza de hacer de preguntas Ahora bien, siguiendo una logica elemental, es muy probable que si la/os clientes temen incluso preguntar, tengan aun mas dificultad en expresar abiertamente sus preocupaciones y temores En la Selva hay casos en los que a la cliente "*se le estremece el cuerpo*" cuando va a hablar con un/a PS "*me va reñir o 'me va a decir, 'señora, tan burra eres' eso es lo que pienso*"⁶⁸ En la Sierra las participantes insisten en que el/la PS tendria que hablar mas para hacerlas entrar en confianza y que la cliente no tuviera miedo de preguntar o de expresar sus preocupaciones abiertamente durante la consulta Solo hemos encontrado un caso en la Sierra en el que la cliente reconoce que al principio uno tiene miedo, pero que despues "*cuando formas amistad*" ya uno tiene confianza para hablar y "*contarle libremente tus cosas*" al/a PS

⁶⁵ Selva 01-SE 159 185

⁶⁶ Sierra 04-S 898 924

⁶⁷ Sierra 04-S 926 942

⁶⁸ Selva 02-SE 398

En ningun caso hemos encontrado indicios de que la/el cliente proporcione informacion al/a PS sin que se le sea solicitada. Al contrario, hay quien explicita que si el doctor le preguntara, entonces *"responderia sin verguenza"*. Además, encontramos frases como *"porque hay preguntas que no conozco () estoy mas tranquila cuando me preguntan"* ⁶⁹

En la mayoria de los casos, la/os clientes tienen temor a tomar la iniciativa en la interaccion (preguntar, hablar abiertamente, expresar temores, proporcionar informacion espontaneamente) porque tienen miedo a ser mal tratadas (vgr *"pienso que me van a reñir"*), a caer en el ridiculo (vgr *"señora, tan burra eres"*), a no saber lo suficiente (vgr *"hay preguntas que yo no conozco"*). Entonces, pueden sentirse mas tranquilas "cuando me preguntan", es decir, cuando el PS toma las riendas del asunto para incitar su participacion. En casos excepcionales, hay quien se guarda la informacion sobre sus sintomas hasta que el medico la haya examinado para luego **chequear** si lo que este le diagnostica coincide con lo que ella piensa (o sabe) que tiene ⁷⁰

- 2 En cuanto al papel del PS i) **Ninguna intervencion** durante la discusion sobre empoderamiento dentro de los grupos focales tiende a confirmar que el PS da al/a cliente suficiente tiempo para describir su situacion personal. Por el contrario, hay citas que contradicen este indicador (que correspondena a la situacion optima o ideal) *"() es una atencion rapida () Tu a veces no haz terminado de decir todo y ya te dieron la receta"* ⁷¹ ii) **En muy contados casos**, las participantes hacen referencia a situaciones en las que el PS muestra preocupacion/interes por la situacion del/a cliente solo en una SR/S de la Sierra, y solamente una participante asevera, por ejemplo, que el/a PS trata efectivamente de aclarar sus dudas mostrando interes en su caso ⁷². Al contrario, hay quien se queja de que el/a PS *"no te escucha ya"*, vale decir, no le explica al/a cliente que es lo que tiene ni como se va a sanar. Hay clientes que afirman, de antemano *"Yo pienso que [el/la PS] es una persona que no me va a escuchar"* ⁷³ iii) Finalmente, el/a PS parece **no jugar un papel significativo** en cuanto al reconocimiento y reforzamiento de la participacion activa del/a cliente en ninguna de las tres regiones. Por el contrario, algunos ejemplos ilustran que el/a PS inhibe, en algunos casos, esta participacion. En la Costa hay quien prefiere no responder a alguna intervencion que considera inadecuada del/a PS porque, afirma, *"despues nos encontramos con ellos mismos y ya no nos tratan igual"* ⁷⁴. En la Sierra opinan *"[Hay] gente que cuando tu quieres hacer una pregunta, en lugar de encontrar un gesto amable, encuentras todo lo contrario"* ⁷⁵. En la Selva, hay participantes que señalan que los PS los motivan a preguntar *"a veces no siempre"* ⁷⁶

⁶⁹ Sierra, 03-S, 936

⁷⁰ Selva 01-SE 273

⁷¹ Testimonio de la Sierra

⁷² Sierra 05-S 436-440

⁷³ Sierra, 08-S 1136

⁷⁴ Costa, 01-C 44

⁷⁵ Sierra 10 S 116

⁷⁶ Selva, 03-S 386

En resumen, la/el cliente tiende a responder cuando le preguntan y tiende a expresarse libremente solo cuando se siente en un ambiente de confianza (vgr "amistad") La/el cliente esta muy consciente de y atenta a las actitudes, gestos e interacciones del/a PS que pueden facilitar, pero que mas a menudo parecen obstruir, segun los testimonios recogidos en los grupos focales, su participacion activa en la consulta

Derecho a decidir

El tema de la toma de decisiones dentro de la interaccion PS-cliente ha sido tratado sobretudo en los grupos focales de la Sierra. En la mayoria de los casos encontramos que hay clientes que, en efecto, son capaces de expresar sus preferencias (en particular con respecto a PF) y solicitar un metodo determinado. Asi, por ejemplo, encontramos testimonios tales como

*"Siempre le hemos preguntado al doctor que podemos usar, nunca el nos ha impuesto 'utiliza esto o utiliza esto [otro]' Siempre hemos ido al centro, le hemos sugerido que podemos usar o que queremos usar "*⁷⁷

O,

*"Yo, por ejemplo, tengo miedo que me hagan ligadura, a mi me gusta que me pongan ampolla nomas. Cada tres meses me voy a controlar al hospital () Si, [comunico esta preferencia] al doctor, a la obstetriz "*⁷⁸

Igualmente, varias participantes de la Sierra seleccionan el metodo que les conviene luego de haber recibido la informacion necesaria. "() esa chica paso ya por mi casa [para darme informacion], he revisado cual [metodo] de ellos quiero para poder planificar "

⁷⁹ Otra participante explica

*"En el caso mio señorita, yo me he hecho la ligadura () primerito me orientaron ¿no? Sobretudo la señorita ["X"], mas que todo vino a mi casa. Y yo me anime y me hice señorita y no siento nada [es decir estoy contenta con los resultados] "*⁸⁰

Ademas, como hemos visto mas arriba, la/os clientes, en algunas ocasiones, eligen el ES o PS que las va a atender y deciden no volver a un lugar o donde un PS cuando no se sienten bien tratadas. Este es el caso de personas que han explicado, por ejemplo que "si es que no nos atienden bien [yo no regreso]"⁸¹ o que

⁷⁷ Sierra 03-S 336

⁷⁸ Sierra, 04-S 1950-1954

⁷⁹ Sierra, 01-S 68

⁸⁰ Sierra 04 S 1002

⁸¹ Sierra, 03-S 682-684

" depende de diferentes servicios El control del niño sano es un servicio que te atiende bien (), planificacion tambien atienden bien, pero en ginecologia () yo diria que nunca [mas] voy a ir alli " ⁸²

Notese que esta ultima persona discrimina entre los servicios de un mismo ES y decide conscientemente no volver a uno donde no la han tratado bien Hay tambien quien ha relatado una situacion en la que, debido a la indecision de las internas de ponerle o no la T de cobre, ella "*se levanto y se fue,*" decidio regresar cuando estuviera el doctor (quien sabia que hacer sin tanto titubear) ⁸³

Pero no todos los testimonios demuestran la capacidad o la posibilidad de la/os clientes de tomar decisiones de manera mas o menos informada y autonoma Hay tambien quien dice explicitamente

"() siempre uno necesita de un hospital, no todo es que no, que no vamos a regresar Yo si volveria aunque me hayan tratado mal " ⁸⁴

"Regresaria tambien porque a veces cambian al pediatra, y [las] obstetricas tambien [rotan] Hay obstetricas que nos tratan bien " ⁸⁵

En el primer caso, la persona regresaria por necesidad y porque siente no tener otra opcion "*aunque la hayan tratado mal*", mientras que en el segundo caso, la cliente regresaria porque sabe que el personal rota y que es posible que la proxima vez le toque alguien que la atienda bien

Las relaciones de genero en la consulta

La cliente y su pareja

Los puntos de vista con respecto a las relaciones de genero son diversos Hay mujeres que enfatizan el uso de palabras como "*avisar*", "*comunicar*" y "*conversar*" en contraposicion a "*pedir permiso*" a sus esposos para acudir a un ES Hay incluso quien subraya

"Yo no he hablado en ningun momento de permiso, no Una mujer nunca debe preguntar si puede ir [al ES], esa no es la cosa, tienen que tratar de llegar [marido y mujer] a un acuerdo " ⁸⁶

Las mujeres dicen avisarle al marido que van al ES "*para que sepa [donde esta]*" ⁸⁷, porque "*nosotros tenemos que planificar para venir aca*", "*ponenos de acuerdo*" ⁸⁸ o "*porque es mi*

⁸² Sierra, 03-S 688

⁸³ Sierra, 03-S 172

⁸⁴ Sierra 03-S 692

⁸⁵ Sierra 03-S 692 y 696

⁸⁶ Sierra 06-S 842

⁸⁷ Sierra 01 S 2318

⁸⁸ Selva 02-SE, 812-816 / Selva 03-SE 794-816

pareja " ⁸⁹ "¿Para que somos pareja? sino ¿para que formariamos una familia entonces?" puntualiza una participante de otra sub-region de salud ⁹⁰

Por su lado, hay mujeres que afirman ir solas al ES, e implícitamente, que no necesitan consultarlo con su pareja. "Yo me voy sola señorita." ⁹¹ Un hombre participante acota así mismo " ella no necesita preguntarme, si esta mal tiene que venir nomas No necesita creo preguntarme para eso " ⁹²

En la otra cara de la medalla, encontramos testimonios de mujeres según los cuales "Los hombres quieren saber adonde vamos", "Cuando uno sale el esposo tiene que saber, sino, piensan adonde uno se ha ido " ⁹³, "Uno tiene que consultarle () Podria pensar que estoy haciendo otra cosa. " ⁹⁴ Algunos de los testimonios de las mujeres apuntan al hecho de que existe, en efecto, una relación desigual entre la mujer y el hombre en la que

" el hombre es el que da permiso " ⁹⁵

"Tengo que decirle adonde voy () no me puedo salir callada" ⁹⁶

"A veces yo me voy callada y no puedo llegar tarde al almuerzo " ⁹⁷

"A veces son bien tercos () no quieren a veces, a veces, por ejemplo, le digo que me voy a comprar " ⁹⁸

Hay quienes dicen explícitamente "Aca en la Sierra los hombres son un poco machistas " El machismo de los hombres se ve exacerbado, según opiniones expresadas en los grupos focales, cuando se trata de que la mujer utilice un anticonceptivo

⁸⁹ Sierra, 09-S 218-244

⁹⁰ Sierra 06-S 786

⁹¹ Sierra 06-S 790

⁹² Sierra, 06-S 838

⁹³ Sierra 04-S 2328-2330

⁹⁴ Costa 01 C 176

⁹⁵ Sierra 06-S 800

⁹⁶ Sierra 04-S

⁹⁷ Costa 01 C 194

⁹⁸ Sierra 06-S 806-810

"[Se oponen] a la planificacion familiar " () "Los varones son muy machistas y piensan que cuando uno se cuida con los anticonceptivos les va a sacar la vuelta o algo " 99

En la Selva, una participante añade el siguiente comentario *"No todos los hombres son machistas, no, no Las mujeres somos machistas, pues " 100*

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las mujeres afirman que sus parejas no se oponen a que ellas acudan al ES (para servicios o tratamientos varios) ¹⁰¹ Este es el caso aun si, casi siempre, la mujer depende económicamente del hombre para pagar la consulta o los remedios que le receten. Así, hay mujeres que puntualizan que *"Claro, yo tengo que conversar con el y además de eso, el me da plata para comprar lo que me recetan, los remedios " 102* Otras participantes comentan, en el mismo sentido que [Hay que avisarle al marido porque] *"a veces no tenemos la plata para la consulta", "porque el me da para la consulta el dinero" 103*, o *"el tiene la plata para que compremos los remedios," 104* es importante consultar con el marido antes de acudir a un ES] por el dinero, para comprar las medicinas

En la mayoría de los casos, las mujeres acuden solas a los ES ya sea para hacerse ver ellas o para hacer chequear a sus niños. El principal impedimento mencionado en los grupos focales para que el esposo acompañe a su mujer, en particular en la Sierra, es que los hombres no tienen tiempo porque están trabajando ¹⁰⁵ Una señora dice, por ejemplo *"Si, el me dice te vas a ir y yo me voy a quedar a trabajar. Y vengo sola yo después " 106* Efectivamente, un participante hombre de otra sub-región asevera *"Si estamos trabajando, ella tendría que venir sola " 107* Otro afirma *"No, para [que?], que venga sola. Porque a veces cuando no tengo tiempo yo la mando a ella sola nomas " 108* En este último ejemplo, la frase *"yo la mando nomas"* tiende a confirmar la autoridad que el hombre ejerce sobre la mujer dentro del ámbito familiar. En última instancia es el quien *"la manda"* (es decir, le da permiso para ir), y no ella la que decide de manera independiente acudir al ES

⁹⁹ Sierra, 06-S, 812-818

¹⁰⁰ Selva, 02-SE, 858-860

¹⁰¹ Testimonios de la Costa de la Sierra y de la Selva

¹⁰² Selva, 01-SE, 411

¹⁰³ Sierra, 04-S 2290 y 2356

¹⁰⁴ Costa, 01-C, 184 / Costa 02 C 108

¹⁰⁵ Sierra, 08-S 684 692 y 716 / Sierra 09-S 152 / Sierra 10-S 386 / Sierra 04-S 822 / Sierra 07 S 80

¹⁰⁶ Sierra, 07-S 80

¹⁰⁷ Sierra, 06-S 838

¹⁰⁸ Sierra, 07-S 100

Finalmente, hay hombres que acompañan a su pareja al ES, pero les da vergüenza entrar a la consulta, tal como lo explica una participante de la Sierra ¹⁰⁹ Un participante hombre explica, por su parte

" en ese momento yo creo que no hace falta la gente Y cuando uno tiene una actividad que hacer Además, yo creo que no es necesario ir en pareja " ¹¹⁰

Solo en algunas circunstancias especiales (o, como afirman las participantes, "algunas veces"), los hombres acompañan a sus esposas a los ES

"cuando las mujeres dan a luz" ¹¹¹

(y/o)

"en caso de gravedad" ¹¹²

Una mujer relata que su esposo la acompañó al hospital cuando la operaron de úlceras *"y también me llevo al hospital de Huaraz para ponerme la T de cobre "* ¹¹³ En este último caso, es probable que el marido haya llevado a su mujer hasta Huaraz, no necesariamente por el tipo de intervención del que se trataba (inserción de la T de cobre), sino por cuestiones prácticas como el transporte

En muy contados casos se relata que los hombres asisten con sus esposas a charlas o a consultas de planificación familiar ¹¹⁴ Solo en una ocasión un participante hombre dice acompañar *"casi siempre"* a su esposa al ES, pero no explica por qué ¹¹⁵ Igualmente, solo en una ocasión se escucha a una participante afirmar que *"Cuando mis hijos están enfermos, hasta el mismo también los ha traído, a veces, cuando yo no estaba "* ¹¹⁶ Notese que en este caso la participante asume implícitamente que es su responsabilidad llevar a sus hijos al ES, pero que su marido *"hasta los ha llevado el mismo"* cuando ella no estaba

Finalmente, la infidelidad masculina y femenina, así como la homosexualidad son mencionados en la Selva como problemas que aquejan a las parejas Por un lado *"Porque hay en esta zona más mujeres que hombres esto da lugar a que un hombre tenga dos, tres concubinas "* explica una

¹⁰⁹ Sierra, 05-S 452-486

¹¹⁰ Sierra, 10-S 304-314

¹¹¹ Sierra, 04-S 826 y 2450-2456

¹¹² Sierra 04-S 846 y 450

¹¹³ Sierra 04-S 2484

¹¹⁴ Sierra 08-S 694 700

¹¹⁵ Sierra 09-S 144

¹¹⁶ Sierra 04-S, 2460

mujer También "hay mucha infidelidad de las mujeres con los hombres " Y, por si esto fuera poco, afirma, "hay bastantes homosexuales tambien aca " Esto representa un problema, desde el punto de vista de la participante, porque hay muchas madres solteras que necesitan un marido y los hombres (en lugar comprometerse con ellas), estan con otros hombres ¹¹⁷

Los clientes y el/la PS

Ahora bien , ¿como se cristalizan las relaciones de genero dentro del ES o del consultorio? Por un lado, en unos cuantos casos la/os clientes dicen tener mas confianza con una PS de su mismo sexo "porque es una mujer, es mas educada y puedo tener confianza no creo que saque a luz ella " ¹¹⁸ Por el contrario, estas clientes piensan que un PS hombre "puede contar a nuestro esposo y peor puede ser en la casa " ¹¹⁹

De igual manera, segun testimonios de la Selva, los hombres se confian mas en los PS hombres y las mujeres en las PS mujeres ¹²⁰ Es por eso que consideran, que "Deberia haber especialistas de ambos sexos () mas que todo en este ramo como ginecologo o un urologo " ¹²¹ Es decir, que en lo que respecta a la sexualidad, la/os clientes se sienten mejor cuando son examinados y tratados por alguien de mismo sexo Es asi, por ejemplo, hay mujeres que piensan que "algunos [PS hombres] son mañosos lo hacen [vgr "meter la mano"] por viveza algunos " ¹²²

Es interesante resaltar, por otro lado, que segun testimonios de la Sierra "Cuando son mujeres volvemos a preguntar, pero cuando no, no preguntamos " ¹²³ Los PS hombres serian, segun estos testimonios, menos receptivos y abiertos a la comunicacion "() Porque se molestan Te dicen ya te he dicho ya Te dicen no soy perro para repetir " ¹²⁴

Cuando la pareja entra junta al consultorio, en algunas ocasiones el PS parece dirigirse mas al hombre que a la mujer (aunque sea esta ultima la que se esta haciendo ver) "porque es él el que va a pagar la consulta " ¹²⁵ Cuando se trata de la salud del niño, el medico se dirige "mas a la esposa porque ella lo cuida. " ¹²⁶ Mientras que en otras ocasiones, "El doctor se dirige mas a quien esta

¹¹⁷ Selva, 01-SE 878

¹¹⁸ Sierra, 05-S, 158

¹¹⁹ Sierra, 05-S, 108 y 158

¹²⁰ Selva, 01-SE 38 y 42

¹²¹ Selva, 02-SE 224

¹²² Testimonio de la Sierra

¹²³ Sierra, 10-S 298-302

¹²⁴ Idem

¹²⁵ Costa 01 C 122

¹²⁶ Idem

enfermo " 127 En este sentido, no falta una participante mujer que enfatice, por su parte "Yo hablo [durante la consulta porque] yo soy la que tiene problemas, no el [su pareja] " 128

Algunas participantes de la Sierra han relatado casos en los que el/la PS actúa como "mediador" entre ellas y sus esposos y "trata de lograr un acuerdo entre los dos" 129 En otros casos, la comunicación del/la PS específicamente dirigida al marido puede cumplir una función conscientizadora y/o persuasiva "Porque ya no debes tener mas hijos, debes cuidarte [le dice] Si usted tuviera cantidad de plata y mas terrenos así [podrias] tener mas hijos Pero ya debes entrar en planificación, ya tienes a quien mantener " 130

Una mujer de la Sierra describe la intervención del PS en caso de violencia conyugal de la siguiente manera "No sino que nos dicen 'que vas a hacer, es tu marido ' Así, es bueno nos trata de convencer también " 131 En lugar de sancionar actos de violencia hacia la mujer, el (o la) PS puede, con las mejores intenciones (vgr, evitar conflictos mayores en la pareja), seguir perpetuándolos al justificarlos. Irónicamente, esto es visto como signo de bondad por la/el cliente "es bueno", dice, "trata de convencernos " El/la PS la está convenciendo, inconscientemente, de que en la vida conyugal (¿o tal vez en toda situación de dependencia?) no queda otra opción que soportar el maltrato

Finalmente, por lo menos en una ocasión, una participante deplora que "aca no dejan que el esposo entre en el parto " 132 Esta interdicción va en contra de las tradiciones y costumbres de las parejas. Recordemos, como vimos más arriba, que una de las ocasiones excepcionales en las que el marido acompaña a su esposa al ES es justamente cuando esta va a dar a luz

Valoración y autovaloración de lo tradicional

Las participantes en los grupos focales coinciden en hacer una diferencia marcada entre los remedios caseros o tradicionales y los medicamentos que, generalmente, son prescritos por los/las PS

Participantes de las tres regiones afirman explicar o describir al/la PS que las atiende como se curan tradicionalmente. Por el contrario, en la Selva, y particularmente en la Sierra, hay manifestaciones de reticencia a hablar abiertamente con el/la PS del uso de remedios caseros/tradicionales

En el primer caso, las mujeres dicen a menudo hablar de sus curas tradicionales para evitar "choques" o contraindicaciones con medicinas que el/la PS les pueda recetar

127 Idem

128 Sierra, 03-S 1221 1225

129 Sierra 09-S 200

130 Sierra 07-S 106 112

131 Sierra 05-S 316 324

132 Sierra 11-S 60

' Si le decimos porque () tal vez le hemos hecho mal, o tal vez le pone otra medicina que se le cruce Si, le digo mejor ' ' 133

"() mejor tengo que franquearme con el medico o con la enfermera que me atienden [para evitar contraindicaciones] " 134

"Porque la receta que el pueda darnos puede causar una reaccion negativa con la hierba" 135

" si le estamos dando remedios caseros, hay que decirle al medico porque sino, le dice, puede envenenarse uno " 136

"[Cliente explica al/a PS] todos los remedios que ha hecho en casa" para evitar "choques [entre los tratamientos] " 137

Notese que solo en un caso la cliente habla del caso hipotetico en el que sus remedios caseros "tal vez hayan hecho mal ' al enfermo El nucleo de esta citas es mas bien que las personas quieren cerciorarse de que no haya "cruces" entre las hierbas o remedios caseros y las medicinas que les prescriba el/la PS En otras palabras, no hay (mayormente) duda en cuanto a la eficacia de la medicina tradicional por parte de la/os clientes, de lo que se trata es de evitar mezclas que puedan ser funestas 138

En la misma linea de pensamiento, hay quien de manera mas contundente afirma, por ejemplo, "todos tenemos una forma de curarnos ()" 139 o que le explica al/a PS como esta curando al paciente naturalmente "para que no le de otra clase de pastillas " 140 Hay incluso quien asevera que siempre hay que contarle al PS que remedios caseros esta usando porque "de repente [le prescribe] a uno un remedio de la casa y chau" 141 y quien afirma con conviccion que "Si, a veces le hablamos [al/a PS] cuando una hierba es buena ()" 142 Una participante afirma que hay que

133 Costa 01 C 160

134 Sierra 06-S 698-704

135 Sierra, 09-S 406

136 Selva 02 SE 726

137 Selva, 01-SE 399

138 En contadas ocasiones una en la Costa y otra en la Selva hay participantes individuales que dicen ya sea "no creer en las comadronas (Testimonio de la Costa Lab1 228) o haber dejado de ir a ver a curanderos o 'tabaqueros por haberse sentido engañado casi se muere el v su hijo por seguir las instrucciones erroneas de estas personas (Testimonio de la Selva Uca2 1155 1158)

139 Selva, 02-SE 642

140 Sierra, 04 S, 2128 2174

141 Selva, 03-SE 722

142 Sierra, 10-S 250

contarle a los PS que remedios caseros uno esta usando y decirles la verdad a los doctores "para que ellos no se muñequen [vgr no se pongan nerviosos]" ¹⁴³ Finalmente, una señora sale abiertamente en defensa de los remedios caseros, en contraposición a los quimicos, diciendo "acaso los remedios caseros no son tan malos como las medicinas que tomamos señorita." ¹⁴⁴ Es sumamente interesante notar esta absoluta confianza en lo propio por parte de estas participantes en los grupos focales, al punto de 1) estar seguras de que son mejores que las que les prescriben en los ES, 2) querer explicarle al doctor ya sea para que no le recete pastillas, para que éste aprenda (vgr "cuando una hierba es buena"), o para reasegurarlo (vgr "que no se muñeque")

Por su parte, hay PS que no descalifican y, por el contrario, aprueban el uso de remedios caseros por la/os clientes, por distintos motivos

1 Hay quienes valoran su uso como medida de primeros auxilios

"Del suero me ha dicho que estaba bien lo que habia hecho Le he contado y me dice que esta bien" ¹⁴⁵

"Lo toman bien como primeros auxilios así nos dice el doctor" ¹⁴⁶

2 Otros le dan valor a los tratamientos naturales para ciertas dolencias

"El doctor mismo me dijo para darle matecito" ¹⁴⁷

"otros dicen que es bueno tambien" ¹⁴⁸

"() mayormente para el resfrio nos dice [que le demos] a los niños eucalipto o huamanripa Aguita mas ingerirle a los niños, cuando esta así con tos nos dice que mas agua puede consumir el niño" ¹⁴⁹

3 Algunos PS recomiendan hierbas caseras cuando los medicamentos le caen mal a la/os clientes

"por ejemplo, el doctor [X] siempre nos recomienda que tomemos hierbas caseras a los que las medicinas les hacen daño" ¹⁵⁰

¹⁴³ Selva, 03-S 722

¹⁴⁴ Sierra 04 S 2128 2174

¹⁴⁵ Costa 02 C 96

¹⁴⁶ Selva 01-SE 401-403

¹⁴⁷ Costa 02 C 96

¹⁴⁸ Sierra 06 S 598

¹⁴⁹ Sierra 04 S 812 818

¹⁵⁰ Sierra 04 S 794

4 Finalmente, hay PS que están conscientes de que las hierbas pueden, en algunos casos, sustituir medicamentos que no están al alcance de la/os clientes

*"() hay veces que si hay personas [PS] que yo les he hablado y dicen tal vez, ¿no? Claro, aparte de eso, a veces no nos alcanza para las medicinas, que están carísimas "*¹⁵¹

Es importante notar que en este último ejemplo, el PS duda "tal vez ¿no?", dice. Es probable que estos PS se encuentren ante un dilema. Así, ante la realidad económica del/a cliente puede que opten, sin estar totalmente convencidos, por algo "alternativo" que quizá le haga bien al/a cliente (o que, en última instancia, no le haga daño), en lugar de privarla de todo tipo de tratamiento. Es significativo que la/el cliente en este caso percibe esta duda y la relaciona inmediatamente a su condición económica (de escasos recursos). Es decir, la/el cliente está atenta y en sintonía con las reacciones y mensajes verbales y no verbales del/a PS, más de lo que podría tal vez pensar este último.

Como mencionamos al principio de esta sección, en el reverso de la medalla, encontramos aquella/os clientes que muestran reticencia a hablar de remedios caseros, naturales o tradicionales a sus PS. Esto se debe a la reacción negativa que ellos se esperan de los PS si se enteran de que están usando medicina tradicional o hierbas para curarse. La mayoría de testimonios en este sentido se dan en la Sierra donde la/os clientes piensan, por ejemplo que

- el/la PS no las van entender " *si nuestra enfermedad ya es un poquito más grave, no le vamos a decir al doctor que estamos tomando hierbas porque él no va entender "*¹⁵² En otras palabras, como vimos más arriba, el uso de hierbas medicinales puede ser bien visto por el/la PS como medida de primeros auxilios, pero no así cuando la "enfermedad ya es un poquito más grave". En estos casos, la/el cliente opta por no mencionar que está o ha estado utilizando remedios caseros.
- el/la PS se va a molestar. La/el cliente no le cuenta al/a PS porque " *prefiere no meterse [en problemas]" "Para que toman eso, eso no son medicinas. Eso no se toma sino los medicamentos "*¹⁵³ En este caso, las clientes prefieren no hablar de sus tratamientos caseros para evitar la sanción/resonancia del/a PS.
- el/la PS no cree en la medicina tradicional
 - a el/la PS solo quieren que tomen medicinas, aunque les hablen de tratamientos tradicionales, no les van a hacer caso " *ellos [PS] quieren que tomemos medicinas, pero también hay hierbas pues, señorita "*¹⁵⁴

¹⁵¹ Sierra, 02-S 410

¹⁵² Sierra 06 S 696

¹⁵³ Sierra 01 S 780 406

¹⁵⁴ Sierra, 06-S 606

- b el/la PS simplemente, no conoce las curas/hierbas/remedios/tratamientos tradicionales ("caseros" o "naturales") y por eso prefieren prescribir medicamentos "Hay algunos que no conocen, entonces, los doctores se guardan para sus medicinas. Lo que es del campo, lo que utilizamos nosotros, no confían ellos" ¹⁵⁵
- c el/la PS piensa que las hierbas son nocivas para la salud " para que tomas, ya te estas malogrando " ¹⁵⁶
- d el/la PS no valora el uso de hierbas y no creen en sus cualidades curativas "Pienso tambien que a veces no estan formados valoricamente, a veces no creen, comienzan a decir que no ()" ¹⁵⁷

Los testimonios, en estos casos, hacen alusion a una falta de reconocimiento y valoracion de los tratamientos o curas tradicionales por parte de la/os PS debido a 1) su preferencia por los medicamentos occidentales, 2) su falta de conocimiento con respecto a la medicina tradicional, 3) el hecho de que "no estan formados valoricamente" [para reconocer los atributos de los tratamientos tradicionales], o 4) el hecho de que piensan que dichos tratamientos son nocivos para la salud. Todas estas razones estan interrelacionadas. Asi, un/a PS que no conoce de medicina tradicional, no esta tampoco formada para valorarla, preferirla, por lo tanto, los remedios quimicos occidentales, y pensara -- de manera concomitante y complementaria -- que los otros son nocivos para la/os clientes. Es importante resaltar, una vez mas, que la/el cliente discrimina claramente los casos en los cuales puede hablar abiertamente con los PS de los tratamientos caseros que utiliza y aquellos en los que es mejor no mencionar estas curas para evitarse problemas o porque saben que no van a ser comprendidos.

Finalmente, con respecto al indicador "el PS da importancia a preocupaciones / puntos de vista del/a cliente," encontramos que, como acabamos de ver, en algunas ocasiones -- pero no siempre, ni de manera sistematica -- el/la PS escucha y valora lo que la/el cliente le dice con respecto a las curas tradicionales. Fuera de estos casos, encontramos mas bien ejemplos en los que la/el cliente no son respetados en sus puntos de vista o preocupaciones por los PS. Participantes de la Costa y de la Sierra ofrecen testimonios que ilustran este punto en circunstancias diversas, fuera del uso de medicina tradicional.

Asi, por ejemplo, una cliente relata que al ver que el doctor dejaba a su bebe (que tenia fiebre/estaba con neumonia) desnudo sobre la camilla, ella lo cubrio porque penso que le podia hacer daño. El doctor en cuestion, relata la cliente, "me grito" y dijo "¿Quien es el doctor? ¿tu o yo?" a lo que ella reacciono quedandose callada y pensando "Ya sabra el lo que hace" ¹⁵⁸. En otra ocasion, esta misma persona se presento al hospital para que la internaran porque se habia "pasado dos semanas de la fecha [de parto]". Nuevamente, el PS la mando automaticamente de regreso a su casa. Ella

¹⁵⁵ Sierra 10-S 254

¹⁵⁶ Sierra, 06 S 594 598

¹⁵⁷ Sierra, 01-S 410

¹⁵⁸ Costa 01-C 136

penso "en febrero mi niño y yo estaremos muertos," pero acepto la situación "Bueno dije que ya, y esperar" ¹⁵⁹ En la Sierra, una madre fue al ES con su bebe porque estaba de color amarillento, lo cual la preocupaba

"Me dijo que eso de estar amarillo de los bebes era normal Yo le dije que mi hija mayor tambien estaba así y que me habia fallecido [El/la PS] entonces me dijo eso no tiene nada que ver () me empezo a decir que yo era una descuidada, que no sabia cuidar a mi hija, que seguro por eso [se] me habia muerto () Así me empezo a gritar Por eso ya tenia miedo de regresar a ese servicio de pediatria () Me sentia culpable de que mi hija se habia muerto (), tenia ganas de llorar " (sic)" ¹⁶⁰

Estos casos demuestran -- y para muestra basta un boton -- que existen en la realidad cotidiana del trato PS-cliente situaciones en las cuales los PS en lugar de dar importancia al punto de vista o a las preocupaciones del/a cliente, descalifican totalmente lo que estas pueden sentir o pensar En estos ejemplos, los PS ni analizan, ni validan el punto de vista del/a cliente con la finalidad de facilitar o reforzar, de esta manera, el desarrollo de su autoestima y autovaloracion Por el contrario, en lugar de darle al/a cliente una explicacion de por que piensan ellos que esta equivocada, los PS en cuestion no escuchan ni observan, solo reaccionan de manera impulsiva y hasta irracional si no, ¿por que molestarse y gritar a una madre que esta demostrando interes y compromiso en la curacion de su bebe que tiene fiebre? O ¿por que juzgar mal a la madre por la muerte de su primera hija si justamente esta acudiendo al ES para evitar que suceda lo mismo con su segundo bebe?

La equidad prestador de servicios - cliente

Para indagar desde otro angulo la posibilidad (o no) de empoderamiento del/a cliente dentro de su relacion con el/la PS, se decidio explorar el principio de equidad PS-cliente y sus posibles formas de actualizacion Para esto se incluyo en la guia de pautas de los grupos focales los siguientes tipos de preguntas 1) si PS y clientes son iguales o diferentes, 2) en que se parecen, y 2) en que se diferencian La percepcion de si mismo y la percepcion del otro estan intimamente ligadas y, en varias ocasiones, las participantes no disociaron la una de la otra

En cuanto a la imagen que tienen la/os clientes de si mismas frente al/a PS, una parte reconoce "ser iguales que estos ultimos" La diferencia se encontraria en el grado de conocimientos de los PS, en el hecho de que el/la PS "han estudiado mas nada mas [Ellos] nos brindan sus conocimientos" ¹⁶¹

"Si, claro que somos iguales Sino que ellos tienen los conocimientos que nos pueden impartir para conocer nosotros mejor" ¹⁶²

¹⁵⁹ Ibid

¹⁶⁰ Sierra 03-S 218-222

¹⁶¹ Sierra 03 S 1001

¹⁶² Sierra, 03-S, 997

"El PS "es igual que uno, pero es profesional En eso se distingue [de nosotros] " 163

"Son iguales a uno, lo que los diferencia son sus cargos y los estudios que han hecho "164

Hay tambien quien hace una distincion mas sutil y dice que PS y clientes **son iguales a nivel espiritual** "() *Tambien nos explican, cuando uno esta con pena, resentida, te dicen 'tu no tienes por que tener pena', espiritualmente somos iguales señorita "* Esto significa que los PS son capaces de identificarse con la/el cliente y darle consuelo como ser humano cuando lo necesitan

Para vencer la timidez y el temor en la interaccion con el/la PS hay quien afirma, con pleno convencimiento, que lo que tendrian que hacer la/os clientes es *"Tener mas confianza en uno misma, claro " 165* Mientras tanto, otras participantes, de otra region, muestran un cierto grado de seguridad en si mismas al afirmar, por ejemplo, que

"Yo mayormente no los traigo aca a los niños porque no se enferman de gravedad. Crecen mis niños mas o menos sanos, por eso no acudo aca pues () Yo sola le convido sus pastillitas" 166

Y

" en ciertas ocasiones acudo al curandero, o a veces yo le automedico, porque en ciertas ocasiones se me ha sanado bien con algunos consejos de algunas personas naturistas () Pero si veo reaccion, que esta de mal en peor, tengo que acudir a un centro de salud () Cuando es leve, ahí nomas en la casa los curo 167

En estos casos, las participantes estan demostrando, por un lado, sentirse capaces de cuidar la salud de sus hijos de manera autonoma y racional (usando medicamentos o curas que los mejoran) y, por el otro, sentirse capaces de discriminar cuando es necesario llevar a un niño al ES (vgr cuando estan graves, cuando van de mal en peor) y cuando no Su imagen de si mismas es positiva, en estos casos las mujeres se reafirman en sus conocimientos empiricos en lugar de subestimarlos

El hecho de que los PS tienen, generalmente, mas estudios que la/os clientes en zonas alejadas y pobres del pais es una realidad concreta e ineludible El problema surge, sin embargo, cuando esta realidad se convierte en un abismo que separa al/a PS y del/a cliente La/el cliente misma coloca al PS en muy por encima de ella y ella termina en una situacion de total inferioridad Asi, por ejemplo, hay clientes que se perciben de la siguiente manera

163 Selva 03 SE 738

164 Selva, 01 SE 391

165 Sierra 03 S 945-951

166 Selva 03 SE 1130 1134

167 Selva 03-SE 1138-1146

"Nosotros somos de bajo nivel de conocimiento Él [PS y especialmente el medico] tiene conocimiento por medio de estudios Claro que nosotros tambien sabemos de plantas vegetales, pero no es conforme, no es tan la realidad" 168

" nosotros no tenemos la educacion adecuada para ser igual como ellos" 169

"Los PS no son iguales a los clientes porque / tienen mas estudios / mas dinero / buenas casas Me visto menos que ellos " 170

"Son diferentes () porque vienen de la ciudad " 171

"[Los PS] tienen mas capacidad [que los clientes] " 172

" no seria iguales porque ellos son enfermeros, doctores, etc () Eso les da mas capacidad que nosotros " 173

En este tipo de imagen de si mismo y del otro, existe claramente 1) uno (cliente) que no siente tener la misma capacidad (intelectual) ni conocimientos (vgr 'somos de bajo nivel de conocimiento', "no tenemos la educacion adecuada") que el otro (PS), 2) uno (cliente) cuyos conocimientos valen menos (vgr "no son conformes") y otro (PS) que es dueño del saber, 3) uno (cliente) que no tiene estatus y ni se viste bien (vgr "me visto menos que ellos") y otro (PS) que tiene estatus (se viste bien, tiene dinero, buena casa, una profesion, es ciudadano)

La distancia psicosocial que acabamos de describir entre la/el cliente y PS nos lleva naturalmente a abordar el tema de las barreras (en particular las de tipo psicosocial) al uso de los servicios del MINSA. Como veremos en la siguiente parte del presente informe, existe una concordancia entre lo descrito hasta ahora y dichas barreras. Así, por ejemplo, no es de sorprender que, dependiendo de las regiones, la falta de identificación del PS con la/el cliente y las relaciones de genero aparezcan a menudo en el discurso de los participantes como barreras a la utilización de los ES del MINSA. Por un lado, estas barreras tienen su corolario en los tipos de interaccion (de la vertical a la oblicua o directiva en estos casos) frecuentemente mencionados en diversas regiones. Por otro lado, esas mismas barreras encuentran su paralelo en 1) la brecha cultural PS-cliente, 2) las relaciones desiguales de genero, y 3) la imagen del/a cliente de si mismo y con respecto al PS que acabamos de describir. Tratamos el tema de las barreras al servicio como prolegomeno al analisis descriptivo de los resultados con respecto a la satisfaccion e insatisfaccion del/a cliente en las zonas estudiadas.

168 Selva 02-SE 766

169 Sierra If inside (2123) (112) 2182

170 Sierra, If inside (2131) (112) 2224

171 Sierra 10 S 172-182

172 Sierra 09-S 84

173 Sierra 09-S 88

Como veremos inmediatamente, dichas barreras estan estrechamente ligadas a los elementos de insatisfaccion con el servicio que emergen del discurso de los participantes en los grupos focales

EL PROCESO DE SATISFACCION DEL/A CLIENTE

Usamos en el titulo de esta seccion del informe la palabra **proceso** (de satisfaccion) ya que consideramos que la satisfaccion del/a cliente no es un ente estatico, sino mas bien una realidad dinamica y en evolucion. Ademas, dicho proceso existe en relacion dialectica con la realidad opuesta, que seria la insatisfaccion del/a cliente. Vale decir que, es un proceso dinamico y dialectico, que existe en contraposicion al aspecto contrario que permite definirlo y redefinirlo con mas exactitud ¹⁷⁴

Siguiendo la misma logica, no podemos hablar de las barreras a la utilizacion de los servicios del MINSA sin asociarlas inmediatamente con su corolario, la insatisfaccion del/a cliente. Como veremos mas adelante, estas barreras constituyen simultaneamente obstaculos reales a vencer para lograr la satisfaccion del/a cliente y claros indicios de su insatisfaccion con el servicio. Las barreras percibidas por la/os clientes a la utilizacion de los ES publicos constituyen pues una introduccion *sine qua non* para llevar a cabo un analisis descriptivo mas completo de los principales ejes del discurso de los participantes con respecto a su insatisfaccion.

Barreras a vencer

Presentamos en el Cuadro 3 la lista de barreras a la utilizacion de los servicios del MINSA que han sido identificadas en el discurso de los participantes, clasificadas segun la frecuencia en que fueron mencionadas en cada region.

¹⁷⁴ Este tipo de definicion se inspira en los trabajos de Raymond Williams, en particular sus definiciones de cultura y de hegemonia en su libro Marxism and Literature, 2nd Ed. Oxford: Oxford University Press, 1978. Teoricamente, la satisfaccion del/a cliente no puede existir disociada de su opuesto, la insatisfaccion. Ambos conceptos se complementan y se explican el uno al otro.

BARRERAS PSICOSOCIALES Y CULTURALES	COSTA	SIERRA	SELVA
Falta de identificación del PS con la/el cliente	0	+	+
Experiencia negativa a su pasado	0	+	+
Resistencia al uso de ciertos métodos de PF	0	+	+
Relaciones de género	0	+	0
Experiencia negativa de personas cercanas	0	+	0
Discriminación	0	+	0
Temor al personal de salud y a otros empleados	0	<	<
Mayor confianza en establecimiento/especialista privado	<	<	0
Tradiciones arraigadas	0	<	0
Temor al costo del servicio	0	<	0
Temor a la ruptura de la confidencialidad	0	<	0
Temor a morirse	0	<	0
Temporalidad del calendario agrícola	0	<	0
BARRERAS TANGIBLES	COSTA	SIERRA	SELVA
Costo del servicio y/o medicinas	0	+	+
Distancia/falta de transporte	0	+	+
Aglomeramiento/impedimento de acceso al ES	0	<	<
Horario	0	<	<
Falta de recursos humanos	0	<	0
Entorno físico	0	<	0

Leyenda	
+	Mencionada a menudo
<	Mencionada algunas veces
0	Nunca mencionada

Cuadro 3

Barreras a la utilización de los servicios de MINSA. Resultados de los grupos focales punto de vista de la/os clientes

Hemos dividido las barreras al uso a los ES en dos grandes categorías: barreras de orden psicosocial y cultural y barreras tangibles. La primera categoría comprende elementos de orden personal y subjetivo, tales como expresiones de sentimientos de la/os clientes, experiencias personales o de gente cercana a ellos, comportamientos, actitudes, percepciones, creencias y costumbres. La segunda categoría engloba elementos concretos, palpables y verificables a primera vista ya sea por la/el cliente o por un (hipotético) observador externo. Como observamos en el Cuadro 3, las barreras de orden psicosocial predominan sobre las tangibles.¹⁷⁵ A continuación describimos brevemente cada una de las barreras a la utilización de los servicios del MINSA, tal como las perciben los participantes en los grupos focales.

¹⁷⁵ Retomaremos esta observación en la discusión.

Barreras psicosociales y culturales

La falta de identificación PS-cliente

Una barrera que aparece a menudo en dos regiones, la Sierra y la Selva, es la falta de identificación del PS con la/el cliente. Este último tiene reticencia a ir o a volver a un ES cuando no se siente comprendido por el PS. En estos casos, la/os clientes afirman que los PS “no conocen su situación económica”, no quieren hablar en su lengua (aunque la conocen), se sienten superiores a ellos porque trabajan. En algunos casos, la/os clientes afirman que algunos PS “tienen compasión” mientras que otros “no los ayudan con medicinas o con rebajas en las consultas”. En efecto, el eje principal del discurso sobre la falta de empatía del PS hacia la/el cliente es la falta de comprensión de la situación económica de este último.

“ ¿que pasa si la señorita me dice no, ahorita no se fia a nadie, [no] estamos autorizados a fiar a nadie? Entonces yo que hago, yo tengo que volver caballerosamente ¿no?, mi niño esta mal pero no me lo han atendido con las medicinas, () o sea depende de ellos, de esa persona que ponga de su parte para que se ponga en mi lugar () eso es lo que no tenemos aqui doctor, sinceramente le digo. Ese caserito no tenemos aqui en el centro de salud, yo creo que ni aca en el centro de salud hay, en los hospitales tampoco hay ese caserito. Ahora, eso deberia analizarlo usted ya ” 176

La/el cliente se siente incomprendido cuando el PS le dice el costo de una intervención (quirúrgica u otra) y aunque el o ella le explique su situación económica, el PS guarde su distancia y le diga, por ejemplo “ ‘total te va a Costar quinientos () El doctor me ha dicho ‘usted vea señora, pero esto necesita operacion’, así me dijo () y en este problema estamos andando con mi mama ” 177

Experiencia negativa en el pasado

Una mala experiencia pasada puede convertirse en una barrera importante al uso de los servicios del MINSA. Este es el caso de manera resaltante en la Sierra, pero no deja de estar presente en la Costa y en la Selva. Esta experiencia puede estar relacionada a (a) el haber recibido un mal trato, (b) un mal diagnóstico o tratamiento en el ES, (c) la percepción de haber sido engañado, y (d) el precio elevado de la consulta en el ES en comparación a la tarifa de un consultorio privado o un policlinico.

Resistencia al uso de ciertos métodos de PF

Igualmente, la resistencia a la imposición (así percibida) del uso de ciertos métodos de planificación familiar (PF) puede llevar a las clientes mujeres a tener reticencia a acudir al ES, en especial cuando el tratamiento propuesto les inspira temor. Esta barrera se menciona a menudo en la Sierra y en algunos casos en la Selva. Algunas mujeres tienen la impresión de que los PS insisten mucho en la ligadura de trompas. Resulta ser que existe, además, reticencia por parte de los esposos al uso de este método definitivo. Existe incluso temor hacia este método permanente de PF. Hay mujeres que explican que sus esposos les dicen que “con eso [las mujeres] se mueren ”

176 Selva 01 SF 257

177 Testimonio de la Sierra

Hay quienes afirman directamente que "no nos cuidamos, de la planificacion no tenemos, no acudimos a la posta respecto a la planificacion no " Estas personas prefieren metodos naturales porque temen los efectos secundarios de los metodos quimicos

" quisiera algo preferido ya naturalmente () porque a mi imaginacion mia claro La medicina no hace ningun daño como esta comprobado quimicamente, pero tantas ampollas al año, imaginate varias picadas, si se trata de pildoras no se, no entiendo, no entiendo de eso, tambien a uno le choca y a otro le hace bien, no entiendo, no entiendo de eso Y mejor seria cuidarse asi naturalmente porque no se hace ningun daño asi Es lo que he preferido " ¹⁷⁸

Notese que esta cliente dice claramente no entender las consecuencias del uso de metodos de PF Dice, al mismo tiempo, creer y no creer en el hecho de que "esta comprobado quimicamente" que las ampollas no hacen daño Hay una serie de ideas preconcebidas con respecto al uso de metodos de PF y a algunos de sus efectos secundarios Estos efectos secundarios (generalmente pasajeros y modificables con la eleccion del medicamento adecuado para la/el cliente) terminan por ser generalizados y se vuelven en verdades absolutas que obstaculizan la busqueda de informacion sobre PF en los ES

Un mando le dice a su mujer que la inyeccion anticonceptiva "choca al cerebro" y que la pildora "choca al corazon" ¹⁷⁹

"Hace doler la cabeza dicen, las pastillas" ¹⁸⁰

La ampolla afecta a la gente nerviosa "[le] da dolor de cabeza", "ataca los nervios" ¹⁸¹

La T de cobre es uno de los metodos mas desprestigiados en varias regiones y sub-regiones de salud (R-SR/S) Existe la creencia de que la "T de cobre da cancer" Ademias, hay quien afirma que la T de cobre es ineficaz uno sale encinta o "parece como gestando," o quien piensa que la T de cobre "hace bajar de peso y afecta el estomago" ¹⁸²

Las relaciones de género

Por otro lado, las relaciones de genero sobresalen entre las barreras a la utilizacion de los servicios en la Sierra No es raro escuchar a las mujeres decir, por ejemplo,

"Mi esposo no quiere que me haga la ligadura" ¹⁸³

¹⁷⁸ Selva 03-SE 1086

¹⁷⁹ Sierra 03-S 1169

¹⁸⁰ Sierra 06-S 1120

¹⁸¹ Testimonio de la Sierra

¹⁸² Testimonios de la Costa y de la Sierra

¹⁸³ Sierra 04 S 958

" me iba a hacer señorita, pero mi esposo me molesto y ya no me he hecho" 124

"Porque el hombre es el que da permiso () Así son a veces bien tercos " 125

" yo me voy a veces calladito () me voy solita señorita" 126

Una cliente explica que ella ha tenido que ponerse la T de cobre a escondidas de su esposo

"Por ejemplo, yo a veces le he dicho [que] voy a ir al hospital, [cuando] voy a cuidarme con la "T" u otro metodo Le digo [una] mentira. [Porque e' insiste] 'no te vas a poner no me vas no me vas y alla' Me he escapado solita. No quiere a veces, por ejemplo, le digo a veces que me voy a comprar " 127

Por otro lado, hay quienes no adoptan un metodo de PF porque otras mujeres de la comunidad les aconsejan no ir al ES a escondidas de sus mandos *"No señorita, yo me queria poner así como ella como la señora, pero de ahí unas madres me aconsejaron 'como vas a hacer esas cosas sin que sepa tu esposo y cuando te enfermes va a llegar a saber y se va a molestar, y vas a tener problemas' "*

Algunas clientes explican simplemente que

"Ellos [los hombres] a veces no estan de acuerdo con nuestro papel [activo en la eleccion de metodos de PF], piensan que esta mal " 128

o que

"Los varones son muy machistas y piensan que cuando uno se cuida con los anticonceptivo piensan les va a sacar la vuelta o algo " 129

Experiencia negativa de personas cercanas

A menudo en la Sierra, lo que cuentan los familiares o vecinos ejerce una gran influencia sobre la decision del/a cliente de acudir o no a un ES Un/a cliente sera menos susceptible a acudir a un ES cuando

- Sus familiares le dicen que el servicio en el hospital *"es pesimo" 190*

124 Sierra, 04-S 982

125 Sierra, 06-S 800 y 806

126 Sierra, 06-S 786 y 790

127 Sierra, 06-S 810

128 Sierra 08-S 818

129 Sierra, 06 S 818

190 Testimonio de la Selva

Cuando observan o escuchan que

- “ *muestras vecinas se van a enfermar a la posta, o sea al centro de salud* ”, *están mejor atendidos en la casa.* ¹⁹¹
- “*Mis vecinas siempre van ahí a la posta entonces dice que ha ido ya con dolor y su barriga dice le han aplastado bien y la han gritado, y de un día nomás así la han hecho levantar de la cama, así sangrando se ha venido a su casa* ” ¹⁹²

Discriminación

La discriminación aparece a menudo en el discurso de la/os clientes actuales o potenciales como **barrera al acceso a los servicios de salud públicos** sobretodo en la Sierra. Estos clientes perciben que no son tratados de igual manera que otros porque no tienen dinero, son marginales, vienen del campo. Los PS los hacen entonces esperar más de la cuenta, los revisan rápido, “*no nos atienden como debe ser*” ¹⁹³, los gritan, los mandonean “*ya sientate ahí! Espera!*” ¹⁹⁴, no les quieren hablar en su lengua (aunque la conocen) “*no quieren explicarle a la gente que no habla castellano, les gritan, les tratan como a cualquiera*” ¹⁹⁵

Así, desde el punto de vista del/a cliente, “*si uno es pobre, marginal, campesino, lo tratan mal, lo hacen esperar, no le hacen caso*” Una cliente concluye ante esta actitud que percibe en algunos

P “*Yo les miro con colera porque no tienen vocación*” ¹⁹⁶

Temor al personal de salud y de apoyo en los ES

Algunos participantes de los grupos focales de la Sierra y de la Selva han desarrollado temor hacia el personal de salud y otro personal de los ES, lo cual puede constituir una barrera importante al uso de los servicios. Hay quien dice explícitamente tener miedo “*al médico, a la enfermera, [hasta al] al portero [del ES]*” Otros explican que “*hay que estar como la balanza para saber donde vas* (),” ¹⁹⁷ esta persona tiene miedo de encontrarse con un dentista que le haga doler más de la cuenta “*no se que doctor me agarro de la boca y me sacó la muela a la fuerza haciendome doler* () *tengo pánico para que me saquen la muela* ,” afirma ¹⁹⁸

¹⁹¹ Sierra, 07-S 220

¹⁹² Sierra, 07 S 228

¹⁹³ Sierra, 11 S 4

¹⁹⁴ Sierra, 11-S 4

¹⁹⁵ Sierra, 11-S 4

¹⁹⁶ Sierra, 11-S 4 (NOTA P = Participante)

¹⁹⁷ Selva 02-SE 98

¹⁹⁸ Selva, 02-SE 98

Mayor confianza en los ES privados

Algunos clientes actuales o potenciales de los ES públicos en la Costa y en la Sierra sienten más confianza en los establecimientos de salud privados y en los doctores que atienden en policlínicos o consultorios privados, lo cual los lleva a optar por acudir a dichos centros en lugar de a los ES del MINSA

Estas personas han perdido confianza en la calidad de la atención en los ES públicos. Así, hay quien dice haber comprobado que en los establecimientos privados no solo el trato es mejor sino que, además, es más barato. *“en el policlinico tratan mejor [causan menos dolor], el dentista que pone la anestesia no te hace doler y es mas barato ”*¹⁹⁹

Cuando se trata de una intervención delicada, la/el cliente prefiere acudir a un consultorio privado en lugar de ir a un ES público porque tiene “más confianza” en la competencia de este último. Paradojicamente, como veremos más adelante, a menudo los mismos doctores que atienden en consultorios privados son los que ven a los pacientes en los ES públicos. Es así que hay quien asevera que *“ cuando es publico es mas tosco, hasta un medico no te ve con cierta voluntad ”*²⁰⁰. En este último caso el cliente percibe que el problema se encuentra no necesariamente en el PS (o su competencia) sino en el tipo de ES del que se trate. El mismo médico sería más minucioso en su consultorio privado que en el ES público.

Tradiciones arraigadas

Algunas participantes en la Sierra, han explicado que no ven la necesidad de acudir a un ES cuando las medicinas tradicionales que usan siempre las han curado.

M ¿Por que no va al ES?

P *Porque se cura con hierbitas, lo hace desde hace 20 años y le va bien, cura así a la familia tambien*²⁰¹

Hay quienes opinan que los remedios caseros son mejores (vgr. no dañinos) que las medicinas. *“ porque caso los remedios caseros no son tan malos como las medicinas que tomamos señorita ”*²⁰². A esto se añade la creencia de que ciertas enfermedades tales como el *chaccho* o el *chujani*, no se pueden curar con medicina occidental.

M ¿Podemos prevenirnos de esa enfermedad podemos prevenir eso?

P *Claro pero en el hospital no se puede*²⁰³

¹⁹⁹ Sierra 06-S 554

²⁰⁰ Sierra 01-S 108

²⁰¹ Testimonio de la Sierra (NOTA M=Moderador/a P=Participante)

²⁰² Sierra 03 S 2142

²⁰³ Sierra 06-S, 662

Temor al costo del servicio

La diferencia entre esta categoría y la de costo como barrera tangible es que en el primer caso, la/el cliente **anticipa (con preocupación)** un costo elevado o inútil aun antes de haberse acercado a un ES, mientras que en el segundo, la/el cliente ha constatado, a partir de su experiencia, que el costo es en efecto elevado para sus estándares o posibilidades económicas

Así, algunos clientes de la Sierra prefieren no acudir al ES porque temen que la consultan o las medicinas sean muy caras. A este temor se añade la percepción de que el gasto va a ser inútil, que en el ES solo le "*sacan plata*". Un participante relata, por ejemplo, que

" a un señor hace dos días se le habían metido astillas y yo le dije váyase mejor al hospital, y él me dijo no para que me voy a hacer ver, voy a ir por gusto, me van a ver y me van a sacar plata, me van a hacer pagar en la caja y son ganas para sacar [plata en] medicinas " ²⁰⁴

"La gente de lo que más se preocupa es de lo económico," explica un participante, *"si es que es gratis todos vienen "*

Temor a la ruptura de la confidencialidad

Algunos participantes en la Sierra sienten "*vergüenza de hablar*", sobretodo cuando hay varios PS en la sala de consulta. Tienen temor de que estos comenten sus dolencias fuera del consultorio, a otra gente de la comunidad que los conoce. El ambiente de consulta, durante la cual están presentes varios PS y practicantes, obstaculizaría el uso de los servicios de los ES de algunos clientes

Temor a morir

Para algunos participantes de la Sierra, otra barrera al uso de los servicios es el temor a morir. *"Le han contado que hay muertos en el hospital porque cree que todos los que van al hospital mueren "* Una persona enfatiza que *"así tuviera el dinero no iría [al ES] "*

Temporalidad del calendario agrícola

En algunos casos en la Sierra, la gente se ve imposibilitada de acudir a un ES debido al tipo de actividad productiva y de subsistencia que realiza. Así, por ejemplo, en *"la época en la que [la persona] está en la chacra"* no puede dejar sus labores para acudir al ES

Barreras tangibles

El costo

Tanto en la Sierra como en la Selva, el costo de los servicios y de las medicinas es mencionado a menudo como barrera al acceso a los ES públicos. Así, la gente dice no haber acudido a un centro porque *"no tenía dinero "*, *"no tenía plata para pagar "*, *"cobran exageradamente [por los servicios]"* Hay clientes que salen del ES con la imagen de que *" me costo carito, si porque ahí, todo nos cuesta en el hospital "* ²⁰⁵

²⁰⁴ Sierra 01 S 108

²⁰⁵ Selva 02-SE 1162

Otros prefieren no acudir al medico, quien les va a recetar medicinas, porque *"no alcanza para las medicinas estan carisimas"* o *"cuestan mucho las medicinas," "cobran mucho por los medicamentos"* A veces los PS parecen exigir el pago de medicinas que la/os clientes no pueden pagar *"tu veras de donde sacas el dinero pero aca hay que cumplir con las medicinas Pero a veces uno no tiene, señorita, para pagar Uno le explica bonito, nos mandan a rodar"* ²⁰⁶

Algunos clientes tienen que *"pedirle el favor"* a la señoita que atiende de que le ponga las ampollas a su bebe porque no tienen plata para pagarlas Otros tienen que *"rogarle"* al doctor que les haga una rebajita

" a veces uno tambien hay fallo de recursos no tienes dinero hay que rogar al doctor al menos que nos haga una rebajita o se nos de una medicina a veces no se tiene para una medicina y uno le explica al doctor, nos dice ya veras tu de donde sacas, asi nos dicen los doctores pues " ²⁰⁷

Hay quienes simplemente interrumpen el tratamiento porque no tienen dinero para comprar las medicinas

" le he dado a la mama, pero hasta ahora no le compra las pastillas que le han puesto ahi [y que] le han hecho bien ()" ²⁰⁸

Segun los participantes, con frecuencia las personas que no tienen posibilidades economicas no acuden al ES y prefieren usar medicina tradicional *" a veces muchas personas no vienen aca porque no tienen la posibilidad economica a veces mejor se curan con hierbas antes de venir a chequearse "* Además, los que no tiene recursos economicos no tienen acceso a los servicios no solo por el costo de estos ultimos, sino porque no tienen dinero *"ni para llegar al centro de salud mas cercano", " a veces no hay ni para el pasaje para venir aca "* Algunos explican, por ejemplo *"En la casa esta mejor atendida y es mas gasto traerla aca, en pasaje nomas ()"* ²⁰⁹ o *"ahora pagar aqui tres soles para venir aca, a veces no hay "* ²¹⁰

Hay quienes explican que acuden al ES como ultimo recurso debido al costo

" por motivo de la situacion economica, uno tiene que estar aguantando hasta que ya no se puede y por eso a veces no se llega a tiempo, y cuando [uno] viene, encima nos dan muestra requintada " ²¹¹

²⁰⁶ Selva, 02 SE 14

²⁰⁷ Selva, 02 SE 10

²⁰⁸ Selva, 02 SE 654

²⁰⁹ Sierra 10-S 505

²¹⁰ Selva 02-SE 654

²¹¹ Selva, 01-SE 365

"Recien cuando esta en sintomas de muerte ya, recien se llega al centro de salud. " ²¹²

"Al contrario nos hacen el comentario de que por que han demorado tanto, han debido venir antes, ya el niño esta malo, despues va a estar grave y se puede morir, despues ya no se puede hacer nada " ²¹³

Finalmente, el hecho de tener que pagar un monto para sacar el cuerpo de un paciente fallecido en el ES puede ser, para algunos, motivo suficiente para preferir quedarse en casa cuando se esta enfermo *"mejor morir en la casa"* En un tono desesperanzado un/a participante concluye *" el que tiene plata se cura pues () o tambien come, el que no tiene plata [no], lamentablemente es asi "* ²¹⁴

Distancia/ falta de transporte

La distancia y la falta de transporte son mencionadas a menudo en la Sierra y en la Selva como barreras al acceso a los ES *"Yo trato de curarlo en mi casa, cuidandolo mucho, y si ya no se mejora lo traigo aqui, porque yo vivo arriba y es dificil bajar, alla no hay nada "* ²¹⁵

Igualmente, cuando las mujeres viven lejos del ES a veces no tienen tiempo de llegar al centro de salud para hacerse atender durante el parto es difícil conseguir transporte y el ES mas cercano se encuentra muy lejos A esto se añade, como hemos visto en el punto anterior, el costo del transporte hasta el ES mas cercano, inaccesible para algunos

Aglomeramiento/impedimento de acceso al ES

En algunas ocasiones las personas explican no acudir al Es, tanto en la Sierra como en la Selva, porque el trato no es bueno y hay mucho aglomeramiento

M ¿ por que nunca te has venido a atender [al hospital]?

P Es que a veces en un hospital no hay muy buen trato, [hay] mucha gente, () ²¹⁶

En una SR/S de la Selva, la/os clientes se ven impedidos el paso al ES por el vigilante *" a veces el paciente muere y el vigilante no le deja entrar a pasar la consulta con el medico, "* ²¹⁷ *"Estos vigilantes son un problema, hasta miedo de venir al hospital da "* ²¹⁸, explica una participante Si una persona se olvida de su pase al interior del ES (porque ha salido, por ejemplo a comprar medicamentos para el paciente), el vigilante no la deja volver a entrar

²¹² Selva 01-SE 345

²¹³ Selva 01-SE 361

²¹⁴ Sierra 06-S 774

²¹⁵ Sierra 01-S 536

²¹⁶ Sierra 01-S 106 108

²¹⁷ Selva 02 SE 554

²¹⁸ Selva 02-SE 548

Horario

En algunos casos, tanto en la Sierra como la Selva, los horarios de atención, combinados con la distancia que la/os clientes deben recorrer para llegar a los ES, constituyen una barrera de acceso al servicio *"a veces vienen las madres de diferentes sitios, entonces a veces no hay citas y se regresan con sus hijos y tienen que estar regresando otro día de la semana"*²¹⁹ De igual manera, algunas personas prefieren ir a un consultorio privado *"porque [para ir a un ES público] tienen que madrugar para estar [ahí] a las 5 a m y pasar a las 11 a m"*²²⁰ Algunos clientes logran, con dificultad, transporte hasta el ES y una vez ahí, no son atendidos porque parece no haber un horario fijo de atención *"los proveedores salen, les dicen [a los clientes] que regresen más tarde y al final no los atienden ese día"*²²¹

Falta de recursos humanos

En la Sierra se menciona algunas veces como obstáculo al servicio de salud, la escasez o falta de recursos humanos para atender a los pacientes

Entorno físico

Finalmente, algunos participantes de las regiones y sub-regiones de salud (R-SR/S) de la Sierra, no acuden a los ES por ciertas características del entorno físico que lo hacen poco comfortable *"Es muy frío" aca nos tienen en bata nomas, sentimos mucho frío"*²²²

La/el cliente insatisfecho/o

El análisis de las barreras a la utilización de los servicios del MINSA nos lleva a abordar el tema de la insatisfacción de la/os clientes con los mismos. Por un lado, es lógico que las barreras al servicio provoquen un estado de insatisfacción en la/el cliente. Por otro lado, en términos generales, podemos constatar que, efectivamente, las barreras mencionadas con respecto al servicio -- tanto tangibles como de orden psicosocial -- encuentran un paralelo con las categorías de insatisfacción que emergen del discurso de los participantes en los grupos focales²²³

Para esta parte del análisis hemos tenido en cuenta las respuestas de los participantes a preguntas tales como ¿Cuáles han sido sus experiencias en los ES? ¿Cuál ha sido su experiencia con los PS? ¿Por que nunca se ha venido a atender? ¿Por que no va [alguien que el participante conoce] al ES? ¿Por que ha dejado de ir al ES? ¿Por que tiene miedo de ir al ES? ¿Que cosas les harían no regresar a un ES?

Presentamos en la Tabla 1, las grandes categorías en las que hemos clasificado las respuestas relacionadas a la insatisfacción de la/os clientes. En la medida de lo posible, hemos creado categorías en contraposición a las presentadas en la sección sobre la satisfacción del/a cliente. Así, optamos por hablar de mala relación, desconfianza, falta de diligencia, etc (versus relación,

²¹⁹ Sierra 10-S 28

²²⁰ Selva 02-SE 348

²²¹ Selva 01 SE 14

²²² Sierra 10-S 517

²²³ Retomaremos este tema en la discusión de los resultados de este estudio

confianza, diligencia) para referirnos a los elementos que surgen del discursos de la/os clientes con respecto a su insatisfaccion con el servicio o con el PS Cabe resaltar, sin embargo, que hemos respetado el punto de vista de la/os clientes y lo hemos traducido en terminos meramente descriptivos En ningun momento hemos pretendido *añadir un juicio de valor* (desde el punto de vista del equipo investigador) a las categorias que surgen del discurso de la/os clientes

Como vemos en la Tabla 1, la categoria que es mencionada mas a menudo es lo que hemos llamado mala relacion Inmediatamente despues viene en la lista la categoria desconfianza La falta de diligencia, la falta de competencia profesional y los elementos tangibles/escasez, son categorias que se repiten, igualmente, de manera significativa Finalmente, un buen numero de clientes habla de elementos ligados a su inseguridad con respecto al servicio o al/a PS Solo en dos sub-regiones de salud (SR/S) la/os clientes se manifiestan insatisfechos debido, respectivamente, ya sea a problemas de informacion o al aspecto de la referencia/seguimiento A continuacion explicamos en mas en detalle las categorias que acabamos de mencionar

INSATISFACCION DE/LA CLIENTE

REGION	SIERRA											SELVA			COSTA	
	01-S	02-S	03-S	04-S	05-S	06-S	07-S	08-S	09-S	10-S	11-S	01-SE	02-SE	03-SE	01-C	02-C
EJES DEL DISCURSO																
1 Mala relación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 Desconfianza	X	X		X	X	X		X		X	X		X		X	X
3 Falta de diligencia	X		X	X	X	X		X		X			X			
4 Falta de competencia técnico profesional		X	X	X	X	X				X			X			X
5 Elementos tangibles (escasos)			X	X	X	X		X		X	X					X
6 Inseguridad		X		X		X	X					X	X	X		
7 Problemas de información						X										
8 Referencia/seguimiento													X			

Tabla 1
Categorías de insatisfacción del/a cliente

Mala relación

Dentro de esta categoría hemos agrupado expresiones de la/os clientes que van desde la utilización de un léxico ajeno al lugar hasta el maltrato. Para simplificar la presentación de los resultados con respecto a la mala relación, presentamos aquí dos sub-categorías interrelacionadas entre sí: oportunidades de interacción y nivel afectivo. Dentro de cada una de estas sub-categorías son explicadas usando ejemplos típicos extraídos del discurso de los participantes.²²⁴

Oportunidades de interacción

Léxico ajeno al lugar

Hay quienes se sienten insatisfechos porque el PS que los atiende no conoce el léxico del lugar y, por lo tanto, tiene dificultades para comunicarse con la/os clientes. Este sería particularmente el caso de los médicos jóvenes que vienen de las grandes ciudades, en contraposición a los antiguos doctores que son del lugar.

*" este, este señorita en este hospital ya hay médicos pues de trascendencia ¿no? Por decir, el doctor ["X"] que es nato de acá que ya se está haciendo viejo en este hospital ya está viejo ya, el doctor. Después, que otro doctor más que son antiguos. Esos doctores te hablan más o menos con el léxico que tenemos acá, ¿no? Pero los doctores que vienen jóvenes, que vienen de [las ciudades], no, no "*²²⁵

Hay clientes que aparentemente dejan de ir al ES porque no pueden dialogar con la/el PS, este último solo habla castellano y no hay nadie que interprete a la persona quechua-hablante durante el acto médico (vgr, parto)

*"() entonces lo que se quiere es también una persona que lo interprete. Hay médicos que solamente saben hablar el castellano, acá las parteras todas ellas son generalmente quechua-hablantes, entonces allí viene el problema. Entonces como ellos no encajan con ellos, entonces no pueden dialogar y en la siguiente ocasión ya no quieren ir "*²²⁶

Imposibilidad de aclarar dudas

A veces la/os clientes se quejan de no poder aclarar sus dudas, a pesar de pedirle al PS que les expliquen

P *A veces yo no le comprendo las recetas que me da () porque la receta que me da tiene una letra que a veces no se entiende, tengo que volver a preguntar*²²⁷
P *[Pero] No nos aclaran*²²⁸

²²⁴ En lugar de presentar todos los ejemplos recopilados en el análisis optamos por incluir aquí los más representativos o los sirven para describir claramente cada categoría.

²²⁵ Selva 02 SE 308

²²⁶ Sierra 01-S 230

²²⁷ Sierra 03 S 470

²²⁸ Sierra 08-S 664

Miedo de preguntar

Hay clientes que dicen tener miedo de preguntar debido a la actitud del PS. Así, por ejemplo, un/a cliente enfatiza su insatisfacción diciendo que

P *Yo tengo recelos de preguntar Srta, porque algunos contestan renegando y algunos bien*

M *¿Quiénes, quien te contesta renegando?*

P *Las enfermeras Srta*

M *Las enfermeras te contestan renegando?*

P *Sí Srta*

P *En cambio el doctor ellos no, Srta* ²²⁹

Nivel afectivo

Falta de acogida

Algunos clientes se sienten insatisfechos con respecto al modo en que son recibidos en el ES. Así, por ejemplo, hay quien afirma

"Señorita para mí cuando me dicen como quieres que te traten bien, yo quisiera primeramente que cuando yo llegue aquí al hospital me respeten ¿no? porque cuando nosotros a veces llegamos ni siquiera, por lo que somos así, ni siquiera te saludan ni te dicen nada. Pero nosotros a veces venimos y decimos buenos días doctora, buenos días y ellos ni te dicen nada, ni te reciben, nada " ²³⁰

Por su lado, otra/o cliente expresa su insatisfacción a este nivel expresando como le gustaría que lo trataran al llegar al ES, en contraposición a como es en la realidad

"[cuando llega un paciente, que] le pregunten que tienes sientate te esperamos para atenderte y como dicen unos compañeros que hay otros profesionales que sí atienden bien y otros que atienden mal. Sí, pero ultimamente me han atendido ya mal (), que en la atención traten a la gente bien " ²³¹

Sanción excesiva

Son vanos los casos en los que la/os clientes se quejan de recibir sanciones y resondros de los PS. Por ejemplo, una madre se queja de que la PS la ha resondrado " 'que quieres', ¿que se muera? así lo traes todo cochino, desmedido fuerte siento" le dice. Este tipo de sanción provoca un sentimiento de culpa en la/el cliente. Lo mismo sucede en la situación siguiente " () una señora trajo a su bebido y estaba con tratamiento tenía diarrea, fiebre y la Srta dijo ¿por

²²⁹ SIETRA, 04-S 638 650

²³⁰ SIETRA 06 S 360

²³¹ SIETRA 06-S 256

que pues no haces limpieza en tu casa? le riño () porque no sana, porque ya le estamos tratando [aquí] y es por eso [tu descuido] que no sana " ²³² La/el cliente puede también ser acusada de no ser lo suficientemente higiénica ²³³ *"ensucias mucho te dicen y eso también te reclaman "* ²³⁴

Mal/trato

Escribimos mal/trato con una barra oblicua porque los grados que identificamos en el discurso de la/os clientes van desde lo que se puede llamar "maltrato" hasta lo que representa actos de "maltrato" en los establecimientos de salud. Los ejemplos dentro de esta categoría son numerosos. Citaremos aquí solo algunos que ilustran las situaciones típicas que llevan a la insatisfacción del/a cliente.

En primer lugar, la/os clientes reconocen que no siempre son maltratados, pero se quejan de que en algunos casos lo son. *"() siempre cuando le traemos al hospital siempre depende de cada uno de las asistentes, algunas las atienden mal, algunas bien, sí "* ²³⁵ Los participantes afirman conocer gente que *"Ya no quieren venir porque dicen que no los atienden bien, que prefieren medicinas no más "* ²³⁶ Una cliente explica que ella se ve forzada a volver siempre al ES (porque no tiene otra opción), pero que el trato que recibe no la motiva a hacerlo --

"Porque por la enfermedad de nuestros hijos, la familia, siempre tenemos que regresar señorita al Centro de Salud, aunque uno diga que yo ya no quiero regresar allí porque me han tratado mal, cuando esta enferma la familia siempre hay que regresar, señorita " ²³⁷

Otros participantes confirman que a veces *"ya uno no quiere regresar [al ES]"* por el maltrato que ha recibido.

"Bueno señorita cuando a veces yo he venido a verme para dar a luz inclusive regalaban hasta pañales, te atendían bien los médicos, las enfermeras, pero ahorita ya no es igual señorita, te tratan mal las enfermeras, hay otras enfermeras que son malas, y por todo eso a veces ya uno no quiere ya regresar al hospital " ²³⁸

La/os clientes se quejan de recibir un trato "tosco", de encontrarse con PS "malgeniados," "malos", "que se amargan", "que vienen con sus problemas", "se molestan", "reniegan", "no tienen paciencia para nada", "que te tratan mal"

²³² Selva, 02-SE 710

²³³ Su pretexto en este caso de que traiga sus sábanas para cuando vaya a dar a luz.

²³⁴ Sierra, 06-S 44

²³⁵ Sierra, 03-S 22

²³⁶ Sierra, 10-S 55

²³⁷ Sierra 04 S 1860

²³⁸ Sierra 06-S 20

"A veces se amargan Srta., cuando pedimos el ticket o hay veces cuando ponemos la ampolla veniamos así y no atienden bien " 239

"Deberían ser un poquito más cordiales hacia los pacientes Varias veces vienen a trabajar acá con sus problemas y se les toma por malgeniados " 240

"Es que a veces en un hospital no hay muy buen trato No se, cuando es público es más tosco hasta un médico no te ve con cierta voluntad ()" 241

"() nomás las enfermeras son un poco malas () Algunas atienden bien, algunas mal, pues () Si algunas se amargan cuando pedimos también el ticket así " 242

"De lo que he acudido al centro de salud me han atendido muy bien, pero técnicas sí a veces cuando llora el bebé se reniegan " 243

"No tienen paciencia para nada, las técnicas por ejemplo " 244

P *No me han tratado bien*

M *No te han tratado bien*

P *Yo me iba al doctor particular, más confianza le tenía "* 245

Un participante resume bien el cuadro diciendo

" no son la mayoría sino cierto número de profesionales de salud, solamente falta nombrar los adjetivos que se puedan dar, descorteses tal vez, desatentos tal vez, faltos de paciencia tal vez no están bien, podría decir yo de alguna manera " 246

Este mal trato pasa a ser "maltrato" cuando la relación se convierte en una relación violenta, de agresión verbal o física hacia la/el cliente. Los siguientes ejemplos ilustran este salto cualitativo entre la/el cliente que se siente insatisfecho por el *mal trato* que recibe y aquel o aquella que se siente *maltratada* en su relación con el PS

239 Sierra 04-S 306

240 Sierra 01-S 230

241 Sierra 01-S 108

242 Sierra 04-S 62 66 y 74

243 Sierra 03-S 250

244 Sierra 03-S 418

245 Sierra 01-S 618 652

246 Sierra 06-S, 96

"No tienen paciencia para nada, las técnicas por ejemplo hay veces nos gritan, hay veces una esta parada ahí a su costado y nos dicen 'Retírese que tenemos que atender a otros', pero a veces uno no puede () y entonces las técnicas, incluso las trabajadoras de allí se molestan, reniegan y nos dicen una y otra cosa, que nos sentemos a un costado, que nos pongamos tranquilas. Pero los niños no se ponen tranquilos pues, a veces que reniegan, por eso sería que sean pacientes en todo aspecto " ²⁴⁷

"[A] algunas madres que no tienen dinero (les) dicen '¿para que te has casado si no tienes plata?' y sobre todo, en donde vamos a dar a luz y recibimos bastante ¡xxx! de parte de las enfermeras " ²⁴⁸

"Mi vecina siempre va ahí a la posta de [], entonces dice que ha ido ya con dolor y su barriga dice que le han aplastado bien y la han gritado, y de un día nomás así la han hecho levantar de la cama así sangrando se ha venido a su casa " ²⁴⁹

"A mí me ha pasado ese caso con el médico, me decían 'No allí no atienden bien, te gritan, te resonará', por eso no he venido, con este sí ya he venido, también me han insultado, el dolor es tan fuerte. Al menos así a las personas que van así a las maternidades las paran gritando. Cuando van también les tiran sus manitos pero a mí no, solo me gritan 'Aguanta pues aguanta, para eso no son mujeres, ¿no?', decían " ²⁵⁰

'Dice que le estiran sus piernas la dejan no la ayudan señorita, la hacen gritar, cuando grita dice que le meten el trapo en la boca así, por eso no vamos a [tal ES], y por falta de plata también señorita no vamos al [ES] " ²⁵¹

"Me da miedo señorita. () No se señorita. Porque les meten a la boca trapo así, entonces ella no quiere ir pues cuando quiero llevar no quiere ir y no puedo obligar también pues " ²⁵²

"() la señora no podía dar a luz y dicen que le gritaban y le decían cosas del mismo acto para otras cosas si eres buena, para abrir las piernas si eres buena, de hoy en adelante ya nunca más vas a llegar a tener hijos. Ellos, los profesionales, los médicos lo que sean, no tienen por que tratarles así a los pacientes porque a veces los tratan mal a los pacientes " ²⁵³

²⁴⁷ Sierra 03-S 418

²⁴⁸ Sierra 08-S 330

²⁴⁹ Sierra 07-S 228

²⁵⁰ Sierra 02-S 26

²⁵¹ Sierra 07-S, 224

²⁵² Sierra 07 S 294

²⁵³ Sierra 06-S 48

*"Ella por ser primeriza no podia pujar, no podia pujar y le tiraron sus bofetadas, era un doctor no me recuerdo de su nombre y cuando yo le reclame me saco de la sala de partos "*²⁵⁴

*"() cuando uno va a dar luz por primera vez, necesita a alguien que este a su lado y eso no permite Y cuando van a dar a luz a veces en el parto cuando es primeriza tiene tal vez miedo y ellas estan que gritan y gritan y te tiran bofetadas y hasta por el miedo mismo puede regresarse el bebe "*²⁵⁵

Notese que la agresion verbal empieza en el consultorio o en la sala de espera (especialmente en las maternidades) y se incrementa aun mas en la sala de partos donde se puede llegar incluso a agresiones fisicas (vgr "manasos" y "bofetadas") Cabe enfatizar que en el ultimo ejemplo, el miedo que siente la cliente--resultado de una relacion violenta--no esta solamente ligado al/a PS que las maltrata sino tambien a las consecuencias que puede tener ese maltrato, desde el punto de vista de sus creencias Asi, por ejemplo, esta cliente afirma que "por el miedo mismo puede regresarse el bebe " Este maltrato no solo es percibido como una violencia gratuita sino tambien incomprendible desde el punto de vista de sus propios valores y costumbres, asi, que le hagan "estirar las piernas" a la mujer en el momento del parto y que "no la ayuden" parece contradecir las practicas de parto tradicional en las casas

Imaginemos por un momento la situacion descrita por un grupo de clientes en una sala de parto

P () *la obstetriz empezo a gritarme "Asi como has abierto las piernas aguante", asi me dijo, "aguanta el dolor "*

M *¿A alguien mas le han dicho algo?*

P *Igual como he abierto las piernas como he recibido*

M *¿Y ustedes que dicen cuando les dicen eso?*

P *Nada no podemos decir nada, no podemos contestarles "*²⁵⁶

Desde el punto de vista de la cliente, ella se encuentra probablemente en una situacion ajena a sus costumbres, en la que no solo se siente agredida sino tambien impotente

Desconfianza

Bajo esta categoria reagrupamos las partes del discurso de la/os clientes relacionadas a elementos tales como la ruptura de la confidencialidad, el sentimiento de ser engañado, la actitud paternalista, el abuso de poder, la discriminacion y la falta de empatia Existe una relacion intima entre la categoria precedente y la que analizamos en esta seccion Hemos decidido separarlas para hacer resaltar las situaciones en las que la/el cliente pierde, explicitamente, confianza en el servicio Los

²⁵⁴ Sierra 06-S 44

²⁵⁵ Sierra 06 S 36

²⁵⁶ Sierra 03-S 284 294

ejemplos que presentamos a continuación ayudan a clarificar los matices del discurso de la/os clientes en este sentido

Ruptura de la confidencialidad

Una fuente de insatisfacción del o del/a cliente, que va a mellar su confianza hacia el ES y hacia los PS es la ruptura de la confidencialidad. Algunos participantes han expresado, por ejemplo, que

*“¿Sabe que doctor? yo he tenido problemas porque yo vine una fecha a tratarme y eso le dijeron de frente a mi esposo, claro indirecto le dijeron ‘ cuando tu mujer viene por tal cosa’, así le dijeron, claro le puedo mencionar el nombre pero el de repente se entera y me puede hacer problemas ese hombre, porque yo se como es el carácter de ese enfermero ”*²⁵⁷

La desconfianza generada por la ruptura de la confidencialidad en este caso, lleva a la cliente a sentirse intimidada y a preferir no mencionar el nombre del PS porque *“el de repente se entera y me puede hacer problemas ”* Este no parece ser un caso aislado. Otra participante explica que

*“Si, también he tenido [ese tipo de problema] Y sacan afuera y como yo también vine en secreto de mi esposo, han llevado y se ha enterado mi esposo, se amargo y de esa fecha casi no he venido ya. () Si, también le han contado a mi esposo y no le ha gustado, ‘no quiero que me vayas’, así me ha dicho Y desde esa fecha yo casi ya ni he venido ya () puede ser [que le cuenten] a nuestro esposo y peor puede ser en la casa ”*²⁵⁸

La ruptura de la confidencialidad puede llevar a la cliente, como en este ejemplo, a no volver al ES por temor a la reacción de su esposo. Algunos clientes opinan que este problema es más común cuando el PS es del lugar

*“Mas que todo los del lugar porque los que vienen de lejos no, los lugareños como dicen ellos, son los que dicen tal persona y tal persona están así, así están sus cuerpos, en cambio los que vienen de fuera no hablan eso, no publican nada ”*²⁵⁹

Así, paradójicamente, una persona del lugar, que podría desarrollar una mejor relación de confianza con la/el cliente, terminaría por “perder al cliente” al no respetar el secreto profesional

En otros casos, cuando hay practicantes en el consultorio, la/os clientes se sienten intimidadas porque piensan, por ejemplo que *“ otros [practicantes] a veces te conocen y quien sabe si te critican después ”*²⁶⁰

²⁵⁷ Sierra, 05-S 100

²⁵⁸ Sierra, 05-S 104

²⁵⁹ Sierra, 05 S 94

²⁶⁰ Sierra, 06 S 398

Sentimiento de ser engañado

Hay circunstancias en las que la/el cliente se siente insatisfecho porque siente que lo han engañado. Unos cuantos ejemplos pueden ilustrar esta dinámica, que perjudica también toda posibilidad de desarrollar una relación de confianza entre el PS y la/el cliente. A menudo este sentimiento de ser engañado está ligado al hecho de que le piden al/a cliente colaborar con dinero, con medicinas, con sangre, con instrumentos que, afirma la/el cliente, no son utilizados para los pacientes que corresponde. *"Me pidió un calcut y no lo utilizo, sino que usó uno de otros partos () "* ²⁶¹

Otros clientes, de distintas R-SR/S relatan historias similares

"() al rato había dado a luz y me han hecho comprar un montón de medicina y no le han puesto. Al día siguiente yo me voy y le digo pues no señora, voy llevar ya le llevo les dije señorita, le dije pero no le han puesto ninguna medicina a la chica y la dextrosa que me han hecho comprar () yo también acá que hagan así una investigación sobre esto ¿no? de las medicinas como se desaparecen " ²⁶²

"() pero para ese rato mi suegra ya estaba muerta y mi tío tirado en la cama que le sacaban la sangre en un brazo y en el otro le ponían el suero, creo. Hasta le traían caldo de la cocina para que tome. Después cuando ya amaneció como a las cinco de la mañana nos dijeron 'su suegra ha fallecido'. Y la sangre hemos reclamado que le devuelvan a mi tío, una botellita nomás le han devuelto pero la otra ya no le han devuelto le han dicho que se la han puesto a mi suegra " ²⁶³

"() han pedido nosotros hemos dado, hemos pagado pero no lo han hecho los análisis entonces no se como se puede hacer con eso allí nomás ha quedado, no hemos reclamado, no hemos piteado. Simplemente sí a la señorita, a la señora le han dado de alta pues al darle de alta ahí sale, ¿no? () le pide esto el Dr y no no le han puesto al contrario el Dr le ha dicho que tiene que venir a sacar sus análisis pero le ha dicho que ha sacado que no le han dado el resultado, total no le han sacado pues " ²⁶⁴

El discurso de la/os clientes connota incertidumbre, confusión, impotencia hacia una situación que consideran incorrecta, y que, en última instancia, les hace perder confianza en el ES.

Actitud paternalista

Hay clientes que resienten cierta actitud paternalista o de superioridad de parte del PS. Por ejemplo, una cliente se queja de que *"hubo un caso que a mi recetaron para mi niña que no tenía apetito, me miro y me receto algo que me cuesta barato "* ²⁶⁵. Implícitamente la cliente en cuestión siente que la tratan como una pobrecita y no como una cliente más. La percepción de la cliente de que le

²⁶¹ Sierra 03-S 304

²⁶² Selva 02 SE 594

²⁶³ Sierra 06-S 60

²⁶⁴ S.1 , 02 SF 62

²⁶⁵ Sierra 03-S 308

recetan algo barato no bien 'la miran' es tambien un signo de su desconfianza hacia el servicio (vgr ¿me estaran recetando lo mas eficaz?) y de su sentimiento de ser discriminada, tema que tratamos mas adelante

Abuso de poder

Durante un grupo focal se relato una situacion que ilustra el abuso de poder que pueden llegar a ejercer quienes deciden si un paciente va o no va a ser atendido

"Cuando hay quejas aca, las señoritas estaban molestas el otro dia dicen que por que se meten con su carrera, estaban molestas y la persona que se quejo vino el otro dia y no la han atendido " ²⁶⁶

La/os clientes perciben entonces que no tienen derecho a quejarse, lo que puede contribuir a incrementar su desconfianza en el PS y en el servicio. Simultaneamente, tanto la percepcion de una actitud paternalista de parte del PS, como del abuso de poder de parte de este ultimo, alimentan el sentimiento de discriminacion en la/el cliente

Discriminación

La/os clientes se dicen explicitamente insatisfechos por el trato *discriminatorio* que reciben en ciertos ES. Algunos atribuyen esta discriminacion a factores sociales de clase, de apariencia, de familia, de pertenecer o no pertenecer al centro de salud. Los siguientes pasajes ilustran este punto de vista

"Dice que las personas que se han atendido le han contado que las personas de salud, atienden solamente a los de su clase a personas como nosotros ya no los atienden ellos. Eso de influencia si existe dentro de cualquier institucion esta esto, esto no debe existir, siempre existe esa diferencia, a personas conocidas, a familiares, a otros no, pero cuando no tienes familia en un hospital, no hay quien diga algo () No debe existir preferencia, siempre es generalizado " ²⁶⁷

"Son de atender primero a sus familiares, los atienden mejor a ellos que a nosotros " ²⁶⁸

"() creo que los medicos atienden viendo la condicion del paciente, o sea si la paciente va mas o menos con una presencia regular, agradable todavia puede platicar un poco mejor ¿no?, pero si de paciente va una persona como [tal persona en la sala], la señora [otra participante en el grupo], entonces el medico le dice '¿que te duele? ¿que te duele?' o no le atienden y la sacan no mas " ²⁶⁹

²⁶⁶ Sierra, 10-S 156

²⁶⁷ Sierra 01-S 250

²⁶⁸ Sierra 02 S 3

²⁶⁹ Sierra, 01-S, 230

"En que condiciones ¿no?, a veces vienen otras personas que no tienen que ver con el centro y los atienden mucho mas tiempo " 270

"Yo quisiera que cada persona ¿no? que trabaja en este centro sea un poquito mas consciente, mas realista y que nos trate bien a las personas que vengamos, nosotros no somos cualquier persona no, para que ellos nos vean asi. Y si estamos como estamos ahorita nos dicen que se espere, que se espere, pero a los que vean señorita que son de alli del centro rapido los atienden. Yo quiero que sean realmente conscientes y que trabajen con, o sea como te puedo decir, solamente que sean bien conscientes que trabajen con sinceridad y que nos atiendan bien " 271

Otros clientes se quejan de la discriminacion de la que son objeto, haciendo una relacion mas explicita entre los factores de orden economico y los de orden social

"Ay yo digo que porque trabajan se creen, no se señorita () Porque trabajan no saben en verdad la necesidad que uno tiene, incluso yo les he invitado para su casa y no querian 'conversen con el medico' [me han dicho] Donde la señora asistente no quiso tampoco 'no y no, que dejen sus documentos y que firme un papel y si me traes antes del 15 de enero te voy a rebajar mas todavia' dijeron, entonces todavia no lo consiguen. Se ha ido a Lima el joven a trabajar, no se como habra hecho con sus documento, esas cosas pasan señorita " 272

"Aca a las personas que vienen del campo no nos atienden como debe ser porque no tienen tiempo, nos atienden muy rapido. Cuando no tenemos plata es mas dificil () Cuando viene la gente del campo, la gente de aca, a par que algunas hablan aymara, no quieren explicarle a la gente que no habla castellano, les gritan, les tratan como a cualquiera. Yo les miro con colera porque no tienen vocacion " 273

"Claro. Entonces el que no tiene plata, ya que se muera y no puede ser () Si, asi lo definen los medicos, como dicen si tienes tu plata te curas, si no tienes plata mala suerte, todo eso yo creo que debe cambiar, solo asi puede cambiar la situacion, nada mas digo " 274

"A veces el medico manda prepararnos para atendernos, pero a uno que es marginal no lo atienden a la hora que pueden tratan de atendernos [Habria que] hacer eso de que por igual atiendan a todos " 275

270 Sierra 02-S 46

271 Sierra 06-S 126

272 Sierra 06-S 88 y 92

273 Sierra 11 S 4

274 Sierra 06-S 192

275 Sierra 10-S 76

Por un lado, los PS trabajan (vgr tienen plata) y no llegan a comprender "la necesidad que [la/el cliente] tiene" Por otro lado, la gente que viene del campo, los marginales, los que no tienen plata, no reciben una buena atención y, por lo tanto, se sienten insatisfechos. Las palabras que usa un cliente para describir esta situación resumen bien este tipo de dinámica "() cuando las personas no somos iguales, ¿no? no hay buena atención, tampoco no conozco no puedo decir nada más" ²⁷⁶

Falta de empatía

La falta de empatía está relacionada también al sentimiento de ser discriminado, de ser visto como "diferente" "Yo quiero hablar de que muchas veces nos ven diferentes a ellos, entonces no hay esa comunicación, a veces los médicos conservan su distancia," ²⁷⁷ explica un cliente. Hay quienes tienen la neta sensación de que los PS no están en absoluto interesados en sus problemas, lo que se manifiesta a través de una actitud distante, desinteresada, falta de humanidad

"() por nuestros recursos económicos mismos a veces solicitamos que nos rebajen o que traten de comprender nuestra situación, a veces decimos por favor que vengan a nuestros domicilios, que vean como es la realidad en que vivimos y a veces no atienden, no quieren, ponen condición ()" ²⁷⁸

"() Aparte como vemos dentro del hospital existe cierto distanciamiento, a veces ni te preguntan, al resto no le interesan tus problemas materiales, ya te están hablando de otra cosa '¿Que has hecho?', te comienzan a resonar dicen 'Ese problema no debe de existir' porque generalmente no les importa. Muchas veces se pierde esa humanidad." ²⁷⁹

En lugar de tratar de comprenderlos, implica este último cliente, los resonarán. Hay quien enfatiza

"No nos entienden, no nos comprenden a veces los que trabajan, por lo que trabajan no conocen esta realidad concreta que nosotros vivimos, por eso es que actúan de esa manera las señoritas, no todas, varones también, no todos, hay unos cuantos que actúan de esa manera y a veces les decimos frase en quechua. Bien renegona eres, y a veces con lo que le decimos recién reaccionan, es que es una verdad, no deben de ser así, señorita, mas bien nos deben de entender, de comprender. Pero no actúan así, actúan muy mal" ²⁸⁰

Es interesante notar en este último ejemplo que el hecho de hablar en la lengua indígena común entre el PS y la/el cliente puede ayudar a que el primero "reaccione" y pueda, tal vez, identificarse en alguna medida con el segundo. En otras ocasiones esta falta de empatía es percibida como una falta de comprensión del PS que, por ejemplo 1) no tiene en cuenta la distancia que la/el cliente ha

²⁷⁶ Sierra 10-S 24

²⁷⁷ Sierra, 01-S 238

²⁷⁸ Sierra 06 S 44

²⁷⁹ Sierra 01 S 238

²⁸⁰ Sierra 06 S, 60

tenido que recorrer para llegar al ES o 2) se rehusa a tratar a un paciente porque esta muy grave, sin explicar el por que ni ofrecer alternativas al/a cliente

"Si yo una fecha, una vez yo le traje a mi hija para hacerle pesar aca en la tecnica, pero yo me olvide su tarjeta ¿no? Yo le dije, buscamelo su numero de mi hijita [porque] me olvide le dije, y es lejos Yo esa fecha me vine de Huaraz porque me toco controlarla a mi hija. Pero ella no me acepto " 281

" ella un dia que se encontraba mal, bueno llegamos y quisimos internarla y cuando estabamos en consulta con el medico y el medico no nos quiso tratar dijo de que 'por que han traído ustedes muy tarde, su enfermedad ya estaba muy avanzada ' Bueno aquel tiempo yo no me encontraba aca estabamos en otro sitio realmente yo no se como ha sido pero el no quiso comprender, hasta nos cerro la puerta " 282

En este ultimo caso, cerrarle la puerta a una persona que va en busca de ayuda en una situacion urgente, lleva a la confusion y a la sensacion de no haber sido comprendido *" realmente yo no se como ha sido, pero el no quiso comprender, hasta nos cerro la puerta"* concluye la cliente

Falta de diligencia en la atencion

Dentro de esta categoria hemos agrupado expresiones de insatisfaccion del/a cliente relacionadas a la falta de empeño, a la mala disposicion o disponibilidad de algunos de los PS, a las consultas demasiado cortas y rapidas, al no respeto de horarios de la parte del PS o a horarios mal adaptados a las necesidades de la/os clientes

A menudo la/os clientes se quejan de ser atendidos demasiado rapido por algunos (no todos) los PS En estos casos, la/os clientes perciben que son examinados sin la debida munuciosidad

"Es que a veces los medicos atienden rapido porque son apurados, hay otros medicos que te conversan, te explican pero otros son muy rapidos, muy veloces " 283

"Hay otras enfermeras que no tienen paciencia para atender asi () Por ejemplo cuando somos asi entre varias a veces ¿no? nos atienden rapido asi " 284

"No, es asi, es una atencion rapida, o sea ingresas a un consultorio, te dicen '¿que tienes? ¿que sientes? Muy bien ' y ya te estan haciendo la receta Se va y llama a otro paciente Tu a veces no has terminado de decirle todo, pero ya te dieron la receta " 285

281 Sierra 10-S 76

282 Sierra 06-S 56

283 Sierra 06-S 304

284 Sierra 01-S 1752

285 Sierra 01-S 226

" hay otros que te orientan bien ¿no? tienen una buena voluntad, pero otros que no tienen ese deseo te dicen tal, tal, tal cosa y ya está. Hay momentos también que se presentan que simplemente te preguntan '¿que te duele? ¿de que estás mal?' y él cree lo que el paciente le dice, de acuerdo a eso le manda el tratamiento " 286

En el penúltimo caso, el paciente puede no haber terminado de explicar sus dolencias al PS y este ya le está dando una prescripción. Mientras que en último ejemplo, simplemente el PS escucha brevemente al paciente "y le cree lo que dice" en lugar (implícitamente) de hacerle un examen exhaustivo o de mandarle hacer análisis antes de prescribirle un tratamiento. Un intercambio entre participantes de uno de los grupos focales resume bien esta percepción de "atención rápida" = "mala atención" = "insatisfacción del/a cliente"

P *(Los médicos) Deben de chequear bien y no atender tan apurados*

P *y no atender tan apurados*

P *Si apurados nos atienden y lo hacen mal* 287

La/os clientes se quejan entonces de no ser bien examinados. "Porque no lo reviso bien nada," y algunos dicen incluso salir del consultorio sin haber entendido lo que el PS les dijo

"() una vez yo vine para hacerme sacar una radiografía y estaba el doctor ["X"] pero él no me reviso bien, me reviso así a lo apurado no sé que me dijo que tenía " 288

Por otro lado, hay quienes ponen énfasis en la falta de disposición de algunos PS para atenderlos. Una madre de familia explica, por ejemplo

"No, aunque tenemos maneras Srta, yo una fecha Srta traje así mi niño cuando el doctor me dio receta para que le pongan ampolla y la Srta la enfermera no quería atender Srta. 'Ven a las 8' así me ha dicho, 'a las 8,' 'uy, recién va a ser las 8, esperate', así todo, todavía nos ha dicho Pero ya eran las 8 Srta, cuando yo vine de mi casa " 289

De igual manera, otra cliente señala que si su bebé llora, hay técnicas que, en lugar de distraerlo, se ponen de mal humor y no los atienden con la debida diligencia

"De lo que he acudido al centro de salud me han atendido muy bien, pero técnicas sí a veces cuando llora el bebé se reniegan no lo pesan bien no lo miden bien dicen que calle

286 Sierra, 10-S 236

287 Sierra, 06-S 146-150

288 Sierra 06 S 142

289 Sierra, 04 S 214

todavía () Algunas porque quieren que se calle el bebe, como el bebe siempre llora, no te lo pesan hasta que se calle, pero algunas lo hacen distraer todo ” 290

Algo muy significativo es que la/os clientes opinan que los PS tienen una suerte de “doble personalidad” Cuando atienden en el ES no toman empeño, mientras que cuando están en consultorio privado los atienden con minuciosidad

“Yo veo que, en el centro de salud que siempre uno acude para cualquier consulta no toman empeño en cambio en sus consultorios ahí sí toman la mayor cantidad de empeño, siempre están como se dice más minuciosos Pero cuando uno va al centro de salud no toman empeño, más bien si van un rato van a tomar desayuno y uno [tiene] que estar esperando hasta la hora que ellos desean, eso es lo negativo ” 291

En el establecimiento de salud el médico “se va a tomar desayuno y deja a los pacientes esperando En este sentido una persona participante deplora que “A veces nos están viendo que estamos quejándonos así con dolores y se van señorita y deben de ser responsables nada más ”²⁹² Es decir que el PS no está disponible a pesar de la urgencia que ellos sienten Mas aun hay quien critica el hecho de que algunos PS no respetan su horario de trabajo

“Algo más quería añadir, que en su hora de trabajo deben de trabajar los trabajadores de su centro deben de estar en su sitio que les corresponde a veces en su hora de trabajo no están allí () deben de hacerse reemplazar aunque sea, nada más ” 293

Hay clientes que dejan de trabajar o vienen desde zonas alejadas al ES y no comprenden un sistema complejo, ajeno a su realidad, en el que, por un lado, se les termina ofreciendo pastillas como paliativo, y por el otro, se les dice que regresen al día siguiente para ser atendidas

“No, no recién primera vez he estado en la chacra he venido primera vez no conocía el hospital de [], vine sin conocer a hacer mi cola y estaba dando la señorita y yo le pido ticket para el embarazo para ella [la persona que acompañaba] y me manda para la medicina y encima me dice ‘No es aquí tienes que cambiar tu ticket ’ me dice, ‘ya no ’ Me hace cambiar ticket Ahí solamente me ha dado receta para comprar unas pastillas nada más, y ahora, mañana vuelta tengo que regresar para que la vean a ella ”²⁹⁴

Por último hay quienes conociendo el sistema tienen ya una idea preconcebida de la manera de tratar de algunos PS, que aparentemente no tienen buena disposición y los postergan “para mañana”

²⁹⁰ Sierra 03-S 250

²⁹¹ Sierra 03 S 210

²⁹² Sierra 06 S 156

²⁹³ Sierra 06 S 151

²⁹⁴ Selva 02 SE 42

"() pero los practicantes así como dicen que son auxiliares te tratan mal, te dicen que no que otro día vuelves, que no está la doctora " 295

Falta de competencia técnico-profesional

En algunos casos, las quejas sobre la falta de competencia de los PS está ligada al "tratamiento veloz" del que acabamos de hablar en el acápite anterior

"Algo que yo quisiera comentar, la experiencia que he tenido aquí en el hospital, llegamos al hospital y pagamos el derecho a consulta todo para que prácticamente el doctor me diga solo tienes que internarte y tienes que pagar 2 soles " 296

"Porque no lo reviso bien nada.() cuando lo vieron, no me lo revisaron bien su boquita, sus amígdalas no me lo revisaron bien () Ahora mayormente lo llevo al médico particular () no mas yo lo llevo al hospital " 297

En otros casos los comentarios son de orden general, como por ejemplo *"La atención aquí en el hospital es mas o menos, no es tan excelente "* 298

En varias ocasiones la/os clientes tienen quejas concretas sobre el mal tratamiento que han recibido debido, por ejemplo, a la falta de destreza técnica del PS *" además me hizo mal la sutura, a los dos tres días se me desato los puntos, [y me dijo] que era una descuidada y que había hecho mucho esfuerzo "* 299 De igual manera, la/os clientes se quejan de haber recibido diagnósticos y tratamientos equivocados en los ES Un participante a uno de los grupos focales afirma concisamente que *"Las medicinas que nos recetas no nos hacen bien "* Otros dan ejemplos en los que ha tomado tanto tiempo dar con el diagnóstico, que la condición del paciente se ha agravado

"No no ellos por decir si se equivocan algunas veces Tratan de buscarnos y decir si hemos sanado o no porque hace poco me paso que mi otro hijito estaba mal, tenía calculos creo a los riñones y ellos cuando lo traje por primera vez —desde el principio que le dio la fiebre le traje— y entonces me dijeron que era un simple resfriado y que no va a pasar nada, dele esas pastillas Entonces le di pastillas, pastillas tanto que pasaron 6 días y no pasaba nada Vuelta le traje entonces le dieron jarabe diciendo que eso debía de ser tifoidea () Si, empecé a dudar porque no se sanaba ¿no? Decía no, no es esto, entonces me dieron un jarabe para la tifoidea y en eso tampoco le pasaba, seguía la fiebre y hace dos semanas que le seguía dando Me decían que tenía que terminar el jarabe, lo terminé y nada, entonces dije no es la tifoidea que tiene mi hijo entonces lo traje otra vez acá. Con ese jarabe se empezaba a hinchar

295 Sierra 03 S 192

296 Sierra 06-S 48

297 Sierra 03 S 66

298 Sierra 02 S 22

299 Sierra 03-S 304

porque no era la medicina que necesitaba, entonces decia no, no es la tifoidea lo que tiene, entonces ya el doctor dijo 'el niño esta grave' " 300

Una cliente de otra SR/S afirma no solo que la limpieza de herida que le hicieron no estuvo bien hecha, sino que le recetaron inyecciones "asi por asi "

"() solamente lo limpia encima y yo me di cuenta que estaba mal eso porque cuando fui a hacerme atender personalmente en Caritas pelaron toda esa parte de encima y hacian una limpieza completa ¿no? Porque cuando yo vine aca lo limpio por encima y regreso a mi casa machuco la herida y sigue saliendo lo que llamamos el pus ¿no? () Y el doctor no sabia en que proporcion iba a aplicar las ampollas, solamente me dio algo de 20 ampollas y me dijo vas a ponerte dos ampollas al dia' y como estaba mi y caro algo de sol cincuenta cada aplicacion de la ampolla, voy a Caritas y () me dijeron '¿como vas a ponerte dos ampollas! Es mucho es demasiado ' me dijeron Entonces practicamente recién me estoy dando cuenta de que no sabian que estaban haciendo los doctores, te daban las medicinas asi por asi tal vez " 301

Notese que la/os clientes empiezan a comparar los ES estatales con otro tipo de centros, tales como Cantas, el policlinico o consultorios privados "Si aca yo venia y me hacian doler, en cambio yo he ido al Policlinico y alli bonito te sacan ()," 302 y en estos casos son los ES del Estado que pierden credibilidad para la/os clientes Los siguientes pasajes ilustran tambien esta situacion

"No Me recetaban solamente gotas y gotas nada le hacian no sanaba nada hasta el ultimo que como se llama este medico ["X medico particular] creo que se llama el medico de aca, el recién me lo detecto de que estaba mal que tenia alergia el si me dio gotas " 303

" una obstetrix nueva me atendio, pero para eso como te estoy contando ¿no? de mi niña, y yo agarre a mi esposo y le dije hay que llevarla a un medico particular, no quiero que la atiendan en el hospital, que me dicen que le van a sacar liquido ¿no? porque eso no es ninguna broma La llevamos al doctor particular y ahi nos dicen que sus amigdalas estaban infectandose y entonces yo le dije no, pero me han dicho en el hospital que no tiene nada, 'no señora,' me dijo 'esta muy mal,' me dijo que esta muy mal y en eso ya me receto incluso el Cleumot porque ya tenia infeccion a las amigdalas, tenia infeccion Y desde ese momento yo ya no confio e incluso la segunda vez tambien mi niña se enfermo, estuvo un poquito mal de los riñones, la lleve al hospital con 38 grados de fiebre y en eso apenas me lo bajaron con unos pañitos pero no me le pusieron inyeccion, no me dieron ese momento nada no " 304

300 Sierra 05-S 428 y 432

301 Sierra 06-S 96

302 Sierra 06-S 554

303 Sierra 07-S 200

304 Sierra 03 S, 54

Cabe señalar que existe una tendencia a percibir los servicios privados como mas serios y competentes, y al mismo tiempo la creencia de que para curar a un/a paciente hay que usar, casi obligatoriamente, medicamentos. Así, los pañitos para bajar la fiebre no son percibidos como tratamiento suficiente o adecuado. Por otro lado, pareciera ser que el uso de antibioticos proporciona seguridad al/a cliente en el pasaje precedente la madre esta segura de que su niña se va a curar gracias a que (por fin) le recetaron un antibiotico. Igualmente, vale la pena observar que en esta ultima cita la cliente empieza el relato contando que la atendio "una obstetriz nueva."

En efecto, ciertos PS son vistos como menos competentes, aparente e implícitamente, por su **inexperiencia**. Los practicantes parecen ubicarse en el escalon mas bajo con respecto a la competencia o destreza tecnico-profesional que la/el cliente espera de un PS. Son varias las personas que se quejan de la falta de destreza tecnica de los practicantes, incluso para poner vacunas

"Cuando salen (los practicantes) a poner vacuna aqui a los niños, [estos ultimos] hasta se enferman. Si, si señorita, no pueden ni caminar, a veces cojean señorita" ³⁰⁵

"En una fecha me han vacunado contra el tetano y casi me he muerto tambien, desde alli ya no ni a mis hijos ya no no quiero señorita. Ademas no vacunan bien los practicantes de la universidad claro los que son de aca mismo, los doctores si vacunan bien, pero los practicantes mentira como practicantes no saben" ³⁰⁶

"No Srta, este, yo tengo una queja del practicante, yo a mi bebe una vez lo lleve a vacunar y un practicante me lo vacuno y empezo a hincharse. Por eso ya tenia miedo, siempre le llevaba asi consultaba primero quien esta vacunando ¿un profesional o un practicante? Srta, Si era practicante ese dia no le hacia vacunar, me regresaba a mi casa, otro dia lo llevaba Srta" ³⁰⁷

Desde el punto de vista de/la cliente puede haber tambien una diferencia abismal entre la destreza tecnica de un medico y la de una enfermera, una obstetriz o una interna, especialmente cuando la persona en cuestion ha tenido una mala experiencia en el pasado

" en el 93 yo para dar a luz a mi niña me fui a las cinco de la mañana, pero para esto estaba dando a luz a las siete de la mañana no llegaban todavia los medicos me estaban tratando unas enfermeras y una obstetriz y me dijeron que me iban a hacer un corte vaginal para que me ayude ¿no? Y en eso me hizo el corte pero parece que la tijerita estuvo tosca, no cortaba bien y me lo hizo en tres cortes () Pero para esto ella me lo habia hecho ya en exceso incluso tenia, me dijo que habia llegado al tercer grado que casi llega al ano, o sea me corto demasiado. Y en eso yo las note que se miraban entre ellas, la sangre bajaba asi bastante y ellas se miraban y se miraban hasta que llego el medico y le dijeron ¿no? y el me miro para eso yo estaba muy bien yo me sentia bien pero preocupada de ellas ¿no? yo las veia en si que

³⁰⁵ Sierra 06 S 398

³⁰⁶ Sierra 06 S 106

³⁰⁷ Sierra 04 S 1086

estaban preocupadas porque me cortaron, veían que caía la sangre y ellas no sabían que hacer, llegó el médico y la mando rotar a una de ellas y el me atendió ” ³⁰⁸

“() la interna me dijo que ‘tu presión está bien’ y que ‘vas a regresar cuando se te suba otra vez’ Así que mi hermana me mide la presión otra vez y la presión estaba que se me subía más, y más, y más, así que hablo con el médico pues y el médico me dijo que estaba con pre-eclampsia severa y que necesitaba una operación, así que me tuvieron que operar de emergencia ahí mismo Pero la interna que me decía no, que venga otro día ” ³⁰⁹

Igualmente, hay clientes que prefieren esperar a ver al médico que conocen porque con otros han tenido una experiencia negativa

“() los días que atiende [el doctor X] prefiero que les vea el doctor porque yo tengo fe en él en cambio con otros doctores no se me da miedo porque una vez casi lo matan a mi bebé porque él estaba con los bronquios y le dieron este los jarabes que era uno por otro y yo lo he comprado sin leerlo Desesperada entonces llegó a mi casa mi hijita se ha puesto como muerta ” ³¹⁰

Como corolario, encontramos también en el discurso de la/os clientes, quejas explícitas a la falta de profesionales especialistas y bien capacitados Así por ejemplo, hay quienes afirman

“() me han dado un trato pensando que es el paludismo pero no era ese mal Insistimos en sacarle la gota gruesa y lo hicimos el Dr le saco, pero no me dio todavía la muestra Pero anoche a las 4 de la mañana le aplicaron una ampolla y total se está tratando ya bajo la fiebre y ya está mejor Y bueno mi opinión al respecto de la atención médica () de los médicos sobre todo que me han atendido, pues decirles que envíen otros médicos así como otros profesionales verdaderamente capacitados en el ramo porque encima me enviaron a [la ciudad] para poder yo allá sacar otro tipo de tratamiento En realidad [este] es un centro de salud donde debe existir doctores profesionales ” ³¹¹

“ bueno yo tengo poco conocimientos de eso pero como le digo le vuelvo a recalcar que yo nunca he venido a un hospital por enfermedad No, casi así no conozco los tratamientos que nos dan () Solamente que vine dos veces para sacarme la dentadura una vez me fui bien y otra vez me fui mal, y bueno quede un poco mal de salud, [pero aun así con] un tratamiento mejor que esos pobres pacientes En conclusión pues que se cambien a los que no están en condiciones de atender a un enfermo pues, eso yo pediría ” ³¹²

³⁰⁸ Sierra 03-S 266 y 272

³⁰⁹ Sierra, 03-S 156

³¹⁰ Sierra 04-S 392

³¹¹ Sierra 03-S 12

³¹² Selva 02 SE 560

Fuera de la falta de "profesionales verdaderamente capacitados", la/os clientes de algunos ES deploran la falta de doctores en permanencia

"() porque aca en este sector siempre los doctores vienen un tiempo determinado nomas y completan su contrato y se van. Y a veces se quedan meses o años sin doctor, quedamos a veces con una obstetriz o enfermeras nomas o con tecnicos sanitarios " ³¹³

Notese una vez mas que la/el cliente no esta satisfecho con la presencia exclusiva de enfermeras, obstetriz o tecnicos sanitarios, esta implicito que para poder brindar un buen tratamiento a la/os clientes, los ES deben contar con medicos

Finalmente, hay quienes estan dispuestos a recomendar a amigos o parientes para que vayan a ver profesionales "eficientes", que "hacen bien su trabajo" y que encuentran una gran diferencia entre la competencia de dos colegas de la misma especialidad

"Recomendarlo por el trabajo eficiente que realiza un profesional por ejemplo. Aqui en el hospital, por ejemplo, un doctor odontologo. Hay una diferencia tremenda [entre el doctor varon y la doctora mujer]. Van mas al doctor varon y no a la doctora mujer () Si y yo he escuchado y justamente siempre he ido a atenderme donde el doctor varon () Si, dicen que es bueno yo tambien he comprobado que te saca bien la muela () Tambien porque la vez pasada una de mis primas se fue a hacer sacar la muela donde la señora y estaba al dia siguiente con hemorragia y con dolores " ³¹⁴

Lo que es sumamente interesante, ademas, es que hay clientes para quienes la competencia del PS parece ir mas alla de la mera destreza tecnica

"Pero en este caso señorita mire ellos han estudiado por algo ellos han estudiado ¿no es cierto? Entonces acudiendo al estudio que ellos han tenido, por lo menos deben saber como es el trato para los pacientes. Realmente ellos son profesionales que han estudiado, no son cualquiera. Entonces yo veo de que realmente de acuerdo a lo que ellos han estudiado deben desenvolverse en su trabajo como debe ser " ³¹⁵

En el contexto en que se ubica esta afirmacion (que no reproducimos en su totalidad por falta de espacio), esta implicito que un profesional que se desenvuelve en su trabajo "como debe ser" es no solo competente a nivel tecnico-profesional, sino tambien en el trato personal (humano, respetuoso) que le da al/a cliente

Elementos tangibles

Dentro de esta categoria hemos incluido, entre otras, las afirmaciones que muestran la insatisfaccion del/a cliente debido al costo del servicio, a la falta o escasez de recursos materiales o humanos para

³¹³ Selva 01 SE 211

³¹⁴ Sierra 05 S 521 532 v 536

³¹⁵ Sierra, 06 S, 312

asegurar un servicio de calidad, y a elementos del contexto durante la consulta o intervencion que, desde el punto de vista del/a cliente, deberían mejorar

Costo

En primer lugar, una buena parte de la/os clientes encuentra que los servicios son caros

"() y es muy caro tambien señorita " ³¹⁶

' Cuando no tenemos plata es mas dificil hay señoras que vienen y si tienen pero cuando no tienes plata no te atienden bien Nos dicen Paga 8 soles, te exigen No lo hacen bien, como debe ser " ³¹⁷

"La gente de lo que mas se preocupa es de lo economico, si es que es gratis todos vienen " ³¹⁸

"() y otra cosa tambien es que las señoras por nuestros recursos economicos mismos a veces solicitamos que nos rebajen (), por ejemplo, en la atencion o en la comida cuando das a luz () " ³¹⁹

" y todavia 3 soles nomas () Es importante tambien la situacion economica porque a veces muchas personas no vienen aca a atenderse porque no tienen la posibilidad economica ¿no? " ³²⁰

" siempre nos cobran las consultas ¿no? suficientemente no nos alcanza a veces por los medios economicos hay que trabajar dos dias para pagarles " ³²¹

"Generalmente quienes van? Va pues la gente niños esa gente que no tiene muchos medios Aparte de eso la Posta, en la Posta no alcanzamos, solamente venimos cuando hay extremos " ³²²

Así, debido a la falta de medios economicos para pagar la consulta o la intervencion, algunos clientes optarian por *"tratarse naturalmente antes de venir a chequearse que es lo que realmente tienen "*, o ir al ES solamente en casos extremos Incluso el transporte para llegar al ES constituye un gasto que es percibido a veces como innecesario, sobretodo por aquellos que piensan que la persona enferma va a estar *"mejor atendida'* en su casa

³¹⁶ Sierra, 06-S 20

³¹⁷ Sierra 11-S 4

³¹⁸ Sierra 06-S 546

³¹⁹ Sierra, 06-S 44

³²⁰ Sierra 06-S 554

³²¹ Sierra 10 S 24

³²² Sierra 01 S 238

*"Porque en la casa esta mas atendida, ademas es mas gasto traerla aca, en pasaje nomas En cambio en la casa la cuidamos mas, no dejamos que le pase nada, cualquier cosa le alcanzamos, no la dejamos que se levante de la cama "*³²³

Falta de insumos/medicinas/equipamiento

En segundo lugar, la/os clientes se dicen insatisfechos de tener que proporcionar insumos que normalmente el ES deberia proveer. Por ejemplo

*"() a mi me ha pasado, cuando yo di a luz, a veces sangras entonces te dicen trae tu misma tus sabanas tus frazadas ()"*³²⁴

*"() pero ahora ya es distinto ya, ni bien estamos entrando y dicen 'ya tu toalla, tu tal cosa, tu tal cosa ' asi estrictamente "*³²⁵

*"Me pidio un calcut ()"*³²⁶

Por otro lado, hay personas que deploran el estado de los ES, por ejemplo, la falta de camas, de frazadas y la falta de higiene en las camas de hospital. El siguiente pasaje de la discusion durante un grupo focal ilustra bien este punto

P *Eh, las camas Srta por ejemplo, que las camas estan todo, que nos dan asco cuando uno viene ¿no?*

P *Los colchones estan negros*

P *Ya no hay ni camas*

P *No hay ni frazadas*

()

P *Y uno mismo trae su frazada, todo Srta*

P *Y nos da miedo pues echarse en esa cama sucia*³²⁷

Otros clientes han puesto de manifiesto su insatisfaccion debido a la falta de medicamentos en los ES

³²³ Sierra, 10-S 505

³²⁴ Sierra, 06-S 44

³²⁵ Sierra, 06-S 32

³²⁶ Sierra 03 S 304

³²⁷ Sierra 04-S 1050-1056

P () *Lo que si nos falta es () medicinas, eso si que nos falta en nuestro centro de salud de [tal localidad]*

P *Si Tambien no hay remedios, no hay ()*

P () *lo que pasa es que no hay medicinas, hay algunas medicinas que no hay* ³²⁸

En este sentido, una cliente puntualiza que no tiene acceso al metodo anticonceptivo que acostumbra usar y que tiene que resignarse a tomar la pildora, que le cae mal

"Para la planificacion familiar tambien faltan ampollas Ahorita yo me estoy cuidando con ampollas y no quedan Las pastillas me chocan a la cabeza y yo hace tres meses que me estaba cuidando con ampollas Y este mes que tenia mi control, el doctor me dijo que no hay ampolla y me va a dar pastillas para un mes Para este mes de abril termina mi ampolla y vuelvo, cuando venga a mi control, para que me de otras pastilas No hay ampolla " ³²⁹

Hay quienes señalan, por otro lado, la dificultad de tener que salir a otra farmacia (fuera del hospital) para comprar remedios (a menudo a mas alto costo) *"Si hay que salir a otra farmacia asi para conseguirla "* ³³⁰ Finalmente, hay clientes que estan conscientes de que por mas buena voluntad y esmero que el PS demuestre, este se encuentra totalmente imposibilitado de ofrecer una buena atencion debido a la ausencia de medicamentos de base *"Claro ellos ellos [los PS] tienen la voluntad de trabajar, claro ellos son bastante esmerados, pero lo que pasa es que, si no hay pues que pueden hacer ellos tambien "* ³³¹

Tambien en lo que se refiere a recursos materiales, la/os clientes se quejan de la falta o ausencia total de equipos, por ejemplo, para diagnostico

"Si, pero necesitamos mas equipamientos " ³³²

"Para conocer debe haber ecografia eso señorita para conocer mas aca, porque aca no tenemos " ³³³

"Aqui como dice el señor, lo que nos falta es algunos instrumentos o algun equipo que, un poco avanzado porque practicamente aqui no hay nada ¿no? Cuando venimos al centro, asi algun paciente grave venimos a veces ¿no? [no hay] nada ¿no? Ellos no pueden hacer nada

³²⁸ Sierra 05-S 36-50

³²⁹ Selva 01 SE 215

³³⁰ Sierra 04-S 1106

³³¹ Sierra 05-S 46

³³² Sierra 05 S 36

³³³ Sierra 04 S 2709

porque no tienen pues equipos, esas cosas ¿no? Se vienen a atender y les dicen que no tienen equipos ' 334

Por otro lado, hay quien ha enfatizado que en algunas postas no hay energía eléctrica y, por lo tanto, si van de noche no pueden ser atendidos

"() por ejemplo en las postas no tienen ni luz, las personas que vivimos cerca a la posta acudimos allí y no hay ni luz, cuando nos ven así de noche no hay ni luz allí, tenemos que venir hasta el hospital ' 335

Escasez/falta de recursos humanos

A nivel de recursos humanos, la/os clientes señalan su insatisfacción por la falta ya sea de especialistas o simplemente de médicos en los ES

"() lo que hace falta [es] que haya un médico ginecólogo, y no solo médico general No hay especialistas Tenemos que ir a [la ciudad] cuando tenemos algo " 336

"Si doctor para sacar muelas el doctor principal Cuando uno con su enfermedad viene, hay veces no hay doctor nada, eso necesitamos más acá " 337

"No hay médico estable [día y noche] en emergencia " 338

Contexto de atención

Aglomeración/desorden

Otro elemento que resalta con respecto a la insatisfacción del/a cliente es el contexto de atención. En algunos casos la/os clientes hacen referencia al tamaño estrecho de la sala y a la sensación de desorden y caos en el ES

" porque incluso en pediatría están amontonados todos y entonces uno se va a sentarse, se va para acá para allá cuando los niños se aburren ¿no? " 339

"[El consultorio] Debe ser un poquito más amplio () Si. A veces encima de la camilla están poniendo las bancas, encima de la camilla están los medicamentos, cada cosa yo creo que debe de tener su lugar " 340

³³⁴ Sierra 05-S 40

³³⁵ Sierra 06 S 114

³³⁶ Costa 02-C 4

³³⁷ Sierra 03-S 54

³³⁸ Testimonio de la Sierra

³³⁹ Sierra 03 S 418

³⁴⁰ Sierra 06-S 410 414

Falta de tiempo

Es interesante notar que hay clientes que puntualizan que el problema de falta de escucha de parte del PS puede estar estrechamente ligado al congestionamiento de pacientes y a la falta de tiempo para cada consulta, mas que a la voluntad o esmero de este

"Si tuvieran tiempo tal vez tengan [mucho] trabajo, y es por eso es que no quieren escuchar tienen que atender su vecino y estan esperando y si tuvieran tiempo tal vez nos escucharian " ³⁴¹

Hay incluso quien hace la sugerencia concreta de que los PS no atiendan a mas de diez pacientes al dia

Falta de privacidad

Hay clientes que preferirian que durante los chequeos o intervenciones solo estuviera presente el PS encargado, para respetar su privacidad Una vez mas, las clientes pueden sentir verguenza cuando hay practicantes observando el examen o la intervencion ginecologica

"Cuando vengo a Planificacion Familiar, vengo y me ponen alli con la señora obstetriz, y los practicantes alli Los practicantes seran de la universidad señorita [pero] se paran a mirar y la obstetriz esta contigo, te estan mirando uno por un lado otro por el otro lado y otro por el otro lado viendo y uno se averguenza pues señorita del medico ya estamos acostumbrados a que nos miren pero practicantes no pues señorita " ³⁴²

De igual manera, hay quien expresa su disgusto de que ciertos procedimientos se hagan "publicamente"

"()publicamente aca lo hacen [¿la insercion de la T de cobre?] y eso tampoco a mi me gusta señorita por ejemplo lo hacen y eso esta muy mal y eso tampoco me gusta " ³⁴³

Ambiente fisico

La temperatura de la pieza o de la sala de espera puede ser tambien fuente de insatisfaccion, y disuadir a la/os clientes a acudir al ES

M Tu [nombre de la participante] ¿donde te has hecho atender?

P En mi casa

M En tu casa, ¿por que no te has venido a atender aca?

P Porque es muy frio

³⁴¹ Sierra 08 S 356

³⁴² Sierra 06 S 310

³⁴³ Sierra, 04 S 1038

M *¿En tu casa es mas calentito?*

P *Si y como aca nos tienen en bata nomas, sentimos mucho frio* ³⁴⁴

Por otro lado, un cliente se queja de la falta de "entretenimiento" en la sala de espera del ES. Si hubiera un televisor, por ejemplo, afirma este cliente, la/el cliente no se dormiría y evitara perder su turno

"() yo pediria al Sr presidente que ahi en las salas pongan un televisor ¿no? un entretenimiento porque a veces uno esta durmiendo, te llaman 10 veces y ya te haz pasado porque no hay en que entretenerse " ³⁴⁵

Inseguridad

En esta categoria hemos querido deslindar los testimonios de la/os clientes que hablan explicitamente sobre su inseguridad y sobre factores que los harian sentir mas seguros en una consulta. Debemos tener en cuenta, sin embargo, que algunos elementos del discurso sobre la inseguridad con respecto al servicio estan intrinsecamente ligados a la aparente falta de competencia o experiencia de los PS. En otros casos, el sentimiento de inseguridad del/a cliente surge a partir del contexto global que rodea la consulta o la intervencion

Asi, por ejemplo, hay clientes que sienten que estan siendo conejillos de Indias porque los practicantes estan presentes o efectuan cierto tipo de intervenciones

"() los practicantes tienen que estarla observando y estudiando esto es asi y los practicantes alli, no se si estamos siendo conejillos de Indias aca o que " ³⁴⁶

"Bueno señorita yo opino que aca se mejoraria este, por ejemplo, cuando hacen ligadura vienen los practicantes y eso no deberia de ser [asi] porque [lo] deberian hacer esas enfermeras ya de experiencia " ³⁴⁷

Incluso los tecnicos o internos deberian, segun la/os clientes, ser supervisados por medicos diplomados durante las intervenciones

'Al medico () porque es el profesional mas capacitado, la tecnica es solamente creo como un auxiliar del medico ¿no? Tanto la obstetriz tiene su funcion especifica, en cambio el medico sabe casi en totalidad ¿no? () Entonces yo quisiera nomas, una sugerencia en cuanto haya internos deberian ser supervisados por los profesionales que ya son titulados, que ya tienen experiencia porque a veces aca en el centro de salud vemos que les dejan a las internas solitas

³⁴⁴ Sierra 10-S 507-517

³⁴⁵ Selva 02 SE 594

³⁴⁶ Sierra 02 S 371

³⁴⁷ Sierra 04 S 1038

que se desenvuelvan ¿no? y como esta diciendo mi esposa, no saben que hacer porque no tienen la practica necesaria, eso nomas " ³⁴⁸

Este tipo de demanda esta ligada a experiencias concretas como la narrada a continuacion, en las que la/os clientes perciben una actitud de inseguridad o indecision en el PS, con respecto a lo que debe hacer

"() yo queria que el doctor ["X"] me atienda, pero en ese momento el salio y se quedaron las internas, entonces lo que a mi no me gustaba era que entre ellas se preguntaban, 'Si, no, ¿que esta bien?' ¿no? entre ellas se preguntaban () ya me habian revisado me habian puesto el especulo y todo, () entonces entre ellas se preguntaban de que si le pongo o no le pongo [la T de cobre] entonces yo en ese momento agarre, como yo las veia asi todas indecisas, les dije 'Otro dia mejor vuelvo', me levante y me sai' porque no yo tengo miedo yo me sentia en duda ¿no? [Es] que si se estan preguntando entre ellas es porque no saben, no son capaces de decidir una cosa, si es que me la van a hacer o no Entonces yo agarre y me levante y yo dije no, mejor vengo cuando esta el medico " ³⁴⁹

Por otro lado, el sentimiento de inseguridad en la/el cliente puede estar relacionado al hecho de que no pueden ser atendida/os donde ellos viven, en caso de necesidad *"Si, pero en este año la maternidad no atiende bien, a veces por las zonas no quieren venir a atender,"* ³⁵⁰ afirma una cliente. Notese que la cliente afirma que los PS *"no quieren"* versus *"no pueden"* venir a atenderlas a sus casa. Su percepcion es que los PS no estan dispuestos a mobilizarse para tratarlas en sus casas en caso de emergencia.

Finalmente existe una percepcion, compartida por varios clientes, de que uno va a los ES *"a enfermarse"* o *"a morir"*

'No pero o sea nuestras vecinas se van a enfermar a la posta, o sea al centro de salud de [tal localidad] nos dicen no otra clase mejor es enfermarse en la casa nomas en la casa bien atendido, en [ese ES] no otra clase es dijo, por eso nosotros no hemos ido señorita " ³⁵¹

"Si matan pues, asi nos han dicho, que matan pues, no atienden bien alli, por eso me da miedo ir " ³⁵²

Por un lado es interesante notar que estos clientes explican que en los ES no son bien atendidos, mientras que en la casa si lo son (vgr. reciben cuidado constante, afecto). Por otro lado, si comparamos esta percepcion con las aseveraciones segun las cuales la/os clientes (por distintas razones) van a los ES como ultimo recurso o cuando ya estan muy mal, vemos que existe una logica

³⁴⁸ Sierra, 03-S 188

³⁴⁹ Sierra 03-S 172 y 176

³⁵⁰ Sierra 02 S 26

³⁵¹ Sierra 01 S 220

³⁵² Sierra 06-S 310

interna que apoya esta percepcion si uno va al ES "en las ultimas", por asi decirlo, es probable que uno "se enferme" o "se muera "

Problemas de informacion

Aunque los problemas de informacion que contribuyen a la insatisfaccion del/a cliente aparecen solo en una SR/S (de la Sierra), los elementos que salen a relucir en el discurso son sumamente interesantes y tal vez representativos de lo que puede estar sucediendo en otras R-SR/S ³⁵³ En este sentido, identificamos dos aspectos importantes en el discurso de la/os clientes

Primero, hay quienes se dicen insatisfechos debido a la ausencia de sesiones o eventos de informacion que esten especificamente dirigidos a los hombres

M Ah, cuando no hay para varones no van

p Nunca hay nada para varones, siempre al club de madres Hemos pedido que hayan charlas para los varones pero nunca ha habido solamente para las mujeres planificacion y planificacion ya nos hemos cansado tambien ³⁵⁴

Segundo, hay mujeres que han expresado su "agobio" con respecto a los mensajes de PF

M ¿[] tu dices que estas un poco cansada de planificacion familiar ?

P Si

M Dime pero exactamente, sobre planificacion familiar ahora a ustedes ¿que les gustaria saber? ¿que cosa de planificacion familiar te gustaria saber?

P A mi nada ya señorita

M ¿Por que nada ya?

P Yo ya estoy cansada ya ³⁵⁵

Asi, vemos que, por un lado, las clientes se quejan de que los varones no tienen acceso a informacion sobre PF, y por otro lado, ellas se sienten practicamente acosadas con informacion de este tipo En el primer caso, aparentemente se ha dejado de lado a un segmento de la poblacion a quien, sin embargo, le concierne directamente la informacion sobre PF En el segundo caso, ha habido una sobrecarga de informacion que ha dado por resultado una actitud (contraproducente) de rechazo con respecto a los mensajes de PF

³⁵³ Seria interesante indagar si estos problemas de informacion se rep en en otras R SR/S Estos resultados seran comparados (triangulacion) en otro informe a la luz de los datos recopilados sobre IEC (situacion actual y situacion deseada)

³⁵⁴ Sierra 06 S 1070-1072

³⁵⁵ Sierra 06-S 1094-1104

Referencia

Por último, con respecto a la referencia a especialistas o al seguimiento, solo hemos encontrado un pasaje en un grupo focal de la Selva que refleja la confusión que puede generar en el paciente el no saber a que especialista referirse, y el hecho de ser referido a un especialista que no le corresponde

“Hay pacientes que vienen con tal enfermedad, y no saben que medico es su especialidad para que lo atienda. Entonces por decir ella viene y dice quiero pasar [a ver] tal medico. De la puerta le dan su ficha ¿no? y total no es para su enfermedad ese medico que la va a atender. Entonces el medico dice ese paciente hay que [hacerlo] pasar a tal medico de su especialidad. Entonces, a raíz de eso le mandan al paciente, no sabe explicar no, con que paciente o es decir si le toca ginecologia tiene que ir a medico ginecologo, si le toca servicios de medicina tiene que ir a uno de medicina y así sucesivamente se va ¿no? se va a su especialidad de cada enfermedad, eso es lo que pasa a veces algunas señoras le dice el medico usted señora va a pasar en tal medico, [pero] el medico sabe que no es su especialidad. Eso es lo que pasa me parece con las señoras ¿no?”³⁵⁶

Este cliente que habla en tercera persona (es decir, de lo que le pasa a las señoras/pacientes) esta implícitamente explicando la sensación que puede llegar a tener la/el cliente de ser tratado como una “pelota de ping-pong” y, como consecuencia, terminar confundido en vez de sentirse bien orientado en un lugar donde va a buscar apoyo

³⁵⁶ Selva 02-SE 34

La/el cliente satisfecha/o

Como explicamos más arriba, la satisfacción y la insatisfacción del/a cliente existen en una relación dialéctica y ayudan a definirse y redefinirse mutuamente. Con el propósito de poner el énfasis en los aspectos positivos de los resultados encontrados en esta parte del análisis, hemos querido dejar esta sección – sobre la satisfacción del/a cliente según las categorías emergentes del discurso de los participantes – para el final de la sección de los resultados.³⁵⁷

Para el análisis de los ejes del discurso sobre la satisfacción con los servicios del MINSA, hemos tenido en cuenta las respuestas de los participantes durante los grupos focales a preguntas tales como ¿Qué características o cualidades debe tener el PS para que ustedes los recomienden a un/a amigo/a? ¿Como son los PS que les agradan a ustedes/con quienes se sienten bien? ¿Cuándo recomiendan a un PS o un establecimiento de salud (ES)? ¿Quién es su “casenta” en el ES? ¿Qué cosas les gustan y no cambiarían en los ES a los que van? ¿Qué es lo que les hace regresar a un ES? Un primer análisis de las respuestas de la/os clientes a dichas preguntas proporcionan una idea clara de cuáles son los elementos que, desde el punto de vista del/a cliente, contribuyen a su satisfacción cuando acude a un ES. La tabla 2 recoge los resultados de este primer análisis y categorización de temas relacionados a la satisfacción del/a cliente.

Como observamos en la Tabla 2, en la mayoría de los grupos focales se mencionaron las categorías relación, y confianza y empatía como elementos importantes para la satisfacción del/a cliente. En repetidas ocasiones, los participantes manifestaron su satisfacción con el servicio en relación a la seguridad que les proporciona el saber que hay un PS disponible para servirlos y/o el tipo de especialidad del PS que lo atenderá. Igualmente, los participantes hicieron alusión a la competencia técnica del PS como indicio de su satisfacción. Por su parte, algunos participantes pusieron de manifiesto los elementos tangibles que determinan su satisfacción con el servicio. Otros tantos enfatizaron que la información detallada, clara y precisa que reciben durante la consulta los hace sentir satisfechos. Por último, solo en una SR/S se mencionó el hecho de ser referido a otros especialistas como indicador de la satisfacción del/a cliente. A continuación presentamos un análisis descriptivo sucinto de las categorías que acabamos de mencionar.

³⁵⁷ Estos aspectos, en combinación con aquellos que quedan por mejorar, nos llevarán a identificar los elementos claves a tener en cuenta durante el diseño, desarrollo e implementación de recomendaciones idóneas (realistas, realizables y costo eficientes) con respecto a la capacitación en habilidades de comunicación interpersonal y comunitaria.

SATISFACCION DE/LA CLIENTE																
REGION	SIERRA											SELVA			COSTA	
R-SR/S	01-S	02-S	03-S	04-S	05-S	06-S	07-S	08-S	09-S	10-S	11-S	01-SE	02-SE	03-SE	01-C	02-C
EJES DEL DISCURSO																
1 Relacion	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 Confianza/empatia	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3 Seguridad Diligencia/disposicion Disponibilidad del PS El PS que inspira seguridad					X	X	X			X			X	X	X	X
4 Competencia/destreza tecnica			X	X		X		X				X	X	X		X
5 Elementos tangibles Medicinas Contexto/atmosfera			X	X		X	X						X	X		
6 Informacion			X			X	X	X					X			
7 Referencia/seguimiento					X											

Tabla 2
La satisfaccion del/a cliente

Buena relacion

Un/a cliente satisfecha dice estarlo *ante todo* porque “nos han atendido bien”, “me tratan bien,” “me han tratado bien,” “[En este ES] todos (doctores, enfermeras) nos atienden bien’ Los terminos **buen trato** o **buena atencion** tienen distintos significados para diferentes clientes. A partir del analisis del discurso al interior del eje tematico o categoria buena relacion, identificamos claramente dos sub-categorias que estan interrelacionadas entre si: 1) las oportunidades de interaccion e intercambio de mensajes entre el proveedor de servicios y la/el cliente, 2) y el aspecto afectivo (predisposicion actitud) del PS dentro de esta interaccion. En efecto, la/os clientes expresan su satisfaccion con el servicio a nivel de la relacion utilizando frases que corresponden a estas dos sub-categorias y que hemos resumido en el Cuadro 4.

SATISFACCION DEL/A CLIENTE	
<i>RELACION “BUEN TRATO” O “BUENA ATENCION”</i>	
OPORTUNIDADES DE INTERACCION	NIVEL AFECTIVO
<ul style="list-style-type: none"> ▶ el PS pregunta el motivo de la visita ▶ muy buena atencion nos da yo llegue por primera vez, me preguntaron, me senté en la banca, que es lo que desea ▶ nos dicen que deseamos, si vamos a consulta nosotros o los niños ▶ los PS preguntan y ahí recién nos recetan ▶ “en este hospital ya hay médicos pues de trascendencia () esos doctores te hablan mas o menos con el lexico que tenemos aca” ▶ el PS “contesta si tengo una pregunta” ▶ un buen profesional induce al paciente a que siga preguntando ▶ me explica ▶ te da consejos 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ son atentos ▶ te tratan amablemente ▶ la señorita enfermera es muy amable, es alegre ▶ recomiendo (al PS) por su profesionalismo y <i>su trato</i> ▶ son bien tratables ▶ son buenos ▶ nos sonrien ▶ es buena gente, es sonriente ▶ me han atendido muy bien con animo ▶ las enfermeras nos atienden bien con tranquilidad ▶ le agradezco a las señoritas que nos atienden bien, son atentas, bien conscientes ▶ “la enfermera aca nos ayuda bastante, nos respeta y nos atiende bien” ▶ atienden con cariño ▶ “es cariñoso con los niños”
“Por el buen trato siempre se regresa”	

Cuadro 4
Satisfaccion del/a cliente eje Buena relacion

Los límites del presente estudio (de corte meramente descriptivo) no nos permiten analizar más en profundidad los niveles y las implicaciones de los términos utilizados por la/os clientes para referirse a una relación de satisfacción con el PS. Basta enfatizar aquí que las dos sub-categorías presentadas en el esquema precedente están íntimamente ligadas entre sí. Por ejemplo, hay clientes que dicen **explícitamente** que las **preguntas** (del PS) son una **muestra** de que **el PS está interesado** en sus problemas. De igual manera, otro participante indica que los PS **"sonrientes te contestan cuando ya te conocen"**. En ambos casos el hecho de preguntar y de contestar (vgr. Oportunidades de interacción e intercambio de mensajes) están **acompañados de una carga afectiva positiva** (interés manifiesto, sonrisa...) que hace que la/el cliente se sienta "bien atendido" y, por lo tanto, **satisfecho** con el trato del PS.

Aunque tampoco nos corresponde hacer un análisis en profundidad sobre la interrelación entre los ítems citados en cada columna, cabe resaltar aquí que dichas frases podrían ser reagrupadas en sub-categorías que reflejarían (a) distintos tipos de oportunidades de interacción, o (b) diversos grados de acercamiento a nivel afectivo. Por un lado, **las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes** podrían presentarse formando un todo de acciones e interacciones que son necesarias y complementarias durante una consulta de la cual la/el cliente saldrá satisfecho. Así, los participantes de los grupos focales puntualizan que el PS habla en un idioma que entiendo, pregunta el motivo de mi visita, me hace preguntas (vgr. explora, indaga minuciosamente) antes de darme una prescripción, responde a mis preguntas, me explica, me da consejos. Un participante enfatiza incluso que **"un buen profesional induce al paciente a que siga preguntando"**. En este último caso, el tipo de interacción es más abierto y las oportunidades de intercambio de mensajes pueden llegar a incrementarse no solo cuantitativa sino también cualitativamente. Por otro lado, dentro de lo que hemos llamado **nivel afectivo** podemos observar conductas o actitudes no verbales que incrementan potencialmente las posibilidades de acercamiento socio-afectivo entre la/el cliente y el/la PS. Estas van desde una actitud amable, pasando por una actitud paciente y de escucha (vgr. los atienden **"con tranquilidad"**), de respeto, hasta una expresión de cariño.

Como veremos en la discusión, las categorías buena relación y confianza y empatía, aunque separadas para el análisis, pueden situarse dentro de un mismo continuum. Hemos optado por crear dos categorías aparte para describir con más precisión el salto cualitativo en la interacción (relación PS-cliente) que conduce a la confianza y a la empatía entre ambos actores.

Confianza y empatía

Algunos participantes han mencionado aspectos de su satisfacción que están intrínsecamente ligados a la **confianza** que el PS ha logrado generar en ellos. Una señora expresa su satisfacción con el servicio indicando que ella confía en los PS porque **"han atendido bien a mi bebé"**. Por su lado, otra persona asegura que los PS **"nos salvan de todo peligro,"**³⁵⁸ frase que podría interpretarse como un signo de confianza casi absoluta en los PS.

³⁵⁸ Cabe recordar que el uso de la categoría que mencionamos no son en la realidad, totalmente exclusivas. Así por ejemplo, el hecho de confiar en los PS **"porque nos salvan de todo peligro"** implica también que la/el cliente está satisfecho debido a la competencia técnico-profesional de los PS.

Al igual que en la categoría que llamamos relación, la confianza esta intimamente ligada tanto a las posibilidades de intercambio de mensajes con el PS como al aspecto afectivo. El comentario de una cliente con respecto a su (mayor) confianza hacia un PS (hombre) ilustra bien este punto

" los medicos te atienden mejor que la mujer, (el medico) es mas atento, mas paciente, hasta te explica, te habla, te conversa " ³⁵⁹

En este ejemplo, esta persona se siente satisfecha con un PS masculino que, por un lado, es atento y paciente, y que por otro lado, *"te explica, te habla y te conversa,"* es decir, le da oportunidades de intercambiar mensajes

La confianza puede estar igualmente ligada a elementos tangibles tales como el dinero. En este caso, es interesante notar que la cliente tiende a confiar mas bien en una PS mujer. *"Uno puede confiarse mas en las PS mujeres,"* afirma, porque *"el hombre es a veces mas habil para sacarte mas plata "* ³⁶⁰ Por otro lado, hay quienes describen la importancia del elemento confianza en contraposición con elementos tangibles tales como las medicinas. *"No importa que regale (medicinas) sino la confianza que se tiene (con el PS) "* ³⁶¹

Varios clientes en diversas SR/S parecen abrirse mas y confiar en un PS cuando se sienten acogidos a partir de su lenguaje corporal o no verbal. La sonrisa o una actitud alegre son gestos que contribuyen establecer la confianza y, por ende, a la satisfacción del/a cliente

"confiaría en un PS que sonrie " ³⁶²

"nos sonrien nos dan confianza " ³⁶³

"sonrientes te contestan cuando ya te conocen' " ³⁶⁴

"la señorita enfermera para riendose entretiene pregunta y pregunta y para riendose " ³⁶⁵

Otros comportamientos y actitudes de los PS ayudan igualmente a fortalecer la confianza que la/el cliente siente con respecto a el. La/os clientes se dicen satisfechos, por ejemplo, en las siguientes circunstancias

³⁵⁹ Sierra, 06-S 334

³⁶⁰ Selva 02 SE 212

³⁶¹ Costa 01 C 72

³⁶² Testimonio de la Costa

³⁶³ Selva 03-SE 458

³⁶⁴ Sierra (S) 4)

³⁶⁵ Selva 02 SE 526 y 530

"todos los personales que trabajan aqui son buenos () en primer lugar nos orientan son buenos" ³⁶⁶

"estoy muy agradecida he tenido bastante apoyo" ³⁶⁷

"la enfermera colabora, nos ayuda en cualquier cosa" ³⁶⁸

La satisfaccion del/a cliente esta tambien intimamente ligada a la *empatia*³⁶⁹ que este siente de parte del PS " hay personas *que te comprenden,*" afirma una participante Otros afirman, por ejemplo

'[Tal PS] es como mi caserita' ³⁷⁰

"Tengo mas confianza en la obstetriz a ella le cuento todo" ³⁷¹

De igual manera, una cliente expresa su satisfaccion diciendo que *"yo vi que a mi hija (el/la PS) la atendia como si fuera su hija, la veia y se preocupaba por ella como si fuera su propia hija"*³⁷² En este caso existe una cercania entre el PS y la cliente acompañada de un proceso de identificacion el PS asume un papel de padre con la niña paciente y por ende, implicitamente, la madre siente que el PS se identifica con ella como mama En algunas ocasiones, el PS llega a ser percibido como un amigo

"Tenemos preferencia donde esta el doctor ["X"] un amigo de todos es un buen amigo, con una sonrisa siempre conversando nos da una atencion buena"

' yo le tengo como un amigo () Yo no vendria cuando no estuviera aca'

" la señorita enfermera para riendose, entretiene pregunta y pregunta y para riendose, es amiga" ³⁷³

Notese que en dos de los casos el PS que es amigo, es un PS sonriente Por otro lado, el paciente que llega a considerar al PS como un amigo prefiere verlo a el que a otros *"yo no*

³⁶⁶ Sierra 06-S 24

³⁶⁷ Costa 01 C 16

³⁶⁸ Testimonio de la Selva

³⁶⁹ La empatia esta intimamente ligada al rapport socio emocional al cual nos referiremos mas adelante

³⁷⁰ Sierra 08 S 894

³⁷¹ Sierra 04 S 412

³⁷² Sierra 05 S 100

³⁷³ Selva 03 SE 482 530 558 y 562

vendría cuando no estuviera acá.” Hay quienes van a buscar específicamente (y a veces a sus casas) a los PS que consideran ‘amigo/as’ ”

Finalmente, hay quien enfatiza que el hecho de que el PS sea hombre o mujer da igual, lo importante *“es la confianza, que conversamos, dialogamos, charlando a veces uno se comprende ”*³⁷⁴ En este caso, la/el cliente está enfatizando el aspecto de las oportunidades de intercambio de mensajes con el PS en relación a la confianza que este le inspira. Cabe resaltar aquí que los tres verbos que utiliza: conversar, dialogar y charlar implican una tendencia hacia la horizontalidad en la comunicación, tema que hemos tratado más arriba y que abordaremos de nuevo más adelante en la discusión de los resultados.

Seguridad

Aparte de la relación y la confianza y empatía que resaltan en primer lugar en el discurso de los participantes en los grupos focales, otra categoría que sobresale con respecto a la satisfacción del/a cliente es lo que hemos llamado **seguridad**. La categoría seguridad es mencionada con la misma frecuencia pero en distintas R-SR/S que la competencia o destreza técnico-profesional del PS. Dentro de esta categoría hemos reunido sub-categorías que tienen que ver con aquellos elementos que hacen que la/el cliente se sienta seguro en su relación con el PS. Estas sub-categorías, que describimos a continuación, son las siguientes: la diligencia de los PS, su disponibilidad, y el tipo de PS que inspira confianza al/a cliente y, por lo tanto, con quien está/e prefiere tratarse.

Diligencia

En distintas SR/S, la/os clientes mencionan la diligencia del PS cuando hablan de su satisfacción con el servicio. Hemos agrupado bajo diligencia las afirmaciones en las que la/el cliente muestra que se siente seguro debido a la buena disposición de los PS con respecto a su trabajo, tales como

*“tienen voluntad de trabajar ”*³⁷⁵

*“son bastante esmerados ”*³⁷⁶

*“[como el PS estima su trabajo] se preocupa por todos nosotros ”*³⁷⁷

Disponibilidad

Esta sub-categoría agrupa los ejemplos en los que la/os clientes enfatizan que hay PS que los atienden bien en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia.

³⁷⁴ Selva 03 SE 486

³⁷⁵ Sierra 05 S 46

³⁷⁶ Sierra 05 S 46

³⁷⁷ Selva, 02 SE 246

"Me han atendido bien cualquier rato que he venido" 378

" van hasta los caserios" 379

"[En caso de emergencia] a la hora que vas te atiende la señorita [enfermera], aunque haya lluvias o cualquier cosa, te atienden cuando vas a su casa " 380

"Si alguien se pone mal [tal PS] viene aca como esta () para el no hay horarios " 381

" tambien a veces nos visitan con orientaciones " 382

" yo lo veo en cualquier rato [si] no esta aca yo me voy a su casa me voy a buscarlo () o el viene, me da la medicina " 383

" ayer inclusive a las cuatro de la mañana le aplico la ampolla "y me atendio normal " 384

"Siempre hay un medico en emergencia " 385

"Los medicos estan permanentes en las noches en el dia " 386

El PS que inspira seguridad

En esta sub-categoría hemos incluido afirmaciones en las cuales la/el cliente se siente manifiestamente satisfecha/o debido a la seguridad (a nivel psico-afectivo) que le inspira un PS. Así, una cliente se siente más segura cuando la atiende una mujer porque el varón "te manosea" 387. Por su lado otra asiente que "tenemos más confianza en las señoritas el varón [incluyendo al doctor] es un poco más difícil" 388. Finalmente, hay quien se siente seguro con

378 Selva, 03 SE 24

379 Testimonio de la Sierra

380 Sierra 07-S 20

381 Testimonio de la Sierra

382 Sierra 07 S 8

383 Selva, 03 SE 554

384 Selva 03 SE 250

385 Testimonio de la Costa

386 Selva 02 SE 160

387 Testimonio de la Sierra

388 Testimonio de la Sierra

un tipo determinado de profesional. Así, hay quien recomendaría a un PS, *"siempre y cuando este fuera médico"* ³⁸⁹

Competencia técnico-profesional

Otra de las categorías que resalta en el discurso de la/os clientes con respecto a su satisfacción, es la competencia técnica o profesional del PS. Así, la/os clientes afirman por ejemplo

"Yo recomiendo a un doctor por su profesionalismo, porque es un buen médico" ³⁹⁰

"[Lo que importa es que] sea un buen profesional" ³⁹¹

'Siempre hay un doctor que es más entendido con el nomas iba' ³⁹²

"[Recomendaría a un PS] por el trabajo eficiente que realiza (como) profesional" ³⁹³ (el ejemplo que el cliente da es el de un odontólogo)

"Siempre vamos a ver al médico que ha acertado con el diagnóstico () Esperamos el turno [de ese doctor] para que nos siga tratando" ³⁹⁴

"El doctor que he visto siempre ha acertado con el diagnóstico" ³⁹⁵

"Se puede recomendar al médico que es muy bueno [es decir, el que] acierta con las enfermedades" ³⁹⁶

"Siempre vamos a ese doctor que nos ha acertado la enfermedad" ³⁹⁷

"Yo tengo fe en el doctor [X] porque es un buen doctor, a mi papa le hizo sanar" ³⁹⁸

³⁸⁹ Testimonio de la Sierra

³⁹⁰ Testimonio de la Costa

³⁹¹ Testimonio de la Sierra

³⁹² Costa 02 C 12

³⁹³ Sierra 06-S 524

³⁹⁴ Testimonio de la Sierra

³⁹⁵ Testimonio de la Selva

³⁹⁶ Sierra 04-S 1884

³⁹⁷ Sierra 03 S 1794

³⁹⁸ Sierra 04-S 392

"Ya conoce a su medico () Cuando estan ellos si paso, porque cuando yo los traigo a ellos, la medicina que les receta les hace bien " ³⁹⁹

"[El cliente se dice satisfecho] "porque el medicamento [prescrito] me ha hecho bien. " ⁴⁰⁰

"El doctor ["X "] detecto de que estaba mal el si me dio gotas [para la alergia]" ⁴⁰¹

Basicamente estos clientes se sienten satisfechos cuando el doctor que los atiende es un buen profesional, eficiente, que acierta en los diagnosticos y en el tratamiento que les ofrece. La gente siente respeto y reconocimiento hacia el PS que soluciona su problema de salud. Asi, por ejemplo, una participante responde a la pregunta del/a moderador/a, "Alguna vez el PS los han felicitado por venir al ES o por hacerse un seguimiento ?" de la manera siguiente: "Mas bien yo he felicitado al doctor, porque me ha salvado [la vida] "

Por otro lado, algunos clientes manifiestan su satisfaccion con cierto tipo de PS que ofrece una mejor atencion medica, que tiene mas competencia tecnica o profesional:

los medicos atienden mejor atienden bien ⁴⁰²

los medicos saben vacunar bien ⁴⁰³

los que son de aqui [los medicos] si te vacunan bien [versus los practicantes que no vacunan bien a los niños] ⁴⁰⁴

La/os clientes en estos casos parecen estar particularmente satisfechos con los medicos (de experiencia) en comparacion con otro tipo de PS. En el extremo se encuentra quien afirma que 'el medico acierta en todo'. Lo que sucede, afirma este cliente, es que en algunos casos el organismo no responde (y el paciente no se sana), esto no tendria nada que ver con la competencia incuestionable del medico.

Elementos tangibles

En varias R-SR/S la/os clientes expresan su satisfaccion con el servicio en relacion a elementos tangibles tales como el acceso a las medicinas y el contexto o atmosfera del ES.

³⁹⁹ Costa, 02 C 40

⁴⁰⁰ Testimonio de la Selva

⁴⁰¹ Sierra 03 S 200

⁴⁰² Estamos aqui paratraseando a los participantes por eso no utilizamos comillas ya que no se trata de citas textuales. Testimonio de la Sierra

⁴⁰³ Testimonio de la Costa

⁴⁰⁴ Testimonio de la Selva

Medicinas

La/os clientes se sienten satisfechos cuando el PS les ofrece medicamentos de manera gratuita luego de la consulta

"Cuando mi hijita esta enferma nos dan jarabe pastillas " ⁴⁰⁵

'Me han dado mi remedio [he recibido] buena atencion ' ⁴⁰⁶

"La señorita bien consciente es cuando tenemos cualquier cosa. nos esta dando pastillas tambien " ⁴⁰⁷

"[El PS nos proporciona capsulas y asi mi esposo] esta tranquilo sin gastar mucho " ⁴⁰⁸

" siempre me han apoyado los doctores y han sido buenos conmigo "me han dado un poco de medicina tambien " ⁴⁰⁹

" me han puesto mi ampolleta, mi remedio me han dado buena atencion me han dado " ⁴¹⁰

El hecho de tener acceso a medicamentos mas baratos en las farmacias de los hospitales es mencionado como un elemento que no deberia cambiar (es decir, con el cual la/os clientes estan satisfechos) *"que siga tal cual la farmacia del hospital porque ahi venden mas baratas las medicinas "*

Contexto físico/atmosfera

En cuanto al contexto fisico y a la atmosfera en los ES, sobresalen dos elementos en el discurso de la/os clientes 1) lo agradable del entorno es decir, la/el cliente que no cambiaria los establecimientos de salud porque "están bonitos", y 2) el hecho de que (idealmente dos y no mas) PS que se complementan esten presentes durante la consulta es razonable *"esta bien que esten presentes durante la consulta el doctor y la enfermera "* ⁴¹¹ Esto no viola la intimidad del/a cliente

Información

La informacion recibida durante la consulta aparece inmediatamente despues de los elementos tangibles en la Tabla 2, Satisfaccion del/a cliente La/os clientes se sienten satisfecha/os de

⁴⁰⁵ Sierra, 06-S 40

⁴⁰⁶ Selva, 02-SE 170

⁴⁰⁷ Sierra 07 S 8

⁴⁰⁸ Selva, 03 SE 1174

⁴⁰⁹ Sierra 04 S 8

⁴¹⁰ Selva 03 SE 170

⁴¹¹ Testimonio de la Sierra

recibir explicaciones o información detallada sobre el diagnóstico, los exámenes/tratamientos o métodos de PF que los PS les ofrecen. Las personas se dicen satisfechas porque, por ejemplo

" me han explicado bien en que consiste el Papanicolaou " ⁴¹²

"Te explica lo que tienes " ⁴¹³

' tienen paciencia de decirte y explicarte bonito " ⁴¹⁴

" nos dan explicaciones [durante visitas domiciliarias] " ⁴¹⁵

Siempre te explican señorita ' ⁴¹⁶

' me orientaron [con información sobre la ligadura de trompas] " ⁴¹⁷

" nos dicen como atender a nuestros hijos nos dicen que darles que a que hora " ⁴¹⁸

" me han dado recetas para preparar alimentos para mi bebe" (madre primeriza) " ⁴¹⁹

Referencia/seguimiento

Solo en una SR/S se menciona el hecho de que el PS refiera al/a cliente *"a especialistas que ellos conocen"* como elemento que colabora a la satisfacción del/a cliente ⁴²⁰. Este es un ejemplo claro de que las categorías que hemos mencionado no son excluyentes y que a veces se entrecruzan o yuxtaponen. En este caso en particular, la satisfacción del/a cliente al ser referida a alguien que su "PS casera/o" conoce, le da la seguridad de sentirse en buenas manos. Por otro lado, si no hubiera establecido una buena relación (de confianza y tal vez hasta de empatía) con el/la PS que la está refinando, no tendría a su vez tanta confianza en el referimiento y seguridad de que la van a seguir tratando bien.

⁴¹² Sierra 06 S 954

⁴¹³ Sierra 08-S 914

⁴¹⁴ Selva 02 SE 10

⁴¹⁵ Sierra, 06-S, 8

⁴¹⁶ Sierra 04 S 994

⁴¹⁷ Sierra, 03-S 1002

⁴¹⁸ Sierra 03 S 676

⁴¹⁹ Sierra 03 S 668

⁴²⁰ Testimonio de la Sierra

Dos polos de un mismo continuum

Hemos unido las Tablas 1 (sobre la Insatisfacción del/a cliente), y la Tabla 2 (sobre la Satisfacción del/a cliente) para construir la Tabla-síntesis 3. Una primera mirada a dicha Tabla-síntesis nos revela claramente que en la Sierra las expresiones de insatisfacción de la/os clientes son más numerosas que las expresiones de satisfacción. En contraste, tanto en la Selva como en la Costa, los participantes mencionaron más elementos de satisfacción que de insatisfacción con los servicios. No pretendemos dar explicación a este fenómeno en el presente análisis. Aunque es importante hacer notar estas diferencias entre las tres regiones naturales, el número desigual de grupos focales realizados en cada una de ellas no nos permite desarrollar hipótesis de trabajo rigurosas a partir de estas divergencias.⁴¹ Lo que sí podemos analizar más en profundidad aquí son las **tendencias generales** que notamos en las tres regiones con respecto a la satisfacción o insatisfacción con los servicios.

⁴¹ Como lo mencionamos en la sección Metodología, se han tomado en cuenta para este análisis once grupos focales realizados en la Sierra, tres en la Selva y dos en la Costa.

REGIÓN	SIFRRA											SIIVA			COSTA	
	01 S	02 S	03 S	04 S	05 S	06 S	07 S	08 S	09 S	10 S	11 S	01 SE	02 SE	03 SE	01 C	02-C
EJES DEL DISCURSO																
1 Mala relación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 Desconfianza	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
3 Falta de diligencia	X		X	X	X	X		X		X			X			
4 Falta de comunicación		X	X	X	X	X				X			X			X
5 Elementos tangibles (escasez)			X	X	X	X		X		X	X				X	X
6 Inseguridad		X		X		X	X					X	X	X		
7 Problemas de información						X										
8 Referencia/seguimiento													X			
SAISFACCION DELA CLIENTE																
REGIÓN	SIFRRA											SEIVA			COSTA	
	01 S	02 S	03 S	04 S	05 S	06 S	07 S	08 S	09 S	10 S	11 S	01 SE	02 SE	03 SE	01-C	02-C
EJES DEL DISCURSO																
1 Relación	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2 Confianza/empatía																
3 Seguridad Diligencia/disposición Disponibilidad del PS El PS que inspira seguridad					X	X	X			X			X	X	X	X
4 Competencia/destreza técnica			X	X		X		X				X	X	X		X
5 Elementos tangibles Medicina Contexto/atmósfera			X	X		X	X						X	X		
6 Información			X			X	X	X					X			
7 Referencia/seguimiento					X											

Tabla-síntesis 3
Las categorías de insatisfacción y de satisfacción del/a cliente

Así, sin entrar en detalle sobre las diferencias o especificidades en cada región, podemos ver claramente en la tabla-síntesis 3 que los ejes del discurso de la/os clientes que aparecen con más frecuencia con respecto tanto a su satisfacción como a su insatisfacción con los servicios, son de orden relacional, psicosocial y afectivo. Igualmente en ambos casos (cliente satisfecho o cliente insatisfecho), la competencia o destreza técnica (o ausencia de esta) por parte del PS aparece en cuarto lugar, mientras que – también en ambos casos – los elementos tangibles aparecen solo en quinto lugar.

Retomaremos estas observaciones en la discusión de los resultados. Basta por el momento enfatizar la consistencia del discurso de la/os clientes durante los grupos focales en este sentido: su satisfacción o insatisfacción giran en torno de los mismos ejes y de manera coherente. Así, por ejemplo, el tipo de relación PS-cliente que se establezca, la confianza y la empatía que se desarrollen (o no) van a dar por resultado ya sea un/a cliente satisfecho o un/a cliente insatisfecho.

Cabe señalar aquí también, que es posible que en la dinámica de los grupos focales un/a misma/o cliente haya manifestado su satisfacción o insatisfacción con el servicio dentro de un mismo eje discursivo. Es decir que, por ejemplo, una misma persona puede haber narrado experiencias de mal trato y experiencias de buen trato, o puede haber manifestado su satisfacción en cuanto a ciertos elementos tangibles y su insatisfacción con respecto a otros. Las categorías pues (incluso las de satisfacción y las de insatisfacción), coexisten, como acabamos de señalar, y pueden coexistir incluso en la experiencia o vivencia de una misma persona.

Por estas razones consideramos que la insatisfacción y la satisfacción del/a cliente giran alrededor de los mismos ejes y son dos polos de un mismo continuum.

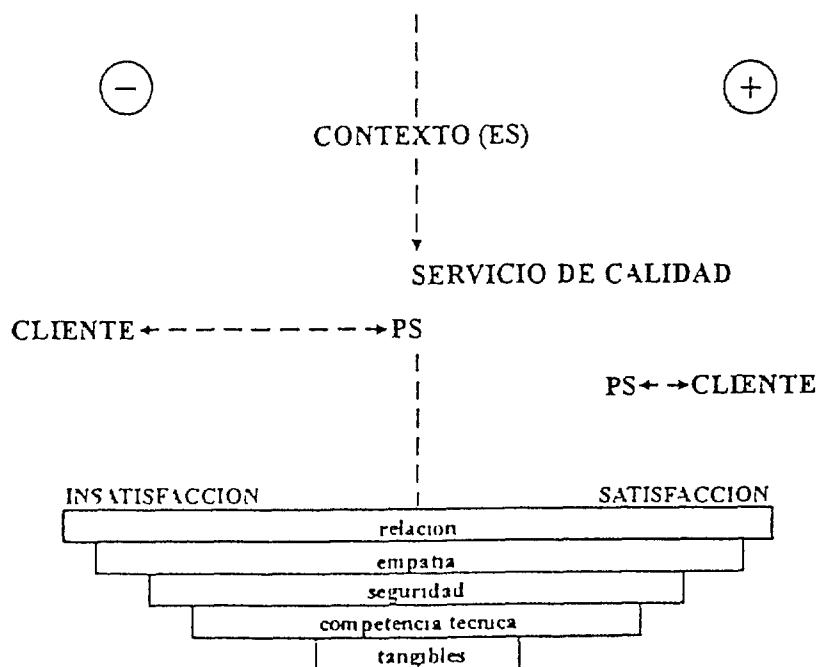


Figura 5
Dos polos de un mismo continuum

Haciendo una abstracción desde el punto de vista comunicacional, este continuum estaría representado por la interacción entre por lo menos dos sujetos PS y cliente, dentro de un contexto determinado (ES), con un objetivo concreto ofrecer/obtener un servicio de calidad, y un resultado preciso (en este caso satisfacción/insatisfacción del/a cliente)

Como vemos en la Figura 5, en la medida que la distancia entre la/el cliente y el/la PS se reduce, la satisfacción del/a cliente se cristaliza. Por otro lado, se van acumulando "capas" o categorías interrelacionadas entre sí (relación, empatía, seguridad, elementos tangibles) cuya presencia o ausencia dará lugar o contribuirá a la satisfacción o insatisfacción del/a cliente

Discusión de los principales hallazgos

SOBRE LA INTERACCION PS-CLIENTES

Tipología de interacciones PS-cliente

Nos concentraremos en esta sección en las características de los distintos tipos de interacción hallados en el discurso de los participantes en los grupos focales, con la finalidad de explicar sus implicaciones en el quehacer diario de la relación PS-cliente en el contexto de los ES del MINSA.

La interacción vertical o en ángulo recto El invitado de piedra

Hemos llamado al primer tipo de interacción analizado, la interacción en ángulo recto o vertical. Lo encontramos frecuentemente en el discurso de los participantes de la Sierra y poco frecuentemente en la Costa y Selva.

La principal característica de este tipo de interacción, en términos comunicacionales,⁴²² es que la posibilidad de intercambio de roles Emisor/Receptor es muy baja o nula.

Este tipo de interacción se da en un contexto en el que pueden predominar los siguientes elementos:

- Temor / intimidación
- Timidez por parte del/a cliente
- Impotencia por parte del/a cliente

⁴²² Usamos aquí la terminología Emisor / Receptor que corresponde al "antiguo paradigma de las comunicaciones" para simplificar la explicación de las diferencias fundamentales entre los tres tipos de interacción que hemos identificado en nuestro análisis de los resultados. Más adelante utilizaremos la terminología que nace de teorías contemporáneas, más complejas y sofisticadas de la comunicación y que van más allá del modelo Emisor-Receptor.

- Sentimiento de inferioridad por parte del/a cliente
- Dificultades de comprensión a causa de la lengua (en estos casos el/la técnico pueden, en ocasiones, actuar de intérpretes)

La/el cliente es, en este caso, pasivo, tiende a no comunicar, es decir, a no preguntar e incluso, en algunos casos, a no responder. En este tipo de interacción encontramos una o varias de las siguientes situaciones:

- La imposibilidad de establecer la interacción por parte del/a cliente
- La ruptura de la interacción / del proceso de comunicación por el PS
- Cuando existen barreras a o fallas en la comunicación, solo el PS está en posición de re-iniciarla

La/el cliente se convierte pues, en estos casos, en una invitada de piedra ya que las condiciones necesarias no están dadas para que se exprese o haya un mínimo de participación de su parte. No hay cabida en estos casos ni siquiera para lo que llamaría Juan Díaz Bordenave, "participación instrumental"⁴²³. Por el contrario, hay una ruptura en la comunicación y si el PS no hace esfuerzos para re-iniciarla, esta se corta por completo. Es, como describimos más arriba en los resultados, una comunicación abortada, en la que el/la PS ni facilita ni dirige la interacción, sino más bien contribuye – consciente o inconscientemente – a que esta se interrumpa.

La interacción directiva o de la vertical a la oblicua. La Cultura del silencio

De manera general, el tipo de interacción de la vertical a la oblicua o directiva es la más frecuente en el discurso de los participantes⁴²⁴.

En términos comunicacionales, la principal característica de este tipo de interacción directiva es que, en contraste con la anterior, hay más posibilidades de intercambio de roles Emisor/Receptor entre los dos polos de la comunicación (PS y cliente). Sin embargo, esta posibilidad de intercambio de roles Emisor/Receptor se encuentra supeditada solo a uno de los polos de la comunicación: el PS, dentro de un contexto que puede caracterizarse por uno o varios de los siguientes elementos:

- Falta de claridad en la comunicación
- Inseguridad por parte del/a cliente

⁴²³ La participación instrumental se refiere a un tipo de participación en el que predominan la manipulación y la búsqueda de resultados utilitarios para un grupo de personas sobre otro. Ver Juan Díaz Bordenave *¿Qué es participación?* San Pablo: Editora brasileña, 1983, p. 11-17.

⁴²⁴ La excepción sería la selva en donde ninguna de las tres interacciones identificadas aparece con frecuencia. Pero aun en este caso, la interacción directiva es la que se es mencionada más a menudo en relación a las otras dos. Lo interesante del caso de la selva es que ha habido grupos focales en los que han sido a relucir varios ejemplos de comunicación horizontal (más que en las otras dos regiones). Los datos recolectados, sin embargo, no nos permiten afirmar que este sea un tipo de interacción efectivamente más presente en la selva que en las otras dos regiones.

- Dependencia de parte del/a cliente

Como corolario a esta característica central, este tipo de interacción refleja una o varias de las siguientes situaciones

- 1 El PS es el que hace preguntas, el que enseña, el que explica e indica
- 2 La/el cliente tiene un papel pasivo en la interacción
 - generalmente no se siente libre y/o capaz de hacer preguntas espontáneamente,
 - prefiere que el PS le pregunte para luego ella/el contestar, y/o
 - siente que el/la PS le está haciendo un favor
- 3 Existe una marcada tendencia a la verticalidad en la comunicación, aun cuando en algunos casos el PS se puede suavizar y deslizarse sutilmente hacia la línea oblicua, es decir, pasar de una actitud autoritaria a una paternalista o, en última instancia humanitaria

Tomamos prestado el término **cultura del silencio**⁴²⁵ acuñado por Paulo Freire quien explica que dicha cultura es el resultado de relaciones desiguales en las que los polos de la interacción han **internalizado una serie de representaciones y conductas** (“maneras de ser, de pensar y de expresarse”) que perpetúan la dependencia de unos (que no poseen suficientes conocimientos) con respecto a otros (que poseen los conocimientos) Dado que la interacción directiva o de la vertical a la oblicua es la más frecuente en el discurso de los participantes, nos expresaremos en su explicación organizando el análisis en (a) las **acciones más comunes del/a PS**, (b) sus **actitudes implícitas o explícitas**, así como (c) las **premisas subyacentes**, y (d) el **estilo de mensajes** que predominan en este tipo de interacción El siguiente análisis de las acciones, actitudes, premisas y mensajes presentes en este tipo de interacción demuestra, efectivamente, la existencia de una dinámica explícita y/o implícita que corresponde a la llamada **cultura del silencio**

(a) **La acción del PS** Las palabras claves en el discurso de los participantes en lo que se refiere a las **ACCIONES** del/a PS durante la interacción directiva son

<p style="text-align: center;">ACCION Prestador de servicios</p>
<p>“EXPLICA”</p>
<p>“ENSEÑA”</p>
<p>“INDICA”</p>

⁴²⁵ Venicio Artur de Lima: Comunicação e cultura as ideias de Paulo Freire Rio de Janeiro Paz e Terra 1981 p 88

Estas tres acciones pueden estar contenidas en la misma interacción. Sin embargo, dentro de una interacción de tipo directiva, a menudo sobresale claramente una de ellas.

Aunque los términos utilizados (explicar, enseñar, indicar) nos pueden hacer pensar en objetivos educativos, estas acciones caen dentro de la noción bancaria de la "educación" en la que el receptor (cliente-educando) es visto por el emisor (PS-educador) como un "recipiente" en el cual puede depositar conocimientos que el receptor no tiene.⁴²⁶ El objetivo del PS en este caso no es educar sino más bien "mostrar" o "demostrar". En efecto, en el ámbito médico tradicional uno se refiere generalmente al/a cliente usando el vocablo paciente. Este paciente es quien representa el polo **pasivo** de la interacción, quien escucha, responde (cuando se le hace preguntas) y sigue instrucciones, indicaciones, prescripciones, órdenes.

El PS sigue teniendo en estos casos, por así decirlo, la primera y (a menudo) la última palabra. El decide si va o no a ofrecer más información o hasta qué punto va a alentar a la/el cliente a hacer preguntas. Cuando alienta al/a cliente a preguntar, por lo general lo hace para constatar que la información que ha transmitido ha sido entendida de manera fidedigna y que la/el cliente podrá seguir sus instrucciones fuera del consultorio.⁴²⁷ Esto corresponde a lo que Antonio Pasquali llama "comunicación epictáctica" aquella comunicación cuyo objetivo último es informar o causar una reacción en un receptor potencial. Epitaxis significa prescripción. La preposición *epi* expresa el sobre, contra, el por encima, mientras que el verbo *tasso* "cubre sin connotaciones valorativas específicas toda la gama del ordenar, prescribir, establecer, determinar, imponer, encargar, asignar y de otros verbos análogos."⁴²⁸

Es importante enfatizar aquí que la descripción que ofrecemos esta **exenta de connotaciones valorativas específicas**. En este sentido, no estamos juzgando de manera general la interacción directiva como "buena" o "mala", "adecuada" o "inadecuada", etc. Es la conjunción de una serie de elementos y, como dice Díaz Bordenave, el equilibrio entre lo afectivo y lo instrumental de todo proceso comunicativo que determinará cuando, como y por qué una interacción directiva es la más adecuada o no.⁴²⁹ De igual manera, Luis Ramiro Beltrán explica claramente en su artículo "A Farewell to Aristotle 'Horizontal' communication" que en algunos casos la comunicación vertical, directiva o epictáctica (como la llama Pasquali) puede ser la única posible o simplemente la **más apropiada**.⁴³⁰

⁴²⁶ Paulo Freire acuñó el término "educación bancaria" por primera vez en su obra Pedagogía del Oprimido, s/e s/f.

⁴²⁷ Se trata del tipo de interacción más comúnmente observada en los consultorios médicos en general. No se trata aquí de descalificarla ya que cumple una función importante en la relación terapéutica del paciente sino más bien hacer resaltar sus características potenciales y limitaciones en la interacción PS-cliente.

⁴²⁸ Antonio Pasquali, Comprender la comunicación, 2da Edición, Caracas: Monte Avila Editores, 1980, p. 106.

⁴²⁹ Ver Díaz Bordenave, *Ibid*.

⁴³⁰ Ver Luis Ramiro Beltrán, "A Farewell to Aristotle: Horizontal communication", Communication 5 (1980).

En la misma línea de pensamiento, autores como Gloria Careaga Pérez et al nos recuerda en su recuento del modelo de Szasz-Hollander que las relaciones medico-paciente son diversas y que ellas se adecuan a menudo — de manera legítima y aceptable — a contextos de atención médica diferentes. Este modelo propone una tipología triple de relaciones medico-paciente que corresponde a i) actividad-pasividad (vgr cuando la paciente está en coma), ii) asesoramiento-cooperación (por ejemplo, cuando se trata de procesos infecciosos agudos) y iii) participación mutua (en casos que implican tratamiento y contacto con la/el paciente a largo plazo) ⁴³¹ La interacción directiva corresponde, en el mejor de los casos, al tipo de relación asesoramiento-cooperación entre PS y cliente.

(b) La **ACTITUD DEL PS** implícita o explícita en el tipo de interacción directiva, tal como la describen los participantes puede ser

ACTITUD Prestador de servicios
HUMANITARIA
PATERNALISTA
AUTORITARIA

El límite entre estas tres actitudes no es siempre tajante y claro. El PS que establece una interacción directiva con una actitud **humanitaria** puede provocar en la/el cliente la sensación de que como (el/la PS) es una *"buena persona"*, *"todito le explica"* o *"nos hacen entender"*. Hay un área de superposición entre la actitud **humanitaria** y la **paternalista**, pero en esta última lo que predomina es el trato implícito o explícito del/a cliente como si fuera un niño que no tiene suficiente juicio ni conocimiento y/o al que hay que darle instrucciones exactas, repetirle las cosas varias veces y verificar varias veces si entendió o no. La actitud **autoritaria** también se entrecruza con las otras dos, lo que tiene de distintivo es, por ejemplo, que si la persona no ha comprendido algo, se le repite *"en voz más alta"* para que entienda o simplemente, se da por sentado que lo que se dijo fue entendido y no necesita más explicación. En la interacción directiva, la/el PS da órdenes (y no sugerencias), implícita o explícitamente, y de manera más o menos **autoritaria**, **paternalista** y/o **humanitaria**. Las órdenes deben, por definición, ser ejecutadas al pie de la letra, sin necesidad de que quien las da ofrezca mayores explicaciones.

⁴³¹ Ver Gloria Careaga et al. *Ética y salud reproductiva México*. Grupo editorial Miguel Ángel Porrúa 1996 pp. 229-233. El límite de este informe no nos permite ir más allá en este análisis que podremos profundizar en publicaciones futuras. Basta por el momento hacer estas referencias y acotar que las estrategias de capacitación que serán el fruto de este estudio estarán inspiradas en estas fuentes.

En la interaccion directiva, de la vertical a la oblicua, la/el cliente tiende a seguir instrucciones, a responder a preguntas, pero no así a cuestionar lo que el PS le dice, por el contrario, tiende a aceptar incondicionalmente lo que este ultimo dice. La premisa que acompaña la interaccion directiva, y que explicamos a continuacion, tiende a confirmar la presencia de una cultura del silencio subyacente a este tipo de interaccion.

(c) La PREMISA explicita o implicita en el discurso de los participantes en sus ejemplos de lo que llamamos "interaccion directiva" es que

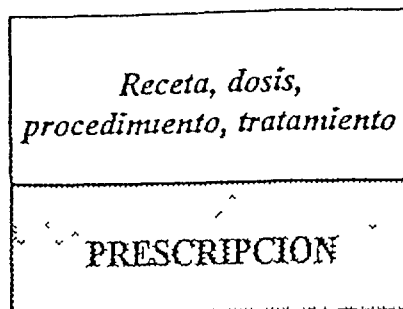
El PS posee el conocimiento. La/el cliente no sabe, no posee los conocimientos, no entiende

Un polo de la comunicacion posee conocimientos que debe supuestamente transmitir al otro polo que no los posee. Es evidente que quien se encuentra en posicion de dar ordenes o de prescribir es el que posee los conocimientos, mientras que (explicita o implicitamente) el que las ejecuta se inclina al polo de los que no saben lo suficiente, son ignorantes o no entienden. Estas son las premisas que encontramos en todas las interacciones de tipo directivo que hemos descrito mas arriba en los resultados. Esta premisa constituye el meollo de la relacion de dependencia y/o de dominacion que Freire llama la cultura del silencio. No entraremos aqui en una explicacion de los origenes, dinamica y consecuencias de esta cultura del silencio. Basta con señalar en el contexto de este informe que dicha cultura esta en funcionamiento dentro de lo que hemos llamado interaccion directiva o vertical-oblicua.

En la mayoria de los ejemplos citados encontramos, en efecto, dos polos que se encuentran en una relacion asimetrica de complementariedad⁴³². Es decir, una relacion que encuentra su sustento y que se perpetua en base a la desigualdad (vgr. en terminos de conocimientos, estatus social, educacion, etc.) de los actores involucrados. Es mas, la/os clientes mismos hablan de manera positiva de este tipo de interaccion: en ocasiones estan contentos, por ejemplo, de que los traten paternalmente -- a veces como si fueran niños -- y que el/la PS les diga que es lo que deben hacer, sin tener que indagar el por que, o el como prevenir situaciones similares en el futuro. Esto es una indicacion de hasta que punto el tipo de interaccion directiva es producto de dos polos que se complementan, y que ha sido internalizada (tanto por el/la PS como por la/el cliente) gradualmente a traves del tiempo convirtiendose en la mas habitual, normal y aceptable. Para algunos es tal vez la unica interaccion concebible o posible entre PS y cliente.

(d) El TIPO DE MENSAJES O INFORMACION proporcionada al/a cliente por el/la PS dentro de la interaccion directiva es

⁴³² Estamos usando aqui el marco teorico de Watzlawick et al. para explicar la dinamica interna de la interaccion que hemos llamado directiva. Este es un descriptor de los resultados de los grupos focales. Ver Paul Watzlawick et al. Pragmatics of Human Communication: A Study of Interrelational Patterns, Pathologies, and Paradoxes. New York: W.W. Norton and Company Inc. 1967.



En efecto, dentro de este contexto el/la PS se limita a prescribir dar **recetas**, indicar **dosis**, enseñar **procedimientos**, o explicar **tratamientos**. Como acabamos de ver, esto corresponde a lo que Pasquali llama comunicacion "epitactica" o unidireccional, cuyos objetivos esenciales cubren "la gama del ordenar, prescribir, establecer, determinar, imponer, encargar, asignar y de otros verbos analogos" ⁴³³ En estos casos, la "participacion instrumental", usando la terminologia de Diaz Bordenave, esta por encima de la "participacion afectiva". La practica del PS esta probablemente mas guiada por criterios de eficacia y eficiencia (vgr las cuotas de pacientes que deben ver al dia) que por factores de orden afectivo cuya expresion maxima seria el sentir "placer" al interactuar con otro ser humano ⁴³⁴

En contraste al contenido habitual de las consultas que estan orientados al tratamiento y centrados en la enfermedad (para lo cual la prescripcion es esencial), hemos visto que la importancia de la prevencion surge espontaneamente en la discusion de algunos grupos focales de la Sierra para la/os clientes "*De cuidarse de las enfermedades y evitar () en concreto de como cuidarse la persona*" por ejemplo. La prevencion pues, esta en la consciencia colectiva de la/os clientes. Sin embargo la interaccion directiva deja muy poco espacio -- a veces ninguno -- para la educacion y la prevencion.

La interaccion directiva, que hemos llamado de la vertical a la oblicua, corresponde a la funcion preponderante dentro del actual sistema medico-asistencial y a las prioridades que han guiado su evolucion hasta el momento. Muchos PS se identificaran con este tipo de interaccion -- desde su modalidad mas autoritaria hasta su modalidad mas humanitaria. A menudo se trata de un escalon indispensable hacia otros modos de interaccion PS-cliente.

Diaz Bordenave enfatiza que las dos bases de la participacion -- la base instrumental y la base afectiva -- debieran encontrar un equilibrio en la relacion y evitar entrar en conflicto la una con la otra ⁴³⁵. Hay que preocuparse de lograr resultados practicos y utiles al mismo tiempo que satisfacer el logro de un rapport socio-emocional satisfactorio y enriquecedor entre los actores de la comunicacion. Si nos referimos a la Figura 6 sobre calidad de atencion, nos damos cuenta de que en una interaccion directiva lo que prima son las habilidades tecnicas del PS sobre el aspecto del rapport socio-emocional. Existe, en algunos casos, una inclinacion a llegar al nivel de rapport socio-emocional pero aun de manera inconsistente y no sistematica. Podemos avanzar la hipotesis de que el equilibrio

⁴³³ Pasquali Ibid

⁴³⁴ DIAZ BORDENAVE Op Cit P 1

⁴³⁵ Ibid

creciente entre la participacion instrumental, que corresponde a las habilidades tecnicas del PS, y de la participacion afectiva, que corresponde al rapport socio-emocional, incrementara las posibilidades de entrar en dialogo abierto entre PS y la/el cliente, lo cual permitira el empoderamiento del/a cliente y redundara en su satisfaccion con el servicio

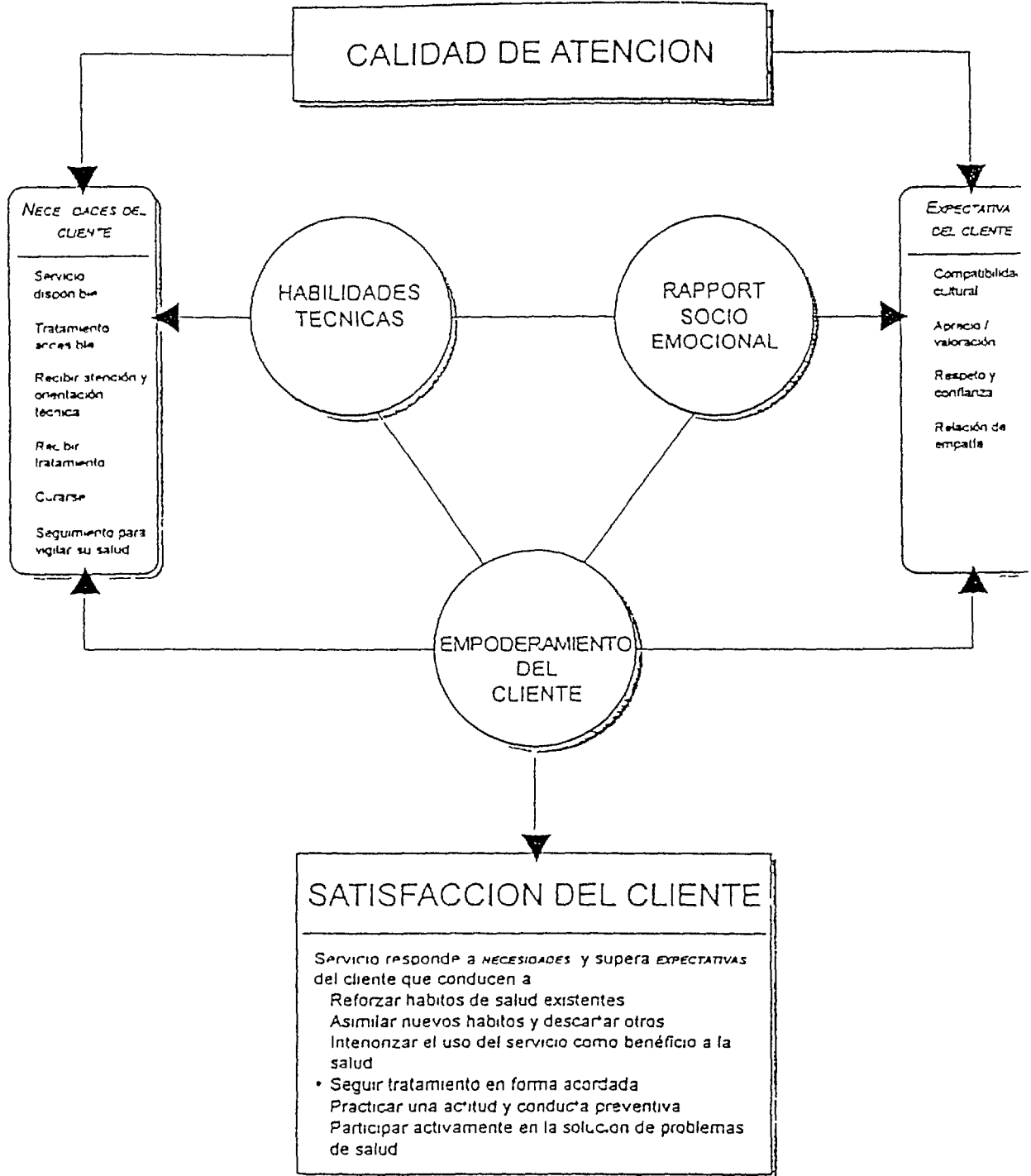
Preferimos ver la interaccion directiva como un estadio o posibilidad de relacion PS-cliente que existe, pero que no es suficiente para ofrecer una optima calidad de atencion en los casos rutinarios de cuidado materno-infantil y salud reproductiva ⁴³⁶ En este sentido el PS cumple un papel esencial ya que esta en sus manos el pasar de asumir un rol directivo a tomar un papel **facilitator** en su interaccion con la/el cliente para asegurarse de la **calidad total** del servicio

Al mismo tiempo, el **seguimiento** del/a cliente por el/la PS, a veces ausente (por diversos motivos) en los contextos de atencion que hemos analizado, se convierte pues en una pieza clave y esencial, ya que la relacion PS-cliente dentro de los cuidados materno-infantil y de salud reproductiva que proponemos se inserta dentro de un proceso que, por definicion, es largo y lento. Dentro de este proceso de cuidado de la salud de los individuos y de la comunidad se deben ir cambiando mentalidades que a menudo han estado condicionadas durante toda una vida a un tipo de comportamiento y a una determinada manera de ser y de actuar pasiva y no pro-activa, reactiva y no preventiva de parte de la/os clientes. Se trata de una tarea que no se logra de un dia a otro y que requiere mucha **mistica** y compromiso de parte de los PS ⁴³⁷

⁴³⁶ Estamos excluyendo aqui aquellos casos en los que la interaccion directiva podria ser la unica opcion o la mas acertada. Los ejemplos son multiples. Podemos citar el ejemplo de procesos infecciosos graves en los que segun el modelo Szasz y Hollander la interaccion medico-paciente corresponde a la funcion asesoramiento-cooperacion y al tipo de relacion padre-hijo - lo cual corresponde a lo que nosotros hemos llamado interaccion directiva.

⁴³⁷ Observaciones finales del estudio de Mario Kaplin y Jeremiah O'Sullivan: Communication Methods to Promote Grassroots Participation for an Endogenous Development Process. A Summary of Research Findings from Latin America and an Annotated Bibliography. draft, January 1979 p. 41

Figura 6



La interacción participativa o de la oblicua a la horizontal La contra-cultura del diálogo

Consideramos, siguiendo los fundamentos teóricos de autores como Raymond Williams, que la cultura es un proceso dinámico y en continua evolución ⁴³⁸ También pensamos que todo proceso dinámico existe en permanente relación y oposición con respecto a aquello que lo contradice. Es por eso que decidimos hablar aquí de la **contra-cultura del diálogo** en oposición a la **cultura del silencio**. Esta contra-cultura del diálogo equivale a o la interacción de la oblicua a la horizontal que ejemplificamos en la sección de los resultados, ya que ambas nociones nos refieren a la existencia de interlocutores dentro de una interacción abierta que posibilita el intercambio (idealmente) irrestricto de mensajes.

En términos generales, la contra-cultura representa las expresiones de **resistencia** dentro de una cultura que es la predominante. En este caso, hemos visto que la cultura del silencio es la que **predomina** en el discurso de los participantes. Por el contrario, la contra-cultura del diálogo -- equivalente a la interacción horizontal -- aparece raramente en la Sierra y no muy frecuentemente ni en la Costa ni en la Selva.

La principal característica de la interacción horizontal o dialógica, como también podríamos llamarla, es que existe la **posibilidad de un intercambio (constante) de roles** de Emisor y Receptor, que los convierte en interlocutores, dentro de un ambiente de

- Comprensión mutua (lingüística / cultural / psicosocial)
- Apertura (aprendizaje de los dos lados)
- Confianza (empatía)

La/el cliente se siente libre de tomar la iniciativa y hacer preguntas para aclarar sus dudas, mientras que el PS cumple un papel de facilitador en su comunicación con la/el cliente. Podríamos usar indistintamente los términos interacción o comunicación horizontal, participación, o comunicación participativa para referirnos a este tipo de relación, en la cual el PS se convierte en un agente **facilitador del diálogo** con la/el cliente.

Se trata de la relación más dinámica en la que ambos polos interactúan y dan lugar a un proceso de comunicación auténtico en el que, en términos Habermianos, existe la posibilidad de llegar a un **verdadero consenso** entre los interlocutores ⁴³⁹ En este caso, existe una tendencia a que se cumplan las simetrías que Habermas propone para una **situación de habla ideal**, y a que los dos polos de la comunicación tengan oportunidades continuas de intercambiar los roles de Emisor y de

⁴³⁸ Ver Raymond Williams, *Marxism and Literature* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1978.

⁴³⁹ No entraremos aquí en la discusión de la teoría de Habermas. Los límites del presente estudio no nos permiten utilizar elementos de las teorías de este filósofo de las comunicaciones. Nos contentaremos por el momento con enfatizar que las bases epistemológicas de sus proposiciones inspiran el análisis que hemos realizado. Véase por ejemplo: Jürgen Habermas, "Some Reflections on Theory and Practice: A Working Paper," in *Theory and Society* 3:2 (Summer 1976):105-107 and "Towards a Theory of Communicative Competence," *Inquiry* 13: 360-375.

Receptor dentro de un contexto en el que priman la verdad, la justicia y la libertad. Se trata entonces de interlocutores en una relación marcada por la igualdad y en la que existe una "distribución equitativa de oportunidades de comunicar" ⁴⁴⁰

La participación, sin embargo, no es un proceso estático y homogéneo. Los ejemplos presentados en los resultados de este informe representan distintos tipos, niveles y grados de participación. Los límites del presente estudio no nos permiten entrar en un examen detallado de cada ejemplo para demostrar estos diversos tipos, niveles y grados. ⁴⁴¹ Hemos tratado de presentar dichos ejemplos en la sección sobre la interacción de la oblicua y la horizontal, haciendo resaltar en cada caso los elementos que pueden inducir al lector a reflexionar sobre este tema complejo y vital que va más allá del encuadre del presente informe. ⁴⁴²

Por el momento, podemos observar que en el caso de la comunicación horizontal o la contra-cultura del diálogo existe un equilibrio entre la participación instrumental (habilidades técnicas del/a PS) y la participación afectiva (rapport socio-emocional) de los actores involucrados. ⁴⁴³ Es este equilibrio entre lo instrumental y lo afectivo el que permite el desarrollo de la autonomía crítica del/a cliente y, de manera concomitante, la toma de decisiones coherentes con respecto a su salud. Este es el proceso que llamamos "empoderamiento del/a cliente" (ver Figura 6, Calidad de Atención) dentro del cual el papel de *facilitador* que juega en un inicio el PS se va "amenguando" en la medida que la/el cliente se empodera y desarrolla la capacidad de formular sus propias preguntas, de cuestionar, en pocas palabras, de dialogar con el/a PS – como lo han expresado los participantes en los grupos focales – "*naturalmente, como seres humanos que somos*", de manera "*directa*."

Los ejemplos citados en la sección de resultados demuestran que la situación óptima existe y que "el ideal" o "la utopía" se encuentran no tan lejos de lo que imaginamos. Esta constatación es sumamente importante, ya que sabemos que en la práctica no partimos de cero, sino de un ejercicio concreto que muestran que lo óptimo es posible, y realizable. La contra-cultura del diálogo puede en algún momento, convertirse en un avance sin precedentes hacia una alternativa válida y deseada. No hay que inventarla sino tal vez re-crearla y potencializarla.

⁴⁴⁰ Basado en discusiones sobre Habermas con el profesor David Crowley McGill University 1983

⁴⁴¹ Juan Díaz Bordenave explica e ilustra claramente diversos tipos, niveles y grados de participación en su obra *O que é a participação*, Op cit pp 27-36

⁴⁴² Este análisis más detallado es un trabajo pendiente que retomaremos en el futuro con la finalidad de afinar las estrategias de comunicación comunitaria y de desarrollo de habilidades comunicativas dentro de los programas que apoyamos.

⁴⁴³ Véase la penúltima aquí que el empoderamiento entre el PS y el/a cliente se construye no solo a nivel morfológico y semántico del lenguaje sino sobre todo a partir del nivel pragmático de relacionamiento.

Sobre el empoderamiento en la relación PS-cliente

Cubriremos en esta sección los aspectos más sobresalientes del análisis descriptivo que presentamos en la sección de los resultados. Retomaremos algunos ejemplos significativos para reflexionar sobre el empoderamiento del/a cliente y, de manera concomitante, del/a PS.

Un abanico abierto

Si tuviéramos que colocar los distintos tipos de interacción que emergen del discurso de los participantes dentro de una gradiente de oportunidades de mayor o menor empoderamiento del/a cliente, la interacción en ángulo recto se encontraría en el polo en el que estas oportunidades son, sino muy escasas, nulas.⁴⁴⁴ La interacción de la vertical a la oblicua, representa un incremento de posibilidades de empoderamiento del/a cliente en la medida que esta última empieza a participar -- aunque sea de manera pasiva⁴⁴⁵ -- en la interacción y siente, en última instancia, que existe un cierto grado de interés de parte del/a PS por su caso particular (rapport socio-emocional). En la interacción de la oblicua a la horizontal, las oportunidades de empoderamiento del/a cliente se van incrementando hasta lograr un nivel óptimo en el que esta última es capaz de tomar sus propias decisiones y participar abiertamente en la consulta y en las decisiones que atañen a su salud. Es este tipo de interacción que se puede ilustrar como un "abanico abierto".

Las condiciones sine qua non para empoderarse

Consideramos que hay una serie de condiciones que hacen posible el empoderamiento del/a cliente y en ausencia de las cuales nos encontraríamos con escasas posibilidades de mejorar la calidad de la interacción PS-cliente, el incremento y el mantenimiento de la/os clientes satisfechos dentro del sistema de salud pública. A continuación discutimos las condiciones que facilitan u obstaculizan dicho empoderamiento y por ende, la mejora de la calidad de los servicios desde el punto de vista de la/os clientes.

Entre derechos y responsabilidades

La consciencia y actualización de los derechos y responsabilidades del/a cliente con respecto al acceso a los servicios, a su salud, y a participar en la consulta reflejan la presencia o ausencia de distintos grados de empoderamiento.

Como hemos visto, existe en general por parte de la/os clientes, la consciencia de su derecho a tener acceso a los servicios de salud sobretodo por haber pagado por la consulta. Hay algunos casos sin embargo en los que la/os clientes sienten que les están haciendo un favor y otros en los que la gente está consciente de que, aunque tengan el derecho al servicio, no pueden ejercerlo debido a la falta de acceso por cuestiones económicas y/o geográficas. Así pues, el derecho al

⁴⁴⁴ Este tipo de interacción podría aceptarse en casos límites por ejemplo cuando la persona está en coma o requiere una intervención de emergencia y no se encuentra en condiciones de comunicar.

⁴⁴⁵ Autores como Díaz Bordenave explican e ilustran la diferencia entre una participación activa y una participación pasiva. Por ejemplo afirma este autor es diferente hacer parte (por ejemplo de un grupo de personas que comparten una característica común como la de ser minusválidos) que tomar parte (por ejemplo en las actividades de un grupo). Así aunque contradictoria a primera vista esta diferenciación entre participación activa y participación pasiva puede tener sus fundamentos en teorías de la comunicación contemporáneas. En el caso que nos ocupa el/a cliente puede participar pasivamente al escuchar o responder a preguntas en lugar de tomar la iniciativa e involucrarse activamente en la consulta.

servicio se convierte en un derecho nominal o en un pseudo-derecho cuando la/el cliente siente que le están haciendo un favor (y que, por lo tanto, lo pueden atender mal), o cuando no tiene recursos para llegar al ES más cercano, pagar la consulta o seguir el tratamiento indicado por el PS

Por otro lado, durante los grupos focales se discutió también la responsabilidad que sienten los individuos por su propia salud. Notamos que una gran mayoría se siente responsable de su salud, casi de manera fatalista: “*si no me ocupo yo, ¿quién se va a ocupar?*” Cuando se trata de la salud de los niños, el mensaje que prima es que es la mujer la que se debe ocupar. Esta última dice incluso ocuparse de su propia salud en función de sus hijos, es decir, se tiene que cuidar para no dejarlos huérfanos o para poder ocuparse de ellos. A primera vista, podríamos decir que estas mujeres se encuentran hasta cierto punto empoderadas, pero al escrutinar más las razones por las que se sienten responsables de su propia salud o la de sus hijos, nos damos cuenta de que tienen un grado de conciencia muy bajo que colinda con el sentimiento de abandono, de poca auto-estima y de culpabilidad más que con la toma en manos de su propia salud. Hay quien incluso afirma que es mejor hoy en día irse de frente al cementerio porque sus recursos económicos no le permiten cuidar de su salud cuando se enferma. De igual manera, hay quien enfatiza la **responsabilidad del Estado** con respecto a la salud de sus ciudadanos y quien hace una clara demarcación entre lo que es la **responsabilidad del individuo** (por ejemplo, saber cuidarse y acudir al ES a tiempo) y la del Estado (por ejemplo, crear centros de salud y facilitar el acceso a los servicios)

Otro derecho y responsabilidad importantes que fueron abordados durante los grupos focales se refieren a **la comunicación** (vgr. preguntar, aclarar dudas, interpelar, expresarse libremente). Aunque un número limitado de participantes tienen conciencia de su **derecho a la interlocución**, pocos llegan a ejercerlo. Como hemos visto, los participantes han dado ejemplos en los que no pueden o se les impide participar, no se sienten capaces de hacerlo o deciden “responder” adoptando un comportamiento defensivo (vgr. no volviendo a dar a luz en el hospital). También hay quienes se sienten libres de aclarar sus dudas o de dialogar con el PS “*abierto y directamente,*” aunque estos son una minoría.

Hemos podido constatar, a partir del análisis de los grupos focales, que el/la PS envía mensajes continuamente a su cliente, de manera verbal o no verbal, y a menudo logra (consciente o inconscientemente) ya sea que este participe o que “se quede callado”. Sin embargo, esta constatación no debe llevarnos a interpretaciones simplistas o maniqueístas, como si existiera un solo polo en la interacción (que sería el/la PS). Por el contrario, es imperativo recordar que se trata de interacciones entre (por lo menos) dos actores (PS y cliente) que tienden a complementarse en sus acciones, actitudes y expectativas. Hemos visto que el tipo de interacción que **prevalece** es la **directiva**, la cual implica dos polos (PS-cliente) cuyas características, representaciones e internalizaciones se refuerzan mutuamente, dando lugar a un tipo de interacción que puede llegar a impedir la participación activa y, por ende, el empoderamiento del/a cliente.

Así, por ejemplo, a veces la/el cliente se siente “*más tranquila*” cuando el PS le hace preguntas que ella debe responder. Podemos considerar esta actitud como parte normal de todo proceso de desarrollo de autonomía. Como acabamos de decir, la participación activa de la/el cliente en la consulta (y la toma en manos consciente y crítica de su propia salud) es parte de un proceso a largo plazo. El problema aparece cuando PS y la/el cliente se quedan “atrapados” en ese nivel y no logran con el tiempo una comunicación más horizontal. Como lo señala Díaz Bordenave, la

participacion es un derecho inalienable y una necesidad fundamental del ser humano la participacion, explica, es inherente a la naturaleza social del individuo y la frustracion de no ejercerla constituye una mutilacion del ser humano social ⁴⁴⁶ Igualmente, como lo señalan Kaplun y O'Sullivan, la participacion representa una serie de problemas a resolver, pero tambien un objetivo que debemos alcanzar ⁴⁴⁷ Si de lo que se trata es de facilitar el empoderamiento del/a cliente para que descubra sus necesidades y busque soluciones, entonces es sumamente importante incentivar su participacion durante las consultas, cosa que no sucede a menudo

Finalmente, vale la pena añadir con respecto al **derecho y responsabilidad de comunicar** por parte del/a cliente, que hemos visto varios casos en los que cuando la/el cliente se ve imposibilitada de interpelar verbalmente al PS (por ejemplo cuando la resonbran, gritan o maltratan cuando estan dando a luz) puede simplemente, como acabamos de mencionar, responder a estos mensajes simplemente no regresando mas al ES El problema en estos casos no es precisamente el retorno a practicas tradicionales que segun muchos autores y practicos de la medicina moderna, pueden ser incorporadas exitosamente dentro del marco medico-institucional El problema real, desde el punto de vista de la salud publica es que las mujeres que necesiten atencion hospitalaria en el momento de dar a luz, por ejemplo, estaran corriendo el riesgo hasta de perder la vida por no querer volver a un hospital

En cuanto a la capacidad del/a cliente en lo que se refiere a su **derecho a la decision**, a expresar preferencias, solicitar o elegir tratamientos o metodos de PF, observamos que 1) en lo que se refiere a PF parece existir una cultura de intervencion en la que la/el cliente o la pareja pueden en efecto elegir el metodo de su predileccion y ejercer su derecho a tomar decisiones informadas, 2) hay casos en los que la/os clientes eligen incluso el ES o el/la PS con quien se van a tratar y esperan que esta persona este de turno para acercarse al ES, 3) sin embargo, hay quienes no se sienten en capacidad de elegir debido a que sus bajos recursos no les permiten buscar otras opciones Es importante en todo caso señalar que existe una tendencia entre la/os clientes a hacer elecciones y a tomar decisiones acordes Esto es muy significativo ya que, como veremos al hablar de la satisfaccion/insatisfaccion con los servicios, la/os clientes usan en efecto una serie de criterios para juzgar, y cuando las condiciones se lo permiten, elegir un ES o un PS

En terminos generales podemos decir que la consciencia de la/os clientes sobre sus derechos y responsabilidades (vgr acceso al servicio, propia salud y salud de los hijos, comunicacion, y toma de decisiones) y, por lo tanto, su grado de empoderamiento es bastante bajo Pocos son los ejemplos que ilustran un grado mayor de consciencia critica con respecto a estos derechos y deberes Por ejemplo, la persona que diferencia su responsabilidad como individuo de lo que considera son las responsabilidades del Estado con respecto a la salud, esta demostrando tener un grado de consciencia mas sofisticado que aquella/os clientes que dicen tener derecho al servicio simplemente porque pagan Por otro lado, queda aun mucho trabajo por hacer para que las mujeres asuman la salud individual y/o familiar, comunitaria de manera afirmativa y autonoma En cuanto a la toma de decisiones, vemos que la/os clientes tienden a manifestar su capacidad de tomar decisiones autonomas e informadas en la medida que se les de la oportunidad de hacerlo Finalmente, en cuanto al derecho/responsabilidad de comunicar, las condiciones no parecen estar dadas de manera sistemática para que la/os clientes puedan ejercerlos

⁴⁴⁶ D. Perlman Op Cit p 17

⁴⁴⁷ Kaplun y O Sullivan Op Cit p 44

¿Quiénes no somos los machistas?

Hay mujeres que dicen encontrarse en una relación de igualdad dentro de su pareja y de poder incluso decidir cuando acudir a un ES independientemente de lo que diga su esposo. La mayoría, sin embargo, reconoce que siempre le debe "avisar" al mando por distintas razones porque él paga la consulta o las medicinas, o simplemente "porque son pareja".

En general son las mujeres las que acuden a los ES para hacerse ver ellas o para hacer chequear a sus hijos. El hombre parece involucrarse a este nivel solo excepcionalmente. Generalmente la mujer acude sola al ES, el marido le da generalmente su consentimiento, y solo la acompaña cuando va a dar a luz o en caso de gravedad. La división de roles es pues clara y precisa. El hombre se queda trabajando y es solo la mujer la que puede acudir al ES. En raras ocasiones la pareja acude a charlas sobre PF.

Hay expresiones claras de las mujeres que demuestran el contexto "machista" en el que viven. En este sentido, es interesante recuperar aquí la opinión de una participante según la cual no son solo los hombres los que son machistas sino también las mujeres. En efecto, se necesitan dos polos para sostener y perpetuar este tipo de relación. Así, las conductas, valores, creencias y tradiciones internalizadas por las mujeres durante siglos, pueden reforzar el machismo que termina siendo un fenómeno que no necesariamente distingue géneros.

En lo que se refiere al trato del/a cliente con el/la PS, parece haber una preferencia en ambos casos por especialistas del mismo sexo, sobretodo cuando se trata de exámenes de órganos genitales o de temas relacionados a la sexualidad. Es interesante notar que en algunas ocasiones el/la PS cumple un papel de "mediador" o de "conscientizador" cuando está frente a la pareja. Sin embargo, la división de roles que existe fuera del consultorio, se replica en la interacción PS-cliente cuando 1) el PS se dirige al hombre porque "es él el que paga la consulta" (aunque la mujer sea la "paciente"), 2) el PS se dirige a la mujer (aunque el marido esté presente) cuando se trata de la salud del niño. Igualmente, el/la PS contribuye a perpetuar el machismo extremo cuando justifica situaciones de violencia conyugal. Finalmente, de manera totalmente coherente, hay quien deplora que no permitan entrar a los esposos a la sala de parto, cuando esta es una de las raras excepciones en las que el marido acompaña (al parecer alegremente) a su esposa cuando acude a un ES. Además, la presencia del mando durante el parto corresponde a la tradición fuertemente enraizada en algunas zonas, de dar a luz en la casa.

En términos generales podemos decir que el discurso de la/os participantes de las tres regiones confirma la predominancia de un contexto de desigualdad entre géneros que actúa como barrera para el empoderamiento de las clientes.

"Yo no tengo cultura"

La/el cliente distingue claramente los casos en los cuales puede o "debe" hablar con los PS de los tratamientos caseros que utiliza y aquellos en los que es mejor no mencionar estas curas para evitarse problemas o porque sabe que no va a ser comprendida/o.

Cuando la/el cliente prefiere no hablar de sus tratamientos caseros con el/la PS, existen (implícita y a veces explícitamente) por lo menos dos de sus expectativas que no están siendo satisfechas (ver Figura 6, Calidad de Atención) y que están directamente relacionadas al aspecto de "rapport

socio-emocional” dentro de la interacción la compatibilidad cultural y el aprecio/valoración (de lo que es propio del/a cliente) Según la manera en que el PS trate al/a cliente, la actitud del primero puede colindar con la falta de respeto por el Otro (sus creencias, tradiciones, etc) y el establecimiento de una atmósfera que no facilita el desarrollo de la confianza. Toda esta dinámica puede ir acompañada del sentimiento de falta de empatía por parte del/a PS, desde el punto de vista del/a cliente. Se produce entonces un distanciamiento cultural que se traduce simultáneamente en un distanciamiento a nivel de la interacción cliente-PS.

En algunos casos, es la/el cliente quien decide conscientemente “distanciarse” del/a PS (vgr. no hablar de sus tratamientos caseros) para protegerse en sus valores, creencias e integridad. La/el cliente cree firmemente en sus tratamientos y tiene incluso un sentimiento de auto-eficacia con respecto a su uso, lo cual debería ser apoyado y reforzado por el PS cada vez que sea conveniente y no lo contrario. Lo que sucede en la práctica la mayoría de las veces es que, por un lado, cuando la/el cliente habla de la medicina tradicional lo hace con una finalidad de auto-protección, es decir para evitar el “*choque con otros medicamentos*”. Por otro lado, la/el cliente puede decidir no mencionarlos por temor a que el/la PS se moleste, no le entienda o simplemente “*no crea*” en la medicina tradicional “*no están formados valoricamente*”, comenta una cliente, para creer en tratamientos caseros alternativos. Hay excepciones, claro está. Pero aun cuando un/a PS receta algo “natural” queda la duda de si lo hará porque la/el cliente no tiene los medios para comprar medicinas “*que están carísimas*”.

El problema subyacente a esta dinámica es a menudo que el/la PS actúa (inconscientemente) bajo la premisa de que solo el Otro (vgr. cliente/paciente) tiene una “cultura”. El/la PS, como especialista en salud, toma decisiones que están supuestamente exentas de valores y presuposiciones que “no son científicas”. Como lo señala Margaret Lock:

De la afirmación incuestionable de que solo es cultivada la élite educada, nos hemos trasladado a una presuposición que no hemos escrutinado, según la cual solamente los campesinos con poca educación están completamente inmersos en la cultura, mientras que el resto de nosotros hemos trascendido la cultura para alcanzar un mundo racional post- o supra-cultural que encuentra sus raíces en la ciencia y esta, por lo tanto, libre de valores.⁴⁴⁸ (Énfasis de la autora)

Tal vez el problema yace, al menos parcialmente, en el hecho de que el/al PS no reconozca que el/ella también tiene una cultura. Cuando el PS y la/el cliente comparten una misma cultura o respetan sus respectivas culturas, se reduce la brecha y el distanciamiento entre ambos. Aparentemente hay doctores que han incorporado el uso de hierbas medicinales / remedios caseros / curas tradicionales a su práctica. Existen pues ya pruebas de un sincretismo cultural en el campo médico, que es además muy apreciado por la/os clientes. Sin querer reificar las tradiciones sin antes escrutinarlas, hay que tener en cuenta que las creencias de la/os clientes están muy arraigadas y que,

⁴⁴⁸ Margaret Lock, “Liberation and Self-Reflection: Talking about Culture, Health and Illness” in *Health and Cultures: Exploring the Relationships*, edited by Ralph Masi et al., 101-11. Oakville, New York, London: Mosaic Press, p. 145.

como diría Harold Innis, "culture survives ideologies"⁴⁴⁹ (es decir, "la cultura supera a las ideologías")

Observamos que en el contexto que hemos estudiado 1) a menudo, las prácticas tradicionales han pasado la prueba de los años y la experiencia popular para convertirse en parte **integral** de la cultura de los pueblos,⁴⁵⁰ y 2) en la medida que estas prácticas son ya parte integral de la cultura, lo más **racional** es, siguiendo lo que afirma una de las participantes, tal vez "formar valoricamente" a los PS en ellas para incorporarlas en el sistema institucionalizado de manera auténtica y respetuosa, y evitar su rechazo *a priori*⁴⁵¹

En toda relación PS-cliente en la que se quiera asegurar la calidad de la atención, el PS debe tratar, como hemos visto hasta ahora, de responder a las expectativas del/a cliente y a sus necesidades. Ahora bien, estas expectativas existen no solo con respecto a la medicina tradicional, sino en las distintas esferas de la interacción PS-cliente. Así, como hemos señalado en los resultados de este estudio, otra variable importante investigada con respecto al empoderamiento del/a cliente fue el PS da importancia a preocupaciones / puntos de vista del/a cliente. Encontramos en el análisis de los ejemplos citados espontáneamente por la/os participantes, que en algunas ocasiones los PS ni analizan ni validan el punto de vista del/a cliente con la finalidad de facilitar o reforzar el desarrollo de su autoestima y autovaloración. Por el contrario, "bloquean" la comunicación con frases tales como "¿quién es el doctor? ¿tú o yo?", y descalifican a la/el cliente en circunstancias en las que esta está dando muestras de interés, compromiso e iniciativa para prevenir una enfermedad o el agravamiento del estado de su hijo.

El/la PS termina por reaccionar de manera irracional o impulsiva al subestimar la actitud y la aptitud de una madre que desea cuidar bien a su bebé, al decirle implícita o explícitamente que es una ignorante, que no sabe cuidar a su hijo y que mejor lo/la obedece porque sino sufrirá las consecuencias. Más allá de si el/la PS "tiene razón o no" con respecto a su diagnóstico o a su pronóstico (vgr. "es normal que los bebés tengan ese color amarillo", "todavía no te toca dar a luz", "deja al niño desnudo sobre la camilla (aunque este con fiebre), eso no le hace daño") esta el tipo de reacción y de actitud que tiene hacia la persona que tiene frente a el/ella. Refiriéndonos de nuevo a la Figura 6 sobre calidad de atención, constatamos que en estos casos el/la PS 1) está dando signos inequívocos de que sus "conocimientos científicos" no son compatibles con las creencias enraizadas en la cultura de la/el cliente (vgr. "si el bebé está con fiebre hay que abrigoarlo"), 2) no está apreciando ni valorando la iniciativa y la participación activa de la/el cliente, ni sus conocimientos empíricos (vgr. "mi hijita que murió se había puesto de ese color

⁴⁴⁹ Harold Innis, The Bias of Communication, Toronto University of Toronto Press 6th edition 1977

⁴⁵⁰ Nos referimos aquí a las prácticas que no son nocivas para la salud – como lo es por ejemplo la escisión tan comúnmente practicada en diversas regiones del mundo. Nos referimos a aquellas que por el contrario han demostrado sus beneficios a lo largo del tiempo.

⁴⁵¹ Nos parece importante enfatizar aquí con Lock que no pretendemos recuperar la noción de cultura como una panacea – como la llave que abra la puerta a un sistema de salud libre de problemas. En la realidad como afirma Lock – los problemas más profundos y persistentes – hacen aun particularmente en la pobreza. El problema de la desnutrición fetal – que debiera ser tomado en cuenta y analizado en profundidad cuando se trata de mejorar un sistema de salud en cualquier parte del mundo. Ver Margaret Lock Op Cit p 145

amarillento", "yo se cuando me toca dar a luz"), 3) no esta mostrando respeto por lo que la/el cliente pueda pensar, creer o sentir (por el contrario, la trata mal y sin respeto) y, evidentemente no esta favoreciendo el establecimiento de un clima de confianza, y 4) en lugar de mostrar empatia, resondra a la/el cliente y hasta la hace sentir culpable (vgr "es por tu descuido que tu primera hija murio") En lugar de aprovechar estas oportunidades para facilitar el empoderamiento de la/el cliente, escuchandola, explicandole, en pocas palabras dialogando con ella, el/la PS elige en estos casos, el "atajo" de una consulta mas expeditiva (es solo uno el que habla y decide), pero en la que la cliente sale insatisfecha y poco convencida de la competencia del/a PS que la recibio "Ya sabra el lo que hace", "en febrero mi niño y yo estaremos muertos" se resigna una cliente, sin mostrar gran confianza en lo que le ha dicho el/la PS Podemos decir incluso que, con su actitud, el/la PS la ha obligado a tomar una decision en la que ella no cree, o mas bien ha tomado la decision por ella. Lo que se logra entonces es que las clientes en lugar de tomar su salud y la salud materno-infantil en sus manos, deleguen esta responsabilidad al/a PS. En efecto, desde el punto de vista de la cliente, ella no tiene por que ni como responsabilizarse por decisiones tomadas unilateral y autoritariamente por el/la PS. Por otro lado, la/os clientes se ven tambien obligadas a aceptar el trato inadecuado del/a PS, pero eso no significa que lo aprueben o que no traten de ser mas selectivas en el futuro, aunque sea por el miedo de que las hagan sentir mal de nuevo "Por eso ya tenia miedo de regresar a ese servicio de pediatria" comenta otra cliente.

2/Imágenes frente a un espejo o espejismos en un desierto?

Como hemos visto, los tipos de interaccion vertical y horizontal y la ausencia de posibilidad de empoderamiento de las clientes encuentran sus raices en algo muy primario que son las percepciones que la cliente tiene de si misma y del/a PS. Estas percepciones facilitaran o impediran el principio de equidad entre ambos, la posibilidad de empatia y en ultima instancia el empoderamiento no solo del/a cliente pensamos, sino de los dos polos de la interaccion. Es indudable que los PS tiene "conocimientos que pueden impartir" a la/os clientes. La clave esta en como "imparten" o, como preferiamos decir, como "comparten" estos conocimientos con sus clientes.

Los resultados de los grupos focales demuestran que existe cierta conciencia de igualdad, de que la/el cliente se parece al PS basicamente porque ambos son seres humanos capaces de sentir "cuando uno esta con pena resentida, te dicen Tu no tienes por que tener pena, espiritualmente somos iguales señorita". Ahora bien, la diferencia aparece cuando se trata del aspecto "pensante" (versus los sentimientos) en este aspecto, los PS "tienen mas conocimientos" y, en distintos grados, la/os clientes comienzan a sentirse inferiores a ellos ya que son los PS los que "les pueden impartir sus conocimientos" porque "sus conocimientos les dan mas capacidad que a nosotros" o simplemente porque los PS "tienen mas capacidad". A esto se añade la percepcion de que los PS son diferentes a la/os clientes porque "vienen de la ciudad" tienen mas dinero, tienen buenas casas, se visten mejor. La brecha que los divide socialmente puede convertirse en un abismo entre los dos.

Existe pues una percepcion de si mismo y del otro, profundamente internalizada por la/os misma/os clientes, que se encuentra muy lejos de la equidad a la que podriamos y deberiamos aspirar en la relacion PS-cliente. Hablamos de espejismos en lugar de hablar de imagenes de si mismo y del Otro, para enfatizar que si bien se trata de internalizaciones que estan profundamente enraizadas, estas no representan una realidad ineludible o inamovible. Al contrario un espejismo desaparece en el momento en que uno se acerca a el en el momento en que uno toma consciencia. Cuando uno toma

conciencia de que se encuentra frente a un espejismo, y cuando ve que este desaparece, uno cae en la cuenta de que la realidad es otra y la posibilidad de cambio se incrementa enormemente ⁴⁵²

Una vez más, encontramos en este caso, que la semilla del cambio ya existe. Hay quienes por diversos motivos ya no son presas de espejismos en un desierto sino que más bien muestran un cierto grado de seguridad en sí mismas. Estas personas están conscientes, a distintos niveles, de su auto-eficacia y no temen decir abiertamente que acuden a un/a PS o a un ES solo en caso de gravedad ya que los casos leves los tratan en sus casas. En estos ejemplos mencionados más arriba (ver Capítulo Resultados, sección El proceso de empoderamiento), las clientes están afirmando implícitamente que son capaces de manejar su salud y la de sus hijos en la vida cotidiana, sin temor a equivocarse por el hecho de no acudir siempre a ver a un médico de la ciudad.

En resumen, podemos observar que existen aún muchas debilidades en el sistema que impiden el empoderamiento del/a cliente. Hay incluso clientes que han sido perdidos por el sistema debido, en gran medida, a que los ES o PS no satisfacen sus expectativas y/o sus necesidades. Es este punto al que nos volcamos inmediatamente.

SOBRE LA SATISFACCION DEL/A CLIENTE

A la búsqueda de los clientes perdidos

Las principales barreras tangibles al acceso a los servicios de los establecimientos de salud del MINSA (ES) mencionadas por la/os clientes durante los grupos focales fueron el costo y la distancia, tanto en la Sierra como en la Selva. En estas mismas regiones se mencionaron a veces, también entre las barreras, el aglomeramiento, el impedimento al acceso al ES por los vigilantes, y los horarios de atención. Por último, solo en la Sierra la escasez de recursos humanos y el entorno físico del consultorio fueron mencionadas como barreras que impiden, inhiben o disuaden al/a cliente para acudir a un ES. En la Costa, no se mencionó ninguna barrera tangible al acceso a los servicios del MINSA.

Es importante notar que las barreras mencionadas más a menudo y en distintas regiones fueron barreras de orden psicosocial. Así, por ejemplo, la falta de identificación del prestador de servicios con la/el cliente es sentida en la Sierra y en la Selva como un elemento que disuade a la/os clientes actuales o potenciales a acudir a un ES. Este elemento, cabe acotar, está intrínsecamente ligado a las internalizaciones y actitudes de las que acabamos de hablar. Una mala experiencia vivida por la/el cliente en un ES constituye también una barrera significativa al uso de los servicios de los ES en las tres regiones. En la Sierra incluso la mala experiencia vivida por una tercera persona (vgr. vecino, familiar) puede llegar a ser suficiente motivo para desanimar a la/os clientes potenciales a acudir a un ES.

⁴⁵² Más allá de ninguna diferencia o similitud entre la/el cliente y los PS sino más bien de poner el énfasis en la necesidad y posibilidad de cambio en la interacción a partir de un trabajo muy fino a nivel de las internalizaciones de los actores involucrados.

Cabe resaltar aquí las similitudes entre las barreras psicosociales que acabamos de mencionar y lo que Berry et al definen como los elementos de deficiencia en servicio-calidad desde el punto de vista de la/os clientes ⁴⁵³ Esto es lo que dichos autores llaman la "brecha 5" dentro de su modelo, que representa la posible discrepancia, desde el punto de vista del/a cliente, entre sus expectativas con respecto al servicio y sus percepciones con respecto al mismo. Los determinantes claves de las expectativas del/a cliente con respecto al servicio ofrecido incluyen, de acuerdo a este modelo, lo que la/el cliente ha escuchado de terceros, sus necesidades personales, su experiencia pasada y la comunicación exterior proveniente del proveedor de servicios ⁴⁵⁴ Así, la/el cliente tendría una serie de expectativas con respecto al servicio a partir de su experiencia pasada, de sus propias necesidades y de lo que escucha en su entorno. Lo que espera la/el cliente es "lo que debe ser" -- lo cual debe estar reforzado por los mensajes "externos" del proveedor de servicios -- y lo que percibe es "lo que sucede", desde su punto de vista.

BARRERAS AL SERVICIO FUENTE DISCURSO DE LOS PARTICIPANTES/ GRUPOS FOCALES	DETERMINANTES CLAVES DE LAS EXPECTATIVAS DEL CLIENTE MODELO DE BERRY ET AL.
Falta de identificación del PS con la/el cliente Mala experiencia pasada Discriminación Temor al personal de salud y a otros empleados Más confianza en establecimiento / especialista privado Temor al costo que implique la visita Temor a la ruptura de la confidencialidad	Experiencias pasadas

⁴⁵³ Valerie A. Zeithaml, A. Parasuraman y Leonard L. Berry, Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations. New York: Free Press, 1990, p. 37. Aunque focalizado en la calidad de los servicios de empresas de tipo comercial, los resultados de este estudio son relevantes para cualquier tipo de servicio, incluyendo los servicios del sector público.

⁴⁵⁴ Este último aspecto en condiciones de la etapa del diagnóstico comunitario que hemos analizado separadamente dentro de nuestro diagnóstico de necesidades. El lazo entre la calidad de los servicios y el aspecto IEC y de comunicación comunitaria se describirá más adelante.

BARRERAS AL SERVICIO FUENTE DISCURSO DE LOS PARTICIPANTES/ GRUPOS FOCALES	DETERMINANTES CLAVES DE LAS EXPECTATIVAS DEL CLIENTE MODELO DE BERRY ET AL.
Resistencia a los métodos de PF Falta de identificación de PS con la/el cliente Relaciones de género Tradiciones arraigadas Temor al costo que implique la visita Temporalidad del calendario agrícola	Necesidades personales
Discriminación Mala experiencia pasada Temor a morir	Lo que dicen terceros (rumores comunicación informal)
Falta de identificación del PS con la/el cliente	Comunicación del exterior (mensajes que recibe del PS)

Cuadro 5

Coincidencia entre las barreras psicosociales identificadas en nuestro análisis y los factores que influyen en las expectativas de la/os clientes según el modelo de Berry et al

Mostramos en el Cuadro 5, las barreras psicosociales que identificamos en nuestro análisis en paralelo a los factores que según Berry et al influyen en las expectativas de la/os clientes. En el caso que nos ocupa, las experiencias pasadas y las experiencias de terceros constituyen en algunos casos serias barreras al uso de los servicios del MINSA. Esto significa que la/os clientes que han mencionado estas barreras pueden ya no tener expectativas (de lo que "debe ser") que discrepen de sus percepciones porque ya han vivido o escuchado malas experiencias con respecto al servicio.

Si además de esto, la/os clientes perciben de antemano que los servicios ofrecidos pueden no satisfacer sus necesidades, nos encontramos frente a la/os clientes cuyas expectativas con respecto al servicio son muy bajas o incluso, en algunos casos, nulas. Retomemos por un momento las necesidades personales del/a cliente como determinante clave de sus expectativas con respecto al servicio. En este caso, la preferencia expresada por algunos participantes en los grupos focales por la medicina tradicional, contribuyen a que sus expectativas con respecto al sistema de salud convencional o profesional disminuyan y a que, de manera concomitante, las oportunidades de que determinado sector de la población acuda a un ES sean pocas (vgr. en el caso en el que ninguna otra medicina tradicional haya funcionado) o nulas.⁴⁵⁵ Si a esto añadimos la falta de compatibilidad cultural de la que hemos hablado entre PS y la/el cliente acompañada de la falta de valoración y de respeto por lo que es propio del/a cliente (de acuerdo a sus experiencias pasadas), entonces nos encontramos frente a una situación en la que muy probablemente se estén perdiendo o se hayan perdido la/os clientes potenciales que podrían beneficiarse del acceso a los servicios.

Podemos avanzar como hipótesis de trabajo que en los casos de reticencia al uso de los servicios, nos encontramos frente al desafío de romper resistencias que se han ido creando a lo largo del tiempo debido a que, tal vez hasta hoy, no se haya prestado una debida atención a los determinantes claves de las expectativas de la/os la/os clientes con respecto a los servicios. Consideramos que para trabajar las barreras a la utilización de servicios, que son en su mayoría de orden psicosocial, es imperativo tener en cuenta los determinantes claves de las expectativas del/a cliente sus

⁴⁵⁵ Este es el caso especialmente en la sierra según los resultados de los grupos focales

experiencias pasadas con el servicio, lo que han escuchado con respecto dichos servicios y sus necesidades percibidas. Esta sera la mejor y quizas la unica manera de ir a la "busqueda de la/os clientes perdidos" por el sistema

La/el cliente y sus criterios de seleccion de servicio

Las barreras mencionadas por los participantes en los grupos focales corresponden claramente a lo que expresan en terminos de insatisfaccion con los servicios y con el PS. Es significativo que cuando a la/os clientes se les da la oportunidad de hablar libremente, durante un grupo focal, tanto las barreras al uso de los ES como las expresiones de insatisfaccion que predominan en el discurso, son de orden psicosocial y cultural. Lo mismo sucede cuando expresan su satisfaccion con los servicios brindados.

En cuanto a la satisfaccion/insatisfaccion del/a cliente, como hemos señalado mas arriba, ambas expresiones pueden verse dentro de un mismo continuum en el cual sobresalen las categorias o ejes del discurso ligados a aspectos del relacionamiento humano, que tocan tambien la dimension socio-afectiva. Los aspectos de la competencia o destreza tecnica del PS y los elementos tangibles aparecen en ambos casos de manera evidente y eminente, pero en un segundo plano con respecto a los anteriores. Por otro lado, es interesante notar que lo que aparece claramente como una barrera tangible al acceso a los ES, tal como "el costo", se convierte en parte del discurso del/a cliente insatisfecho cuando habla de problemas de falta de empatia y de discriminacion. Sin pretender en este caso inferir que el costo se convierte en cada caso particular en una barrera secundaria con respecto a las de orden psicosociales y afectivas, constatamos que las categorias mencionadas no estan separadas tajantemente en el discurso o en la vivencia de la/os clientes, por el contrario, se entrecruzan y forman parte de un todo indisoluble.

La satisfaccion o insatisfaccion del/a cliente estan intimamente ligadas a su percepcion de la "calidad" de la atencion o de los servicios brindados. Diversos autores ofrecen, desde diversas perspectivas, definiciones de calidad de atencion/servicios. Como explica Judith Bruce, "Existen muy pocos estudios sistematicos disponibles para guiarnos en la definicion y medicion de la calidad de los servicios, pero no estamos comenzando de cero".⁴⁵⁶ Bruce centra especialmente su analisis en lo que respecta la calidad de servicios en planificacion familiar. Otros autores como Berry et al han llevado a cabo evaluaciones de la calidad de servicios en empresas privadas y con fines de lucro (bancos, empresas de reparacion y mantenimiento, empresas telefonicas y compañías de tarjetas de credito).⁴⁵⁷ Es interesante notar que, aunque centrados en universos diferentes, ambos estudios sacan a relucir, en sus respectivos modelos, las dimensiones interpersonales en relacion a la calidad de atencion o de los servicios. De igual manera, ambos (en particular Berry) han tenido en cuenta la perspectiva del/a cliente en la elaboracion de sus modelos de calidad de servicios. La explicacion de cada modelo cae fuera de los limites de esta discusion. Resaltaremos aqui simplemente los principales elementos que constituyen la calidad de atencion desde estas dos perspectivas con la finalidad de compararlos con las categorias que surgen del discurso de los participantes en los grupos focales en cuanto a su satisfaccion o insatisfaccion con los servicios.

⁴⁵⁶ Ver Judith Bruce. Elementos fundamentales de la calidad de atencion: un marco conceptual simple. Documento de trabajo No. 1. Division de planeacion y desarrollo humano, Council on Aging, New York, 1990, p. 24.

⁴⁵⁷ Op. Cit.

EJES DEL DISCURSO DE LOS PARTICIPANTES ⁴⁵⁸		CRIERIOS DE EVALUACION DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS Modelo de Berry	ELEMENTOS QUE CONSTITUYEN LA CALIDAD DE ATENCION Modelo de Bruce
SATISFACCION	INSATISFACCION	Punto de vista de la/os clientes	
1 Relacionamiento	1 Mal relacionamiento	Tangibilidad	Posibilidad de eleccion (vgr de MPF)
2 Confianza / empatia	2 Desconfianza	Confiabilidad	La informacion ofrecida al/a cliente
3 Seguridad	3 Falta de diligencia	Disposicion/interes	La competencia tecnica
4 Competencia	4 Falta de competencia	Seguridad	La relaciones interpersonales
5 Elementos tangibles	5 Falta/escasez de elementos tangibles	Empatia	La continuidad y los mecanismos de seguimiento
6 Informacion	6 Inseguridad		La constelacion apropiada de servicios
7 Referencia/ seguimiento	7 Problemas de informacion		
	8 Falta de referencia/ seguimiento		

Cuadro 6

Comparacion entre los ejes del discurso de los participantes con respecto a la satisfaccion/insatisfaccion con los servicios y los modelos de Berry y Bruce

Los seis elementos que, de acuerdo a Bruce constituyen la calidad de atencion son 1) la eleccion (de MPF), 2) la informacion ofrecida al/a cliente, 3) la competencia tecnica, 4) las relaciones interpersonales, 5) la continuidad y mecanismos de seguimiento, y 6) la constelacion apropiada de servicios. Estos elementos, afirma Bruce, "reflejan seis aspectos de los servicios que la/os clientes experimentan como criticos" y "en conjunto constituyen la calidad de atencion ()" ⁴⁵⁹

Por su lado Berry et al. identifican, a partir de grupos focales con clientes de diversas compañías, diez elementos generales que representan los criterios de evaluacion que la/os clientes usan para evaluar la calidad del servicio. Mas tarde en el proceso de elaboracion de instrumentos de medida cuantitativos para aplicar a un numero representativo de clientes, los conceptores de SERVQUAL (Berry et al.) se dieron cuenta de que existia una considerable correlacion entre los items que representaban las diez categorias que habian identificado originalmente. Es así que decidieron consolidar esas dimensiones (especialmente las ultimas siete) y llegaron a cinco categorias: 1) elementos tangibles, 2) confiabilidad, 3) disposicion, 4) seguridad, 5) empatia. Es importante notar que la competencia del proveedor de servicios fue reagrupada dentro de la categoria confiabilidad, que tambien incluye los elementos cortesía, credibilidad y seguridad, mientras que la categoria

⁴⁵⁸ Como vemos hemos respetado el orden de importancia en el que aparecen los "ejes del discurso de los participantes" de los grupos focales en cuanto a su satisfaccion y su insatisfaccion. Es por eso que no existe una correlacion exacta entre las categorias de las dos primeras columnas del cuadro. Hemos descrito cada categoria en los resultados (ver seccion 3.2 y 3.3 para mas detalles.)

⁴⁵⁹ Op. cit. p. 5

empatia incluye el **acceso** (en el sentido de facilidad para establecer el contacto con el proveedor de servicios), la **comunicacion** y la **comprension** de las necesidades y expectativas del/a cliente por parte del proveedor de servicios

Sin entrar en detalles sobre el grado de coincidencia entre los elementos señalados por Berry et al y Bruce en sus modelos, y las categorías emergentes en el discurso de los participantes en los grupos focales de nuestro diagnostico rapido, podemos notar que

- 1 Los distintos elementos identificados por estos autores encuentran un paralelo ⁴⁶⁰ con las categorías que emergen del discurso de los participantes y que hemos señalado dentro de los resultados de nuestro estudio con respecto a la satisfaccion/ insatisfaccion de la/os clientes (vgr relacion, confianza/empatia, seguridad, competencia o destreza tecnica, elementos tangibles, informacion y referencia/seguimiento),
- 2 La consolidacion de categorías propuesta por Berry et al viene a apoyar nuestra observacion de que los elementos de interaccion y de orden socio-afectivo prevalecen en comparacion con la competencia tecnica como tal, en este sentido es muy significativo, por ejemplo, que la competencia pase a formar parte (en el modelo de Berry), de una categoría mas amplia llamada confiabilidad junto con elementos tales como la cortesia, la credibilidad y la seguridad
- 3 Los autores citados insisten en que los distintos elementos existen como un todo y las categorías se entrecruzan, lo cual coincide con los resultados de nuestro analisis. En efecto, hemos constatado que todos estos elementos co-existen como un conjunto de criterios que constituyen, implícitamente, los criterios de la/os clientes para juzgar la calidad de los servicios que reciben en los ES y, por ende, su satisfaccion o insatisfaccion con respecto dichos servicios. Estos criterios no se excluyen el uno al otro. La priorizacion de estos criterios de evaluacion se da dentro de una constelacion global en la que si bien observamos un orden de importancia relativo, no existe una contradiccion o exclusion absoluta de un criterio en favor de otro, sino mas bien una complementariedad entre ellos
- 4 En cuanto a la priorizacion de dimensiones o criterios que acabamos de mencionar, hemos identificado en nuestro estudio un cierto orden de prioridad de los elementos que llevan al/a cliente (y al/a cliente potencial) a sentirse satisfecho/a o insatisfecho/a con los servicios. Estos elementos vienen a ser criterios (con mas o menos peso) a partir de los cuales la/os

⁴⁶⁰ Las categorías de Berry et al y de Bruce incluyen definiciones que se entrecruzan y que difieren pero al mismo tiempo convergen en varios sentidos. El explicar item por item la coincidencia entre los elementos de estos modelos y nuestras categorías constituye en si un trabajo de analisis critico que va mas alla de los limites de nuestro diagnostico rapido de necesidades. Basta aqui señalar un cierto paralelismo con dichos criterios cuando hablamos de la satisfaccion/insatisfaccion de la/os clientes para demostrar que las categorías emergentes del discurso de los participantes en los grupos focales confirman y encuentran su sustento en los hallazgos de investigaciones previas sobre la calidad de servicios/atencion

clientes (e incluso no clientes ⁴⁶¹) de los servicios juzgan la calidad de la atención en el ES. Dichos criterios aparecen en el siguiente orden en el discurso de los participantes

SATISFACCION	INSATISFACCION
1 Relacion	1 Mala relacion
2 Confianza/empatia	2 Desconfianza
3 Seguridad	3 Falta de diligencia
4 Competencia	4 Falta de competencia
5 Elementos tangibles	5 Falta/escasez e Tangibles
6 Informacion	6 Inseguridad
7 Referencia/seguimiento	7 Problemas de informacion
	8 Referencia/seguimiento

Cuadro 7

Priorización de los elementos que llevan a la satisfacción y/o a la insatisfacción de la/os clientes según los resultados de los grupos focales

Tal como lo enfatizamos más arriba, los elementos que sobresalen (1, 2 y 3 en el Cuadro 7) son de orden relacional, social y psico-afectivo, seguidos por elementos de juicio de valor hacia la competencia del PS y el contexto físico de atención ⁴⁶². Es interesante notar que Berry et al observan en su estudio que la dimensión que la/os clientes encuentran más crítica en su evaluación de la calidad de los servicios (y esto independientemente del tipo de servicio estudiado) es la confiabilidad, criterio que, como hemos visto, incluye tanto la competencia técnica como la cortesía, la credibilidad y la seguridad. Vemos pues, que la priorización relativa que encuentran Berry et al en sus investigaciones, también tienen un paralelo con los hallazgos de nuestro estudio: así, la “confiabilidad” de Berry et al comprende ante todo, factores de orden relacional y psico-social. Además, la competencia técnica – que forma también parte del criterio “confiabilidad” en el modelo de Berry et al – aparece en el discurso de los participantes de los grupos focales justamente luego de categorías tales como la relación, la confianza/empatía y la seguridad.

Estas dos constataciones – la priorización relativa de los criterios que usan implícita y/o explícitamente la/os clientes para evaluar la calidad de los servicios así como la co-existencia y complementariedad de estos criterios, nos han llevado a proponer una tipología de clientes

⁴⁶¹ Aunque no privilegiamos la participación de personas en los grupos focales que nunca hubieran utilizado los servicios del MINSAL, hubo en algunas ocasiones personas participantes que manifestaron nunca haber acudido a un ES. Es por eso que incluimos aquí, entre parentesis y con reservas a los no clientes, como parte del universo analizado.

⁴⁶² En la columna sobre la insatisfacción, la inseguridad (no 6) está ligada a la competencia del PS y al contexto de atención, mientras que en la columna de la satisfacción, el mismo título engloba más bien factores como la diligencia, la disposición y la disponibilidad del PS, que reflejan dimensiones psico-afectivas y de relacionamiento.

satisfechos e insatisfechos diferenciados entre si, pero con una característica comun ineludible y esencial, de la que hablamos a continuacion

Tipologia de clientes los clientes senti-pensantes

[Desde niños se nos acostumbra a divorciar el alma del cuerpo y la razon del corazon] Sabios doctores de etica y moral han de ser los pescadores de la costa colombiana que inventaron la palabra senti-pensante para definir al lenguaje que dice la verdad

Eduardo Galeano
El Libro de los Abrazos

A partir de los datos recopilados durante los grupos focales, podemos observar que tanto la/el cliente satisfecho como aquel que se encuentra insatisfecho y/o que no tienen acceso al ES tienen una característica fundamental en comun ambos son, tomando prestado el adjetivo acuñado por Eduardo Galeano en una de sus obras, clientes "senti-pensantes" ⁴⁶³ Este adjetivo resulta aun mas adecuado cuando constatamos que estos clientes, que sienten y piensan a la vez, antepone los elementos de tipo afectivo y de relacionamiento a aquellos de tipo estrictamente "operativo" (por asi llamarlos ⁴⁶⁴) para juzgarse satisfechos o insatisfechos con el servicio El prefijo "senti" seguido por el adjetivo "pensante" representan con justeza esta dualidad indisoluble entre los sentimientos (dimension de las emociones) y la practicidad (dimension ligada al raciocinio) ⁴⁶⁵

El numero desigual de discusiones grupales en cada region no nos permite interpretar de manera justa las diferencias entre la/os clientes satisfechos e insatisfechos de cada region para poder asi verificar si es preciso desarrollar tipologias mas especificas Lo que observamos, por el momento, es cierta concordancia en el discurso de la/os clientes de las tres regiones De manera global, la Tabla 3 nos lleva a identificar, en un primer nivel de analisis, las características de la/os clientes insatisfechos y de la/os clientes satisfechos a quien llamaremos, respectivamente, "cliente mal/tratado" y "cliente bien-tratado"

⁴⁶³ Eduardo Galeano El libro de los abrazos Montevideo Ediciones del chanchuto 1989 p 107

⁴⁶⁴ Usamos el termino "operativo" en contraposicion al termino "racional" porque consideramos que los criterios de orden psico-social afectivos y relacionales se sustentan en un tipo de racionalidad que ha sido discutida ampliamente dentro de epistemologias basadas en entques comunicacionales (vgr Jürgen Habermas) y feministas (vgr Virginia Olesen)

⁴⁶⁵ Por otro lado si hacemos una comparacion entre este hallazgo y lo que acabamos de discutir sobre la imagen del/a cliente de si misma y del/a PS constatamos que existe en efecto una coherencia interna indiscutible entre ambos En la medida que la/el cliente siente que debe ser considerada o igual al/a PS en terminos humanos (vgr *espiritualmente somos iguales ambos somos seres humanos*) sus reivindicaciones si van mas severas con respecto al trato (al aspecto "senti") cuando ve que esta lejos de la situacion optima del "racional" en cuanto al aspecto "operativo" (al aspecto "pensante") (de manera relativa) simplemente porque desde un pr sentido que la/os PS tienen mas conocimientos y que por lo tanto no se les puede o no se les debe cuestionar tanto a ese nivel

La/el cliente mal/tratado/a

En contraposición al/a cliente ⁴⁶⁶ bien-tratado y por tanto satisfecho, encontramos un tipo de cliente "mal/tratado" y, por lo tanto, insatisfecho (ver Figura 7) Esta/e cliente se queja de no tener oportunidades de diálogo con el/la PS el/la PS no lo saluda, la/el cliente no ha terminado de explicar lo que tiene y ya el/la PS le está dando una receta, la/el cliente tiene miedo de preguntar, el/la PS no le habla en su idioma (así lo conozca o no hay intérpretes), no entiende lo que le dicen y el/la PS no le aclara sus dudas, el/la PS lo resondra

Esta incapacidad de interactuar con el PS va acompañada de la impresión de falta de interés por sus problemas de parte del PS, de un trato frío y expeditivo, de falta de empatía, del sentimiento de que no lo atienden bien o no le brindan atención alguna y de ser discriminado, de que el PS lo percibe y trata como un ser inferior (tal vez porque no tiene plata, no pertenece a un determinado círculo social, no está bien vestido, es un campesino) y de pérdida de confianza en el ES y en el/la PS

Al mismo tiempo, la/el cliente mal/tratado tiene la neta convicción de que el/la PS conserva su distancia y se siente superior por ser empleado/a del MINSA (vgr "Yo digo que porque trabajan se creen ") La/el cliente se siente mal tratada y en algunos casos incluso maltratada ⁴⁶⁷ Describimos arriba situaciones que iban desde el "mal trato" verbal y no verbal hasta el maltrato físico, especialmente en los servicios de maternidad y en las salas de parto

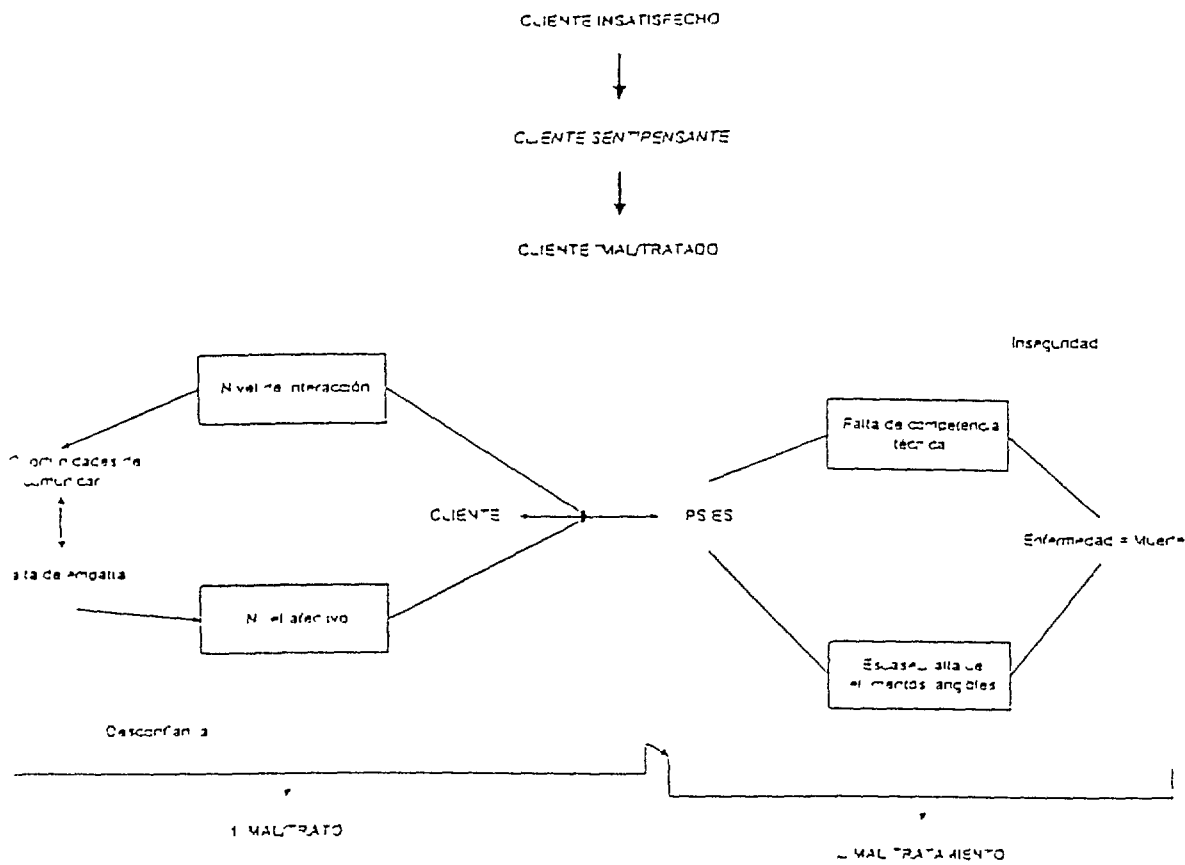
Por otro lado, la/el cliente insatisfecho es también un/a cliente que no ha recibido un diagnóstico correcto, a quien se le ha dado un tratamiento equivocado, a quien no se le interviene (quirúrgicamente u otro) adecuadamente, y que percibe con preocupación las dudas que tienen algunos PS por falta de experiencia La/el cliente insatisfecho tiene serias dudas sobre la competencia o destreza técnica de ciertos PS, especialmente los más jóvenes y los practicantes Además, tiene serias quejas sobre la escasez o ausencia de insumos (materiales y humanos) esenciales para que los propios PS puedan llevar a cabo su labor

Un/a cliente mal/tratado/a es un/a cliente cuyas necesidades y expectativas tienden a no ser satisfechas (ver Figura 6, Calidad de Atención en la página 115) La relación que el PS establece con el y el contexto en el que se encuentra inmerso, bloquean su empoderamiento en lugar de facilitar o reforzarlo Simultáneamente, un/a cliente mal/tratada es un/a cliente que tiene menos oportunidades de comunicar, y con quien el PS no logra establecer una verdadera empatía Un/a cliente senti-pensante, mal/tratado suma a su insatisfacción debido al tipo de interacción establecida -- o simplemente no establecida -- con el PS, una serie de frustraciones ligadas a las falencias técnicas y tangibles de los PS y en los ES Este tipo de cliente vive la interacción con el/la PS en un ambiente de desconfianza e inseguridad, que puede llevarlo a relacionar (paradójicamente) la utilización de los servicios de "salud", consciente o inconscientemente, con "enfermedad" y posible "muerte" La/el cliente mal/tratado utiliza sus criterios de evaluación del servicio y juzga implícita o explícitamente que la calidad de atención "no es buena" Se trata de un/a cliente no solo mal/tratado sino que además recibe un mal tratamiento

⁴⁶⁶ Usamos el género masculino en esta sección para hablar de clientes mujeres y hombres simplemente para facilitar la lectura

⁴⁶⁷ De allí la línea oblicua que hemos decidido poner entre mal y tratado en contraposición al guion que usamos para hablar del/a cliente bien tratado

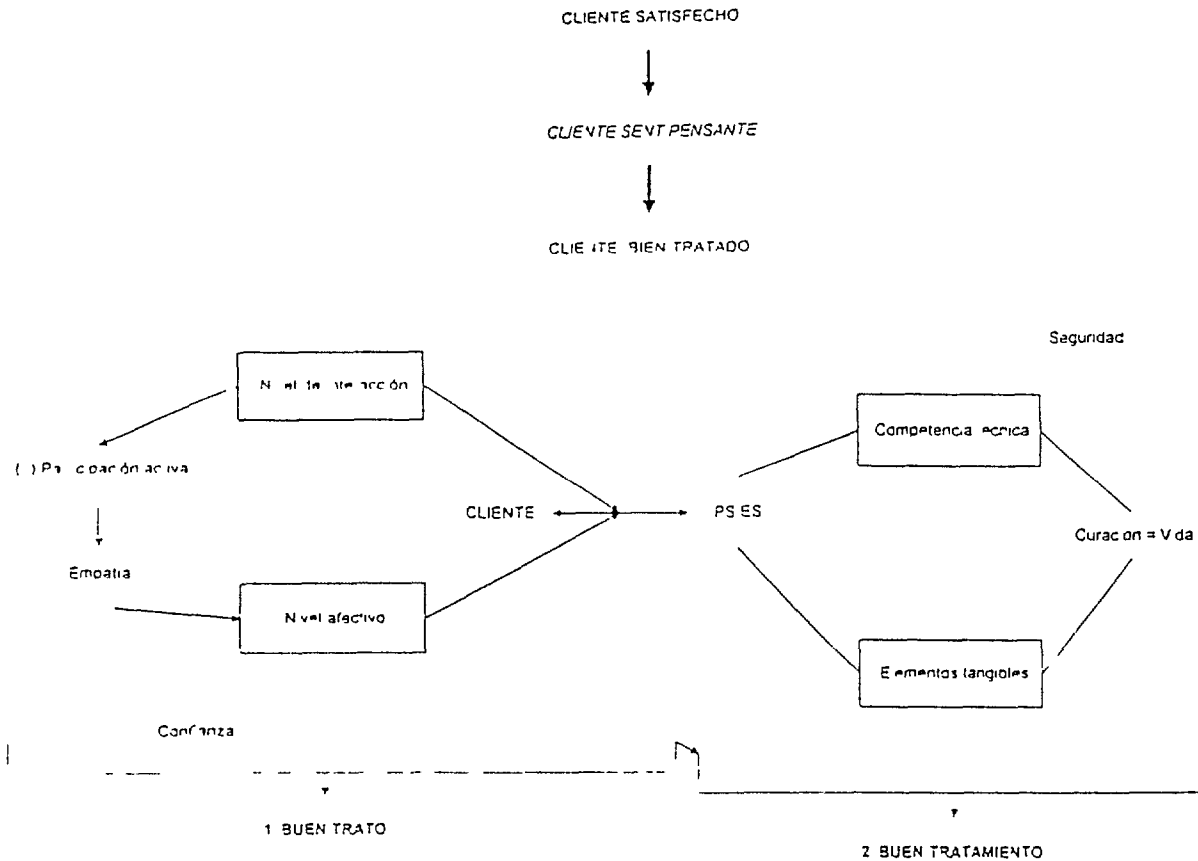
Figura 7



La/el cliente bien-tratado

En el otro extremo del continuum se encuentra la/el cliente bien-tratado (ver Figura 8) Como describimos mas arriba, las tres primeras categorias de la Tabla 2 (relacion PS -cliente / confianza / seguridad) corresponden predominantemente al aspecto "senti" que acabamos de mencionar Hemos analizado algunas categorias del discurso de los participantes tomando en cuenta dos grandes sub-categorias que estan intrinsecamente ligadas entre si 1) oportunidades de interaccion entre el PS y la/el cliente y 2) aspecto afectivo (predisposicion, actitud) Asi, el saludo a la persona que acude al ES junto con una actitud de acogida, las preguntas hechas sobre los motivos de su visita combinada a una muestra de interes por la/el cliente, la escucha complementada con una buena disposicion y paciencia para aclarar dudas o preguntas del/a cliente, etc van determinar que la/el cliente se sientan y salgan satisfechos de la consulta

Figura 8



Es muy posible que por mas oportunidades de intercambio de preguntas y respuestas que se de al/a cliente si este no siente que esta siendo comprendido (desde el nivel de lenguaje verbal hasta el nivel de sus sentimientos de temor, incertidumbre, duda), no saldra satisfecho del consultorio o el hospital. Podemos añadir aqui que particularmente las categorias relacion, confianza y empatia -- aunque separadas para fines de analisis -- forman parte de un todo de acciones e interacciones verbales y no verbales. Dentro de este todo, las oportunidades de interaccion entre el/la PS y la/el cliente se van incrementando al mismo tiempo que surge una atmosfera de confianza y empatia entre ambos.

En cuanto a la informacion, la/el cliente satisfecho afirma que el/la PS le explica bien lo que necesita saber. Aunque analizado como otra categoria distinta a la de la relacion PS-cliente, la informacion es tambien parte del elemento interaccion que lleva al/a cliente a sentir confianza con el PS. Lo separamos en el analisis para poder identificar mas precisamente 1) si la/el cliente satisfecho se contenta con recibir informacion, y 2) el tipo de contenido que satisface al/a cliente. Concluimos que 1) la/el cliente bien-tratado o satisfecho no se contenta con recibir informacion, la informacion es parte de la interaccion que el/la PS establece con la/el cliente y que esta cargada de una actitud afectiva positiva. "tienen paciencia de decirte y te explican bonito," comenta, por ejemplo, una cliente. 2) la/el cliente bien-tratado se siente satisfecho cuando ha recibido informacion detallada sobre el diagnostico, tratamiento o metodos de PF por parte del/a PS, y esto independientemente del tipo de contenido (dolor en, prevencion, metodos de PF, SMI) del que se trate.

En la misma línea de pensamiento, el hecho de que el/la PS establezca una excelente interacción y empatía con la/el cliente no bastará necesariamente para que este último salga satisfecho del ES. La/el cliente satisfecho o "bien-tratado" es *senti-pensante*. Se siente bien-tratada/o en la medida en que lo traten humanamente bien, pero también en la medida en que el/la PS le de un buen diagnóstico, le proporcione las medicinas que necesita para curarse y que su tratamiento de buenos resultados. La/el cliente bien-tratado es, en otras palabras, un cliente que recibe ante todo un *buen trato*, pero también un *buen tratamiento* y está segura/o de que la utilización de los servicios del MINSA es sinónimo de curación y vida. Es un cliente cuyas necesidades y expectativas son satisfechas en la interacción con el/la PS, lo cual facilita y alienta su empoderamiento. La/el cliente bien-tratado no es un cliente potencialmente reticente, sino más bien un cliente exigente, en el mejor sentido de la palabra humano y selectivo a la vez.

Un dilema a resolver en vistas a la satisfacción del/a cliente

Las Figuras 7 y 8 ilustran los tipos de clientes (bien-tratado y mal/tratado) de los que acabamos de hablar. En los dos casos la/os clientes caen bajo la categoría global de clientes *senti-pensantes*. Nótese que en ambos casos los dos niveles al lado izquierdo de los cuadros 7 y 8 de interacción y afectivo, se traducen simultáneamente, desde la perspectiva del/a cliente, por un lado, en oportunidades de comunicarse -- en valores negativo (Figura 7) o positivo (Figura 8) -- y, por el otro lado, en la ausencia o presencia de empatía respectivamente. Por otro lado, en su relación con el PS o el ES la/el cliente también habla, aunque en un segundo plano, de la competencia técnica y los elementos tangibles (parte derecha de Las Figuras). Vemos en ambas Figuras (cliente insatisfecho/ mal/tratado y satisfecho/bien-tratado), dos especies de rombos casi paralelos, con los cuales hemos querido representar la co-existencia de lo que hemos llamado factores de relacionamiento o *interacción* y *afectivos*, y factores operativos. Los elementos que se encuentran a mano derecha están colocados ligeramente más abajo que los de la mano izquierda para representar la priorización de los primeros con respecto a los segundos, de acuerdo a los resultados de nuestro análisis. Notemos que en el caso del cliente satisfecho la confianza está ligada también a la seguridad que siente frente a un profesional competente o hacia la existencia de los insumos (medicinas, equipos, materiales) necesarios para su curación. Curación en este caso es sinónimo de vida. En el caso del cliente insatisfecho, sucede lo contrario. Este siente desconfianza e inseguridad y percibe su encuentro eventual con un PS en un ES público como sinónimo de enfermedad y muerte (vgr. '*la gente se va a morir a los ES*'). En todo caso, es la conjunción de todos los elementos que hemos identificado en el discurso de los participantes, que influirá sobre el grado de satisfacción o de insatisfacción del/a cliente.

Es posible que, en la práctica, una gran parte de la/os clientes se encuentre más cerca a uno de los extremos del continuum: la insatisfacción o la satisfacción. También es posible que un/a misma cliente se sienta satisfecha con un PS o en un ES determinados y no con otros. O que en algunas ocasiones se sienta satisfecha y en otras no. Pero ¿qué sucede con aquellos que se encuentran entre los dos extremos del continuum satisfacción-insatisfacción y *bacilan* de un lado a otro? En otras palabras ¿qué sucede si la/el cliente recibe los dos siguientes tipos de información a la vez?

Uno va al ES para curarse y vivir y para enfermarse y morir

En este caso hipotético, la/el cliente puede llegar a encontrarse en una situación insostenible y sin salida. Está recibiendo de su entorno dos mensajes que se anulan el uno al otro. Como lo afirma

Paul Watzlawick et al , "Simplemente es imposible actuar de manera logica dentro de un contexto incoherente e ilogico " ⁴⁶⁸ No nos corresponde aqui hacer un analisis exhaustivo de la situacion potencialmente paradójica en la que pueden encontrarse algunos clientes actuales o potenciales de los servicios del MINSA ⁴⁶⁹

Sin embargo, cabe subrayar que en varias ocasiones se comento en los grupos focales que los clientes acuden a los ES como ultimo recurso, cuando nada mas ha funcionado, cuando están pues, en estado muy grave Incluso se ha narrado una ocasion en la que un PS se rehuso a ver a una paciente "porque su enfermedad estaba ya muy avanzada "

Sin hacer generalizaciones, queremos señalar que 1) la situacion paradójica de la que hablamos (ES = vida pero muerte a la vez) puede, en efecto, existir, y 2) proponer, siguiendo los marcos teoricos de autores como Watzlawick et al y Gregory Bateson, ⁴⁷⁰ que para resolverla es necesario salir del marco referencial que le sirve de sustento y llegar a otro grado de abstraccion o de "tipo logico" mas elevado Avanzamos como hipotesis que una manera de resolver esta situacion paradójica seria dando un giro y tratando de sustituir los binomios enfermedad = vida , curacion = muerte por mensajes que esten mas orientados hacia la prevencion Al fin y al cabo, como vimos anteriormente, la prevencion existe en la consciencia colectiva de los participantes y es, ademas, una de las prioridades del MINSA

⁴⁶⁸ Watzlawick Op Cit p 196

⁴⁶⁹ Las posibilidades de que esto suceda se incrementan en la medida en que exista una brecha las expectativas y percepciones de los clientes y los mensajes (verbales y no verbales) que reciben de los ES o de los PS

⁴⁷⁰ Watzlawick et al Op Cit y Gregory Bateson Steps to an Ecology of Mind New York Ballantine 1981

El Reto de una Cultura de Calidad: Responder al Cliente Senti-Pensante

CONCLUSIONES

- 1 Como hemos visto en las secciones precedentes, la realidad del/a cliente en su relación con el/la prestador/a de servicios (PS) es una realidad compleja y dinámica, que no puede definirse en términos simplistas o maniqueístas. Tanto los tipos de interacción como los resultados con respecto al empoderamiento de la/os clientes nos muestran una gama de posibles acciones, interacciones e internalizaciones que pueden jugar, ya sea un papel positivo o un papel negativo en el proceso de comunicación PS-cliente.⁴⁷¹ En otras palabras, no estamos aquí confrontados frente a PS fundamentalmente malos y a la/os clientes básicamente buenos (o vice-versa), sino más bien frente a seres humanos con potencialidades que se deben explorar y limitaciones que merecen reflexión y auto-reflexión, y frente a situaciones que deben ser analizadas sin juicios de valor preconcebidos.
- 2 Hemos avanzado como hipótesis de trabajo que en los casos de reticencia al uso de los servicios, consideramos que es imperativo tener en cuenta los determinantes claves de las expectativas de la/os clientes: sus experiencias pasadas con el servicio, lo que han escuchado con respecto a dichos servicios, y sus necesidades percibidas. Será así que se lograra recuperar la/os clientes perdidos que son importantes para el sistema de salud pública del país.

⁴⁷¹ Siguiendo el modelo de Szasz y Hollander reconocemos que incluso en algunas ocasiones el PS debe bloquear la comunicación con la/el cliente si esto redundará en un mejor tratamiento, por ejemplo en casos de suicidio o de niños que la/el paciente está en coma. Por eso también nos damos cuenta de que el papel de "desbloqueador" de la comunicación del PS como lo hemos llamado en este informe puede en efecto ser un signo positivo de su apertura a la comunicación con la/el cliente.

- 3 Por otro lado, hay clientes que pueden encontrarse, potencialmente, en una situación paradójica que los haga oscilar entre las nociones u opciones ES sinónimo de vida y ES sinónimo de muerte, lo cual puede influir en su reticencia al uso de los servicios del MINSA. Concluimos que para romper esta situación paradójica es necesario priorizar mensajes que estén orientados hacia la prevención.
- 4 La/os clientes de los establecimientos del MINSA, aun en las zonas más remotas y de bajos recursos del país, tienen una idea (a veces bastante clara), y distintos grados de consciencia, con respecto a sus responsabilidades y derechos en lo que concierne a su salud y tienden a saber lo que quieren y lo que les corresponde obtener en un servicio de salud de calidad. Esta/os clientes intentan, en distintas medidas, obtener en los establecimientos de salud (ES) lo que necesitan y desean tanto a nivel de trato (vgr nivel de interacción y nivel socio-afectivo) como de tratamiento (vgr competencia técnica, insumos, equipamiento).
- 5 Al analizar los elementos que definen la satisfacción o la insatisfacción del/a cliente desde su propia perspectiva, nos damos cuenta de que ambas están íntimamente ligadas a las oportunidades que se le ofrezcan de interactuar con el PS así como el rapport socio-emocional que se establezca entre PS y la/el cliente. En segundo lugar, pero también de manera importante, entran en juego los juicios de valor de la/os clientes con respecto a la competencia técnico-profesional y a la disponibilidad de elementos tangibles necesarios para un tratamiento exitoso.
- 6 La/os clientes de los establecimientos de salud del MINSA son seres **senti-pensantes**. Son clientes exigentes, humanos y selectivos a la vez. Los criterios con los que evalúan (implícita o explícitamente) los servicios de salud encuentran su paralelo y su sustento, como hemos visto, en los resultados de investigaciones y sondeos previos realizados por especialistas en calidad de atención, y deben ser tomados en cuenta en el momento de desarrollar estrategias de comunicación interpersonal y comunitaria que redunden en una mejora de la calidad de los servicios del MINSA. Estos criterios aparecen en el siguiente orden en el discurso de los participantes: la confianza y la empatía que logren desarrollar con el/la PS, la seguridad que sientan con respecto al/a PS, la competencia técnico-profesional del/a PS, la información (completa) que reciban, y el hecho de ser referidos o que se les ofrezca un seguimiento adecuado.
- 7 Como hemos visto más arriba, los PS poseen indudablemente conocimientos que pueden impartir a la/os clientes. La clave -- que conduzca al empoderamiento de los actores involucrados en la interacción -- está en cómo los PS imparten o, más bien como preferimos decirlo, como **comparten** estos conocimientos con la/os clientes.
- 8 El tipo de relación que aparece más a menudo en el discurso de la/os participantes y que pareciera ser la más común entre PS y la/el cliente corresponde a una interacción directiva. Este tipo de interacción constituye en ocasiones un estadio necesario hacia formas de relación más participativas o, incluso resulta ser, en otras ocasiones, la única interacción posible o deseable. Sin embargo, este tipo de interacción no facilita necesariamente el empoderamiento del/a cliente (y su corolario, la satisfacción con el servicio), ya que no incentiva su participación activa en la consulta.

- 9 Los mensajes que acompañan la interacción directiva tienden a ser prescripciones y ordenanzas. De manera concomitante, los hallazgos de nuestro estudio indican que el diálogo y la educación del/a cliente, esenciales para operacionalizar la función preventiva en el sistema de salud, parecerían estar relegados a un segundo plano por distintos motivos. Existen factores limitantes externos que darían por resultado esta priorización de la curación sobre la prevención -- tales como el tiempo y el número de la/os clientes a atender -- así como factores limitantes de orden psicosocial y cultural -- tales como las internalizaciones (valores, creencias, formas de ser, de ver y de pensar) de los actores involucrados en la interacción PS-cliente.
- 10 La/el cliente se siente más satisfecho/a dentro de un tipo de relación horizontal. Este tipo de interacción es la que emerge menos a menudo en el discurso de la/os participantes de las tres regiones, por lo que optamos por llamarla la "contra-cultura del diálogo."
- 11 Así pues, según las categorías emergentes del discurso de la/os participantes, parecería que solo en contadas ocasiones se cumplen las condiciones necesarias hacia el logro de "una situación de habla ideal"⁴⁷² -- más igualitaria y horizontal -- que facilite el empoderamiento de la/el cliente, y que permuta -- de manera concomitante -- el desarrollo de su autoestima, autonomía crítica y la toma en manos de su salud como ciudadana/o y como miembro de una comunidad.
- 12 Sin embargo, cabe resaltar que aunque las condiciones no están siempre dadas para que esto sea así, encontramos situaciones óptimas en las que la/el cliente se siente satisfecho con los servicios (trato y/o tratamiento) brindados por los PS en los ES del MINSA y en la que existe esta relación de tipo horizontal.
- 13 Estos signos claros de que la situación óptima de interacción existe son sumamente importantes, ya que nos demuestran que "lo óptimo" es posible y concretamente factible. La semilla existe pues para dar un giro importante en lo que se refiere al empoderamiento del/a cliente y su satisfacción con los servicios. No hay que inventarla sino tal vez reinventarla creativamente, potencializarla y fortalecerla. Lo mismo sucede con la prevención. Como vimos en la discusión de los resultados, la prevención parece existir en el imaginario colectivo de la/os clientes como algo deseado y positivo. Este sería pues uno de los aspectos a rescatar y reforzar en la población, que no se necesita ni crear, ni imponer sino más bien actualizar o potencializar.
- 14 Finalmente, cabe resaltar la importancia de la participación activa del/a cliente en relación a la calidad de atención. Hemos visto que en un contexto de intervención que tiende a y promueve la participación activa del/a cliente, la competencia técnica y la participación instrumental no se disocian del rapport socio-emocional y la participación emotiva. La combinación de estos dos (pares de) elementos facilita el empoderamiento del/a cliente y conlleva su satisfacción con el servicio. Es así que se logra que el servicio

⁴⁷² Tomamos prestado los términos acuñados por Jürgen Habermas y nos inspiramos en la epistemología que sirve de base a sus reflexiones sobre la comunicación como proceso dialéctico.

que se brinda responda a las necesidades y supere las expectativas del/a cliente. Al mismo tiempo, dentro de este contexto dialogico, la prevencion empieza a tomar mas importancia, ya que el/la PS se da el tiempo de explicar a la/os clientes no solo el como sino tambien el por que y cuando de determinadas habitos de salud deseables no solo para la curacion sino tambien para la prevencion de enfermedades. El proceso de educacion para la prevencion en el que prevalece el dialogo va de la mano con el empoderamiento del/a cliente y lleva necesariamente a una **responsabilizacion** saludable de los distintos actores involucrados en lo que respecta la salud (propia) de los individuos y (colectiva) de las comunidades.

RECOMENDACIONES

Hemos identificado necesidades y expectativas de la/os clientes, con la finalidad de desarrollar estrategias apropiadas de capacitacion en comunicacion interpersonal dirigidas particularmente a los PS y -- de manera indirecta -- a la/os clientes ⁴⁷³. Gracias al conocimiento que hemos adquirido con respecto a las expectativas y necesidades de la/os clientes en lo que se refiere a la calidad de atencion, sugerimos aqui una serie de recomendaciones que tienden a convertirse en propuestas concretas y operacionalizables para la elaboracion de estrategias apropiadas de capacitacion en comunicacion interpersonal. Estas estrategias redundaran en una mayor y mejor utilizacion de los servicios del MINSA en distintas regiones del pais. Presentamos a continuacion estas recomendaciones, que se desprenden del analisis de los grupos focales.

1. Desarrollar estrategias de comunicacion dirigidas a romper las barreras existentes al uso de los servicios del MINSA, usando como base el conocimiento que hemos adquirido sobre como estan operando los determinantes claves de las expectativas ⁴⁷⁴ de sus clientes actuales y potenciales.
2. Incentivar a los PS y a los decisores del MINSA para que tomen conocimiento de los datos recopilados en el presente diagnostico (determinantes claves de las expectativas, necesidades y percepciones de la/os clientes), lo cual facilitara la toma de decisiones informadas sobre el mantenimiento y/o mejora de la calidad de atencion brindada a la/os clientes en distintas regiones del pais.
3. Con la finalidad de mejorar la calidad de atencion a la/os clientes en las regiones mas alejadas y de bajos recursos, que hemos cubierto en este analisis, proponemos desarrollar una estrategia de capacitacion en comunicacion interpersonal que tenga en cuenta los siguientes elementos:

⁴⁷³ No tocamos aqui el tema de la capacitacion en comunicacion comunitaria que es tratado en otro informe.

⁴⁷⁴ Estos determinantes engloban las experiencias previas de la/os clientes, las expectativas de ellos y los mensajes provenientes de los ES.

A) Naturaleza y principios orientadores de la capacitacion

La estrategia de capacitacion en comunicacion interpersonal que proponemos debera

- Tomar en cuenta las expectativas y necesidades de la/os clientes y sus criterios de evaluacion de los servicios con la finalidad de mejorar la calidad de atencion. Se tratara de partir de lo que la/os clientes han expresado para luego triangular esta informacion con las otras fuentes utilizadas para el presente diagnostico. Una vez combinados y sintetizados los resultados de las diversas fuentes y los puntos de vista analizados en el diagnostico, se elaborara una estrategia global que combine los elementos mas salientes de manera equilibrada, y ofrezca soluciones cuando se identifiquen brechas entre los distintos hallazgos.
- Usar como linea conductora y principio de base, aquello que hemos identificado como nucleo de la satisfaccion y empoderamiento del/a cliente, es decir, su participacion activa en el proceso de comunicacion con el PS. Enfatizaremos esta orientacion cada vez que ella resulte ser factible y la mas deseable y adecuada en una situacion dada. No dejaremos de lado los otros tipos de interaccion identificados, de los cuales extraeremos los elementos positivos para la interaccion PS-cliente que se deben rescatar y optimizar en cada caso.
- Orientarse hacia el logro del equilibrio entre la participacion instrumental y la participacion afectiva -- esto tanto de la/os clientes en el consultorio como de los PS durante los talleres de capacitacion -- poniendo el enfasis en la satisfaccion de las necesidades y de las expectativas de la/os clientes.
- Tener en cuenta el hecho de que se tendra que vencer resistencias, y que el cambio rapido y rotundo de un dia al otro tal vez no sea el mas autentico y durable. Veremos los resultados de este esfuerzo de capacitacion, a mediano y largo plazo. El monitoreo y seguimiento seran, por lo tanto, piezas claves que ayudaran a consolidar los cambios que se generen en el proceso de capacitacion.

B) Ejes principales de la capacitacion propuesta

La capacitacion girara en torno a varios ejes que delinearán un contenido y una metodologia coherentes y flexibles a la vez. Recomendamos en este sentido

- Ofrecer a los PS durante los talleres el bagaje de conocimientos, obtenidos en el marco del presente diagnostico, sobre las expectativas y necesidades del/a cliente. Este conocimiento los ayudara, en terminos generales, a relacionarse mejor con la/os clientes en el futuro, mejorando así la calidad de atencion.
- Proveer a los PS con herramientas que los ayuden, cuando sea necesario, a armonizar sus habilidades tecnicas con su capacidad de desarrollar un rapport socio-emocional con la/el cliente, y promover la toma de consciencia de su papel en lo respecta el empoderamiento del/a cliente. La capacitacion debera incluir ejercicios que refuercen los aspectos de escucha activa, así como tecnicas y

procedimientos para facilitar el dialogo PS-cliente. Todo esto con la finalidad explicita ultima de empoderarse al facilitar el empoderamiento del/a cliente, lo cual redundara en el desarrollo o reforzamiento de la autovaloracion, la autoestima, el sentimiento de auto-eficacia y la autonomia critica de los dos polos de la interaccion

- Usar dinamicas de grupo e individuales que lleven a la reflexion y auto-reflexion sobre los valores y modos de interaccion preponderantes en el medio, y aquellos que resultan ser los mas adecuados en determinadas circunstancias y para el logro de determinados objetivos. Esto requiera la participacion activa de los PS en los talleres, asi como el enfasis constante en la valorizacion de la participacion del/a cliente durante una visita o consulta
- Trabajar durante la capacitacion las internalizaciones de parte y otra (PS y clientes) que puedan estar impidiendo este proceso de empoderamiento, y proponer ejercicios de reflexion y auto-reflexion sobre la imagen de si mismo y del Otro (incluyendo modos de ser, de pensar, de actuar, conocimiento y prejuicios con respecto al Otro y a uno mismo) que ayuden a disminuir la distancia psicosocial entre PS y cliente
- Otorgar la importancia debida y suficiente espacio al debate y la discusion sobre el aspecto cultural en la comunicacion PS-cliente. Usando ejemplos concretos de las regiones y sub-regiones de salud, se solicitara a los participantes que identifiquen aspectos de las tradiciones culturales/medicinales indigenas con las cuales pueden comulgar y aquellas con las que encuentran dificultad en conciliarse. Se compartiran con los PS participantes testimonios de la/os clientes que reflejan la necesidad e interes de estos ultimos en lo que se refiere al respeto y valoracion de lo que lo que les es propio. Lo que espera la/el cliente de parte del/a PS parece ser, en efecto, la valoracion y autovaloracion de lo tradicional de manera racional y bien fundada. La recomendacion de que los PS sean "*formados valoricamente*" en lo que es medicina tradicional proviene de la/os clientes mismos, y responde a una logica de autovaloracion y auto-eficacia que debe ponerse en relieve durante el proceso de capacitacion
- Apoyar la elaboracion de estandares de calidad de atencion haciendo uso de las categorias emergentes del discurso de los participantes en los grupos focales que, como hemos visto, encuentran su sustento en investigaciones previas y que constituyen criterios de evaluacion de la calidad de los servicios del MINSA desde el punto de vista del/a cliente
- Priorizar a nivel metodologico, el uso de dinamicas de grupo, juegos, ejercicios vivenciales asi como visionados interactivos o seguidos de discusion que ayuden a los PS a apropiarse y re-apropiarse de criterios de evaluacion de calidad de servicios de manera dinamica, y *enter-educative* (que combinen el entretenimiento con la educacion)

C) Establecimiento de políticas que apoyen este proceso

Consideramos que toda propuesta de estrategia de capacitación debe ir acompañada de políticas que la apoyen y la sustenten dentro de un proceso de desarrollo más global y a largo plazo. En nuestro caso, el reconocimiento y apoyo de nuestra propuesta dentro del sistema de salud pública resulta sumamente importante para, por un lado, incentivar a los PS dentro de un proceso de cambio, y por el otro, institucionalizar la propuesta y asegurar su buen funcionamiento a largo plazo. El sistema adoptaría pues una "cultura de calidad".

Incluimos aquí recomendaciones que pueden ayudar a consolidar la presente propuesta de capacitación al integrarla dentro de iniciativas existentes en el sector de la salud pública, particularmente en salud materno-infantil, como parte integral del desafío del desarrollo sostenido y autosostenido en el Perú. Las principales recomendaciones en este sentido son:

- Ofrecer la capacitación dentro del marco Programa de capacitación materno-infantil u otros sistemas de perfeccionamiento de PS existentes, con la finalidad de asegurar su institucionalización dentro del sistema.
- Desarrollar estándares de calidad de atención como parte de la política de intervención y de la evaluación de las labores de los PS en los ES del MINSA (aspecto de la normatividad dentro del sistema).
- Establecer un sistema de incentivos para los PS con la finalidad de asegurar una mejor receptividad del programa de capacitación, valorando los esfuerzos del personal en este sentido y aumentando su sentimiento de auto-eficacia (aspectos de valoración y auto-eficacia personal).
- Integrar dentro de esta propuesta de capacitación en comunicación interpersonal las prioridades del MINSA en lo que respecta al reforzamiento o asimilación de hábitos de salud preventiva por la población.

Anexos

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

INDICADOR	METODO	INS TRUMENTO
1 AMBIENTE FISICO E INSTITUCIONAL		
<i>A POLITICAS Y PRATICAS INSTITUCIONALES</i>		
Procedimientos de consulta especificados en directrices institucionales	Entrevista al Director del Establecimiento Entrevista al Coordinador de Programa de la Región Entrevista al Director de Programa a nivel central	Cuestionario a Directivos
Apoyo institucional y financiero para IEC	Entrevista a Director de Establecimiento	Cuestionario a Directivos
Apoyo institucional y financiero para CIC	Entrevista a Director de Establecimiento	Cuestionario a Directivos
Entrenamiento en CIC a prestadores	Entrevista al Director del Establecimiento Entrevista al Coordinador de Programa de la Region Entrevista al Director de Programa a nivel central Entrevista a Prestadores	Cuestionario a Directivos Cuestionario a Prestadores
Supervision y monitoreo de CIC	Entrevista al coordinador del Programa de la Región	Cuestionario a Directivos
Personal de apoyo trata al cliente de manera amigable	Observación	Guia de Observación
B AMBIENTE FISICO	Observación	Guia de Observación
Existen areas privadas/reservadas para la consulta	Observación	Guia de Observación
Estas areas se utilizan para consulta	Observación	Guia de Observación
El arreglo del espacio facilita la comunicación amable entre prestador cliente	Observación	Guia de Observación
C MATERIALES DE IEC		
Existencia de ayudas y materiales de información	Observación	Guia de Observación
Materiales están disponibles en salas de espera/se distribuyen periódicamente	Observación	Guia de Observación
Materiales son adecuados comprensibles, apropiados culturalmente	Panel de Expertos	Criterios de Calificación
2 CONTENIDO Y PROCESO DE LA CONSULTA		
<i>A ATENDER/SALUDAR Y ESTABLECER LA RELACION</i>		
Prestador saluda al cliente respetuosa y cordialmente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guia de Observación Cuestionario al Cliente Guia de Pautas Cuestionario a Prestadores
Establece un relación comoda y de confianza para el cliente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guia de Observación Cuestionario al Cliente Guia de Pautas Cuestionario a Prestadores

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

Asegura privacidad del espacio para iniciar la consulta	Observación Grupos Locales Entrevista a Clientes Entrevista al Prestador	Guía de Observación Guía de Pautas Cuestionario a Clientes Cuestionario a Prestadores
<i>B CONVERSAR CON EL CLIENTE</i>		
El prestador pregunta motivo de visita	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas Cuestionario al Prestador
El prestador auscult/observa síntomas	Observación Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Prestador
El prestador comenta/explica la auscultación	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Pregunta sobre el contexto (condiciones familiares, socio demográficas)	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Pregunta sobre historia clínica	Observación	Guía de Observación
Escucha atentamente	Observación Entrevista al Cliente, Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas Cuestionario al Prestador
<i>C COMUNICAR AL CLIENTE OPCIONES DE PF</i> (Solo aplica para servicios de P F)		
Pregunta sobre preferencias de métodos	Observación Entrevista a Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador investiga sobre temores dudas información incorrecta	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
El prestador aclara temores dudas información incorrecta	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador conversa con el cliente opciones distinguiendo las convenientes de las inconvenientes	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

Asegura privacidad del espacio para iniciar la consulta	Observación Grupos Locales Entrevista a Clientes Entrevista al Prestador	Guía de Observación Guía de Pautas Cuestionario a Clientes Cuestionario a Prestadores
<i>B COMULSAR CON EL CIENIE</i>		
El prestador pregunta motivo de visita	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas Cuestionario al Prestador
El prestador ausculta/observa síntomas	Observación Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Prestador
El prestador comenta/explica la auscultación	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Pregunta sobre el contexto (condiciones familiares socio demográficas)	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Pregunta sobre historia clínica	Observación	Guía de Observación
Escucha atentamente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas Cuestionario al Prestador
<i>C COMUNICAR AL CLIENTE OPCIONES DE PF</i> (Solo aplica para servicios de P F)		
Pregunta sobre preferencias de métodos	Observación Entrevista a Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador investiga sobre temores dudas información incorrecta	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
El prestador aclara temores dudas información incorrecta	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador conversa con el cliente opciones distinguiendo las convenientes de las inconvenientes	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

Prestador da información sobre método preferido/solicitado por el cliente	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador ofrece el método requerido por el cliente	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Estimula y confirma la decisión del cliente	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
<i>D EXPLICAR EL TRATAMIENTO / USO DEL MÉTODO</i>		
Prestador indica exámenes	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador explica/demuestra habilidades para la forma correcta de usar método/tratamiento	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Prestador sugiere formas de recordación para facilitar uso/tratamiento	Observación	Guía de Observación
Prestador explica posibles efectos colaterales y como resolverlos	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Prestador solicita al cliente que resuma información sobre tratamiento/método	Observación Entrevista al Cliente Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Cuestionario al Prestador
Prestador utiliza materiales de IEC para facilitar explicación al cliente	Observación Entrevista al Prestador	Guía de Observación Cuestionario al Prestador
Prestador proporciona material de IEC al cliente	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Pregunta al cliente si tiene dudas/preguntas sobre el tratamiento/método	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas
<i>E ACORDAR VISITA DE SEGUIMIENTO</i>		
Programa la visita de seguimiento	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Solicita al cliente que regrese antes si tiene preguntas/problemas	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Solicita que refiera a otras personas con problemas/necesidades de PF similares	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

Refiere al cliente a otros servicios de salud en caso necesario	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario a Cliente
3 INTERACCION Y EMPATIA		
Provedor concentra su atención en el cliente, sin interrupciones	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas
Hay interrupciones/distracciones en área de consulta	Observación	Guía de Observación
Muestra respeto y valora al cliente	Observación	Guía de Observación
Provedor desacuerda /critica/desautoriza información que le da el cliente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas
Hace principalmente preguntas abiertas	Observación	Guía de Observación
Alienta la participación activa del cliente	Observación Grupos Focales Cliente	Guía de Observación Guía de Pautas
Pregunta al cliente de como le afecta (en términos emocionales) su problema/necesidad	Observación	Guía de Observación
Da importancia a las preocupaciones/puntos de vista del cliente	Observación Grupos Focales Cliente	Guía de Observación Guía de Pautas
Provedor usa palabras simples en su comunicación	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas
Usa comunicación no verbal amable (aparencia postura gestos tono expresión facial)	Observación	Guía de Observación
Cliente y proveedor se muestran cómodos en confianza sin tensión	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
La información se presenta demasiado rápido como para que el cliente la entienda	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Provedor hace mas de una pregunta a la vez	Observación	Guía de Observación
Relación se desarrolla con interés y compromiso	Observación	Guía de Observación
No hay dominio de ninguna de las partes (proveedor y cliente)	Observación	Guía de Observación
Atmosfera amigable	Observación	Guía de Observación
Existe contacto visual	Observación	Guía de Observación

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

4 EMPODERAMIENTO DEL CLIENTE		
Cliente siente que tiene derecho al servicio	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente siente que tiene derecho a la interlocución a hablar libre y espontáneamente	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente siente que tiene derecho a la interpelación a hacer reclamos a presentar quejas cuando es necesario	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente siente que tiene derecho a participar activamente en la consulta	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente siente responsabilidad de participar en la consulta	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente siente responsabilidad por su propia salud	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente asume responsabilidad (compartida con pareja/Estado) por la salud de sus hijos	Grupos Focales Cliente	Guía de Pautas
Cliente hace preguntas libremente/espontáneamente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales Clientes	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas
Cliente pide aclaraciones explicaciones o mayor información sobre el tratamiento/método	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas
Cliente responde de manera amplia a preguntas del prestador	Observación Grupos Focales	Guía de Observación Guía de Pautas
Cliente expresa libremente/contadamente temores y preocupaciones	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente, Guía de Pautas
Cliente proporciona información sin que le sea solicitada	Observación	Guía de Observación
Cliente repite las instrucciones importantes sobre el tratamiento/método	Observación	Guía de Observación
Cliente expresa sus preferencias y solicita un tratamiento/método	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
Cliente selecciona un método apropiado	Observación	Guía de Observación
Cliente explica por qué el método/tratamiento seleccionado es mejor	Entrevista a Cliente	Cuestionario al Cliente
Cliente establece una relación de igualdad con su pareja en el momento de acudir a un establecimiento de salud o de empezar un tratamiento	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas
Cliente establece una relación con prestador que refuerza igualdad entre géneros	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas

PROYECTO 2000
Evaluación/Diagnóstico rápido

INDICADORES DE HABILIDADES DE COMUNICACION INTERPERSONAL Y CONSEJERIA (CIC)

Cliente explica/describe cómo tradicionalmente se cura	Observación Grupos Focales	Guía de Observación Guía de Pautas
Prestador acepta/alienta cliente a usar medicina tradicional cuando es necesario	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas
Prestador incentiva el desarrollo de la autoestima en el cliente	Observación Grupos Focales	Guía de Observación Guía de Pautas
Prestador da importancia a preocupaciones/puntos de vista de cliente		
Prestador establece atmósfera de equidad en la relación con el cliente	Observación	Guía de Observación
Prestador muestra preocupación/interés sobre situación del cliente	Observación Grupos Focales Clientes	Guía de Observación Guía de Pautas
Prestador reconoce y refuerza la participación activa del cliente	Observación Entrevista al Cliente Grupos Focales	Guía de Observación Cuestionario al Cliente Guía de Pautas
Prestador da al cliente suficiente tiempo para describir su situación personal	Observación Entrevista al Cliente	Guía de Observación Cuestionario al Cliente
No existe dominio de ninguna de las dos partes en la relación prestador-cliente	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas
La imagen que cliente tiene de sí mismo lo acerca al prestador	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas
La imagen que cliente tiene del prestador refleja sentimiento de igualdad entre ambos	Grupos Focales Clientes	Guía de Pautas

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluación / Diagnóstico Rápido

Formulario 07

GUIA DE GRUPO FOCAL CON CLIENTES

HOJA DE PORTADA

DATOS DE CONTROL			
D1. Región / Sub Región		D2. Provincia	
D3. Distrito		D4. Numero de la Red	
D5. Establecimiento de salud			
D6 Tipo de Establecimiento			
D7 Fecha de la sesion			
D8. Nombre del facilitador			

CARACTERÍSTICAS DEL GRUPO			
Número de varones		Rango de edad	
Número de mujeres		Rango de edad	
Hora de inicio		Hora de culminación	

GUIA DE PAUTAS

- 1 Saludar
- 2 Presentarse - Dar su nombre y la organizacion a la que pertenece presentar a los otros miembros del equipo e indicar cual sera su funcion
- 3 Indicar - que la sesion de grupo focal sera grabada no obstante todo aquello que se diga sera de estricta confidencialidad
- 4 Explicar la razon por la cual se ha convocado al grupo - Esta sesion tiene como proposito conocer sus experiencias y opiniones en la utilizacion de los servicios de salud y sus respuestas seran muy utiles para lograrlo Agradezca de antemano su participacion
- 5 Iniciar la sesion de grupo focal

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluación / Diagnóstico Rápido

Formulario 07

CALIDAD DE ATENCIÓN

APOYARSE EN SET DE FOTOGRAFÍAS QUE MUESTRAN DIFERENTES TIPOS DE INTERACCIÓN ENTRE EL CLIENTE Y PRESTADOR PARA INVESTIGAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE CALIDAD

Si Ustedes han tenido consulta con algún profesional/trabajador de la salud podría decirnos

- 1 ¿Como es en general el personal de salud (médicos enfermeras obstetricas tecnicos)? ¿Con que animo le atienden? (Comparar y establecer diferencias y preferencias de los clientes e investigar el por que de estas
- 2 ¿Son buena gente abiertos dispuestos a escuchar sus problemas sonrien? ¿O lo contrario son serios cerrados no se interesan en sus necesidades groseros?
- 3 ¿Les preguntan/conversan sobre el motivo de su visita y sus problemas de salud? ¿O les recetan sin preguntar?
- 4 ¿En que prestadores confian Ustedes mas y por que? (Investigar aspectos de valoracion del cliente)
- 5 ¿Creen Ustedes que los prestadores hablan con claridad o son complicados en su lenguaje? ¿Se les entiende? ¿Que no se les entiende? (Durante la consulta en general y cuando explican los tratamientos)
- 6 ¿Es facil para Ustedes hacer preguntas/se sienten a gusto de preguntar o creen que el prestador se molesta si preguntan? ¿Como se siente Usted cuando pregunta? El prestador los motiva a que sigan preguntando?
- 7 ¿Los prestadores responden cuando Ustedes preguntan? ¿Como les responden son amables? ¿Claros?
- 8 ¿Se interesan/preocupan por lo que Ustedes piensan sobre salud enfermedad tratamientos caseros?
- 9 ¿Les escuchan y se preocupan por aclarar sus dudas?
- 10 ¿Si Ustedes van con su pareja el prestador pide la opinion de su pareja y trata de lograr un acuerdo entre los dos?
- 11 ¿Si Usted le pudiera pedir a (persona con credibilidad por ejemplo el Presidente Fujimori) mejorar el servicio de los establecimientos que utilizan que le pedira que cambiara? ¿Y que cosas le pedira que dejara como estan?

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluación / Diagnóstico Rápido

Formulario 07

EXPECTATIVAS/SATISFACCIÓN DEL CLIENTE

Cuando vamos al mercado los días feriados o cuando necesitamos viveres en alguna de las tiendas de la comunidad muchos de nosotros vamos siempre a la misma tiendecita y/o buscamos a nuestra 'caserita' preferida ¿Pensemos por qué siempre vamos donde ella/el? (Posibles respuestas nos da crédito me da una 'yapita' siempre tiene viveres de buena calidad, me trata con cariño siempre está de buen humor me hace pasar un buen rato conversando etc) Dejar que describan el por qué de su preferencia

Ahora bien cuando tenemos un problema de salud vamos al hospital Centro o Posta

1 Para sentirnos como con nuestra 'caserita' preferida como quisiéramos que

- ¿Fuera el trato?
- ¿Cuanto tiempo debería durar la consulta?
- ¿Como debería ser la persona que la atiende? Describala
- ¿Que quisiera que le dijera esa persona/prestador?
- ¿Como debería ser el lugar en donde la atienden? (Explorar concepto de privacidad)
- ¿Que le gustaría preguntar?
- ¿Que le gustaría que le dieran?
- ¿Que más?

APOYARSE EN SET DE FOTOGRAFÍAS QUE MUESTRAN DIFERENTES TIPOS DE INTERACCIÓN ENTRE CLIENTE Y PRESTADOR PARA INVESTIGAR LOS SIGUIENTES ASPECTOS DE CALIDAD

- 2 Pensando en estos sentimientos de gusto cuando vamos a nuestra caserita preferida ¿que le haría sentirse a Usted de esta misma forma (muy a gusto) después de ser atendidas por el prestador de servicios de salud? (Investigar aspectos del prestador del establecimiento del trato, y otros)
- 3 ¿Que le haría a Usted regresar a un centro de servicios? En su experiencia visitando establecimientos de salud ¿que es lo que más le ha gustado y que la ha dejado con un buen sentimiento, a gusto?
- 4 ¿Por qué motivo no regresaría Usted a un centro? En su experiencia visitando establecimientos de salud que es lo que más le desagrada o no le gusta?
- 5 ¿Que le haría a Usted recomendar a un prestador de servicios a amigos y familiares?

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluacion / Diagnostico Rapido

Formulario

EMPODERAMIENTO DEL CLIENTE

- 1 Cuando Usted va a una consulta ¿siente que es su responsabilidad hablar/dar informacion/ preguntar o cree que es solo el prestador el que puede hablar? ¿Por que solo el prestador por que Usted tambien?
- 2 ¿Cual cree que sea la ventaja de que Usted pregunte al prestador sus dudas?
- 3 ¿Si Ustedes tienen alguna preferencia por algun tratamiento/metodo se la dicen al prestador? ¿Si? ¿No? ¿Por que?
- 4 Han sentido alguna vez que el prestador
 - ¿Las ha felicitado por venir? ¿Por seguir un tratamiento adecuadamente? ¿Por preguntar dudas y opinar? ¿Como se sintieron cuando las felicito?
 - ¿Las ha regañado o se ha molestado con Ustedes? ¿Como se sintieron cuando esto sucedio? ¿Que hicieron o le dijeron al prestador? (Explorar cada alternativa e investigar que les hubiera gustado responder o hacer ante ese regaño y cuales son las iniciativas del parte del cliente para evitar el mal tr cuando este se da)
- 5 ¿Como se siente Usted cuando el prestador le hace preguntas? ¿Responde confiado tranquilo o siente vergüenza/temor de responder? ¿Por que le da vergüenza/temor responder? ¿Que tendria que hacer Usted mismo para no sentir vergüenza/temor? ¿Que tendria que hacer el prestador para que Usted no sintiera vergüenza/temor?
- 6 ¿Si Usted utiliza tratamientos caseros remedios (otros) para sus problemas de salud le cuenta esto al prestador/pide su opinion o prefiere no decirselo? ¿Por que si? ¿Por que no?
- 7 ¿Usted cree que el prestador es una persona como nosotros como Ustedes? ¿En que somos iguales (en que nos parecemos) y en que somos diferentes?
- 8 ¿Usted cree que es su responsabilidad cuidar de su propia salud? ¿Por que si? ¿Por que no?
- 9 Cuando Usted va al establecimiento de salud, ¿siente Usted que tiene el derecho de que la atiendan y la traten bien? ¿Siente que le estan haciendo el favor de recibirlo? (Explorar ambas respuestas, indagar como se siente el cliente en cada caso)
- 10 Cuando Usted va al centro de salud ¿le pregunta a su pareja antes de ir? ¿Por que le pregunta? ¿En que casos se opone su pareja?
- 11 Cuando en el centro de salud le indican un tratamiento ¿le pregunta Usted a su pareja antes de tomarlo/aplicarlo? ¿Por que le pregunta? ¿En que casos se opone su pareja?

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluación / Diagnóstico Rápido

Formulario

12 ¿Su pareja/esposo la acompaña al centro de salud cuando Usted lo necesita? ¿Cuándo va? ¿Cuándo no va?

CONTENIDOS DE COMUNICACIÓN

Ahora quisiera que habláramos sobre mensajes e información sobre salud que se proporcionan en los establecimientos y a través de otros medios como radio, televisión, altavoz y otros.

- 1 ¿Han escuchado, recibido o visto Ustedes información sobre salud (del niño, de la madre) en establecimientos u otros medios (radio, altavoz, paredes, etc)? ¿En donde?
- 2 ¿De qué trataba esta información o mensajes? ¿De qué institución eran estos mensajes? (Ministerio de Salud, ReproSalud, otros)
- 3 ¿Esta información/mensajes les ayuda en alguna forma? ¿Cómo les ayuda? (Algunas opciones son: les indican en donde están los servicios, les dicen sobre chequeos médicos que son necesario hacerse, les avisan cuando vacunar a los niños, les sugieren como mantener una alimentación sana, cuidado del agua, etc.)
- 4 ¿Qué información les gustaría recibir para conocer más sobre como cuidar su salud y la de su familia/niños(as)?
- 5 ¿Como les gustaría que esta información les fuera proporcionada? (Investigar medios)
 - Visitas a su casa
 - Establecimientos de salud
 - Clubes de madres
 - Eventos comunales
 - Mercados
 - Ferias
 - Folletos
 - Radio
 - Televisión
- 6 ¿Qué información les gustaría recibir sobre Planificación Familiar?
- 7 ¿Como les gustaría que la información sobre Planificación Familiar les fuera proporcionada? (Investigar medios)
 - Visitas a su casa
 - Establecimientos de salud

ANEXO 2

PROYECTO 2000

Evaluación / Diagnóstico Rápido

Formulanc

- Clubes de madres
- Eventos comunales
- Mercados
- Ferias
- Folletos
- Radio
- Televisión

REDES

(Opcional dependiendo de disponibilidad de tiempo)

- 1 Cuando Usted tiene un niño enfermo ¿quien es la persona a quien Usted recurre primero? (Familiares amigos curanderos dueños de comercio promotores de salud personal medico)
- 2 ¿Que es lo que la hace buscar ayuda en el establecimiento de salud en un caso como este?
- 3 Cuando Usted se enferma ¿quien es la persona a quien Usted recurre primero? (Familiares amigos curanderos dueños de comercio promotores de salud personal medico)
- 4 ¿Que es lo que la hace buscar ayuda en el establecimiento de salud para Usted?

ANEXO 3 Cuadro B

FMPODI RAMIFINTO

INDICADOR	RESPUESTA EN POSITIVO (palabras/frases claves)			RESPUESTA EN NEGATIVO (palabras/frases claves)		
	COSTA	SIERRA	SCI VA	COSTA	SIERRA	SELVA
1 RESPONSABILIDADES Y DERECHOS						
Derecho al servicio	<p>porque me cobran</p> <p>no por dinero sino por humanidad</p>	<p>porque pagamos la consulta / a ellos les pagan para que nos atiendan / pagamos una cuota / pagamos nuestra consulta para que nos atiendan / no nos atienden gratis / el Estado le paga al PS para que brinde el servicio y nos deben tratar bien porque además las pacientes pagan no es gratis que les atienden</p> <p>ellos son trabajadores de salud y están allí para brindar el servicio (ligado a la responsabilidad del PS)</p> <p>también tenemos derecho como persona humana merecemos respeto sin excepción, gracias</p> <p>tenemos los mismos derechos ellos como PS y nosotros como pacientes</p>	<p>es un derecho que tenemos / no es un favor (no dan explicación)</p> <p>pues si nosotros vamos a pagar las medicinas acaso venimos para que nos traten mal / porque son empleados del Estado y para eso les pagan la atención ya está pagada por el Estado es gratuita y tenemos derecho a que nos atiendan /</p> <p>tenemos derechos tanto el doctor como nosotros debemos ser bien atendidos y así salimos contentos y agradecidos de la consulta</p>		<p>Como estamos yendo a pedirles un servicio a ellos ya nos atienden mal (Chl 302)</p>	<p>cómo ejercer ese derecho si no tenemos los recursos económicos para curarse</p>

151

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Derecho a la interlocución</p>		<p>Después yo ya me doy confianza, ya converso con el doctor (sobre todo si va seguido)</p> <p>pero también que me expliquen cómo puedo hacer y cuáles son las indicaciones que me expliquen más de todos los anticonceptivos que hay puede ser la T de cobre las ampollas Pero [que me expliquen] cómo se utilizan (Ch1 792)</p>			<p>Situación ideal el Ps debe limitarse a escuchar a la persona y darle más confianza para [así] hablarle de todos los síntomas</p> <p>Situación real No es así es una atención rápida ()</p> <p>Cliente siente que es muy raro tener derecho a preguntar preguntan cuando es necesario y en esos casos les contestan (Hua2 313 330)</p> <p>Depende de cómo me haya tratado si me contesta mal si no me atiende ya no quiero volver para que me sane a mí o a mi bebé () (Pun4 64)</p>	
-----------------------------------	--	---	--	--	--	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Derecho a la interpelación</p>	<p>Madre relata que insistió para quedarse con su niño enfermo en el ES porque no tenía condiciones adecuadas en su casa para cuidarlo. También logró que le dieran la prescripción que en un principio le negaron en la farmacia. (Lab1 32)</p>				<p>el médico no nos quiso atender porq. e la enfermedad (de la paciente) estaba muy avanzada. Nos cerró la puerta no quiso comprender.</p> <p>Clientes no están informadas sobre cómo presentar una queja.</p> <p>Si una persona se queja, la siguiente vez que va al LS no la quieren atender.</p> <p>Cliente a quien gritaron cuando fue a dar a luz por primera vez al hospital no dijo nada pero no regresó la segunda vez dio a luz en sus casa. (Ch.1 872)</p> <p>Nada no podemos decir nada [aunque nos traten mal] no podemos contestarles. (Ch.1 294)</p> <p>No explican, claro gritan. Yo tenía un dolor de parto que no podía aguantar y me decían ¡callate! Otros partos los tuve en mi casa [Cliente elije conscientemente] (Pun4 36)</p> <p>No podemos decirles muchas cosas porque también se ensañan con nosotros () Al menos hay que temerles porque puedo regresar y necesitar de ellos. (Ch.1, 302)</p>	
-----------------------------------	--	--	--	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Responsabilidad del/a cliente en cuanto a la interlocucion</p>	<p>Debemos preguntar porque es su salud () Uno puede estar mal y estuve en consulta y digo por qué no pregunté (Lab 1 132)</p>	<p>Para eso acudimos al centro de salud uno explica lo que tiene para que ellos te puedan recetar y te puedas aliviar (Ch 1 726 730) [varios testimonios de este tipo]</p> <p>Hay quien afirma que es responsabilidad tanto del PS como del/a cliente de hablar cliente manifiesta lo que tiene y el PS te preguntas y entonces hay que responder (Ch 2 1910 1916)</p>	<p>Es la responsabilidad del cliente informar al PS sobre sus dolencias para que éste pueda intervenir de manera eficaz (uca 2 614 618 620 630) /</p> <p>El doctor no es adivino que va a adivinar dónde [me] duele () debo explicarle mi enfermedad o lo que siento para que me pueda indicar que hacer (uca 2 630 634)</p>			
---	--	--	---	--	--	--

161

161

161

ANEXO 3. Cuadro B

<p>Responsabilidad por la salud del cliente</p>		<p>Debemos ser responsables de nuestra salud y por ende de la de nuestros hijos si no nos cuidamos nosotros ¿quién va a venir a cuidarnos? / Otra persona apoya lo que ha dicho esta participante (Chl 1015 1019)</p> <p>Respuesta de participantes mujeres debemos cuidar de nuestra salud para no dejar huérfanos a nuestros niños</p> <p>Nadie más va a venir a velar por mi salud y por la de mis niños (Ch2 2234 2266) / Si no te cuidas tu ¿quién te va a cuidar? (Huan1 736 738) / Cada uno tiene que tener cuidado por su persona (Pun2 412 418)</p> <p>Cliente dice cerciorarse de los medicamentos que le recetan porque los médicos a veces se equivocan y porque yo soy muy cuidadosa con mi salud (Pun1 506)</p>	<p>El médico tiene la responsabilidad en la medida que es él el que conoce de medicinas (Uca 2 594 y 588 594)</p> <p>Cliente dice acercarse al Es al primer sintoma de dolencia si se acerca cuando está ya muy grave no es responsabilidad del PS sino de él mismo Este/a participante deslinda claramente la responsabilidad del Estado (de crear centro de salud" y enviarnos médicos profesionales) de la responsabilidad que tiene cada ciudadano de velar por nuestra propia salud (SM 1 337)</p> <p>La salud es un derecho de todos pero cuidar de la salud es un deber de cada uno (SM 1 321 329)</p>		<p>" pero nosotros decimos así hay que cuidarnos pero por ejemplo cuando nosotros menstruamos decimos no debemos lavar no debemos tocar agua, pero todas también hasta yo misma también estoy menstruando a veces y me voy a lavar tomo naranja (Huan1 746)</p>	<p>Tenemos el deber y el derecho de velar por uno mismo afirma un/a participante pero debido a la situación económica ahora tu te enfermas [y] mejor todavía te vas al cementerio porque ese es el unico camino ahorita SM1 367)</p>
---	--	---	--	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Responsabilidad por la salud de sus hijos</p>		<p>Algunas participantes afirman que si sus hijito/as se pusieran mal y el marido no les diera permiso para ir al LS de todas maneras irian como sea tengo que venir (+ ella asume la responsabilidad en este caso hipotético) / como madre responsable que soy me vendria si mi hijito está mal (Pun 1 766 802)</p> <p>Prestan atención a los mensajes de salud para cuidar a sus hijos (e g pasan en carro diciendo que la neumonia es peligrosa) Huan 1 874 882)</p>	<p>Lleva a sus niños cuando arrojan se debilitan cuando se trata de algo que nos es serio (e g resfrio) lo cura en la casa (e g con intalginita) (Uca 2 48)</p> <p>Mientras el/la niño/a esté en la posta la responsabilidad es del PS pero si de ahí lo saco es responsabilidad mia (Uca 2 604 606)</p>			<p>yo vengo el doctor me pregunta entonces yo le explico () él me enseña y me voy a mi casa y hago como él me indicó () Es responsabilidad del doctor sí señorita (Uca 2 598 602)</p>
--	--	---	---	--	--	---

ANEXO 3 Cuadro B

2 INTERACCIÓN (diálogo / empatía)	COSTA	SIERRA	SELVA	COSTA	SIERRA	SELVA
<p>Cliente hace preguntas libremente / espontáneamente</p>			<p>Yo le pregunto todo doctor por qué esto doctor por qué y siempre me ha contestado cada vez que ha preguntado le han respondido bien no le ha tocado un mal médico (Ucal 370 374)</p>			<p>Sobretudo la primera vez, las clientes se sienten cohibidas nerviosas parece que [el/la PS] me va a rechir me va a contestar mal (Ucal 424-448)</p>

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Cliente pide aclaraciones explicaciones o mayor información sobre el tratamiento</p>	<p>"A mi me gusta preguntar saber cómo estoy Preguntando nos aclaran las dudas (Lab 1 132)</p>	<p>Yo diría que es fácil [hacer preguntas a un/a PS] / Me siento bien al preguntar / Nosotros a cualquiera (médico obstetra, enfermera) preguntamos / es normal preguntar /</p> <p>Cliente siente más confianza en una PS mujer para hacerle preguntas</p> <p>en otros casos nos ponemos nerviosas señorita al momento de hablar se nos traba la lengua pero yo no señorita (Ch 2 602)</p>	<p>el PS no se molesta cuando le preguntan</p> <p>el dolor físico hizo que la cliente perdiera miedo al preguntar no tenía ni miedo nada entraba nomás a preguntar (uca 468)</p> <p>Uno mismo debe preguntar al/a PS sus preocupaciones muy alegre nos explica () en cualquier momento () Si nos responde alegre (Sunt 1 159 179)</p> <p>Cliente ha recibido aclaraciones oportunas de parte del/a PS (SM 185)</p> <p>Es fácil hacer preguntas a un/a PS</p> <p>Se les entiende (a los/as PS) fácilmente cuando responden (claridad)</p>		<p>A veces me da miedo y no pregunto mucho / A veces da vergüenza preguntar / da vergüenza / - No me siento con mucha confianza para preguntarle</p> <p>Situación hipotética yo preguntaría así constantemente preguntaría al doctor hasta entender</p> <p>Cliente define una mala atención como Quizás que voy a hacer preguntas y [el/la PS] no me va a responder</p> <p>Cliente no se atreve a preguntar a la PS si es cierto que la T de cobre da cáncer porque le da vergüenza y se pone nerviosa</p> <p>más nos hablan de las ligaduras señorita () Nomás nos hablan de la ligadura (Ch2 898 924)</p> <p>No tengo a nadie quien me oriente [que se haya hecho la ligadura, por ejemplo] () yo quiero saber con qué nos ligan o sea con qué nos amarran la parte que nos van a operar o cómo es eso Eso todavía no lo sé (Ch2 926 942)</p>	<p>Al principio la cliente tiene miedo de preguntar porque piensa que el/la PS la va a reñir</p> <p>Clientes no piden aclaraciones porque piensan que los PS (e.g. doctor) les van a contestar mal / piensan que los van reñir (no explican por qué)</p> <p>La cliente se siente nerviosa porque a veces uno piensa que el doctor nos va a contestar mal (UCA 1 418)</p> <p>La cliente no proporciona información al médico hasta que éste la haya examinado y diagnosticado para chequear si coincide con lo que ella sabe que tiene (SM 1 273)</p>
---	--	---	--	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Cliente expresa libremente / con fiadamente temores y preocupacione</p>		<p>Al principio uno tiene miedo despues -- cuando formas amistad --ya tienes confianza para hablar y contarle tus cosas al/a PS</p>			<p>Cliente siente miedo de preguntar / El PS tendria que hablar más para que la cliente no tuviera miedo de preguntar o hablar durante la consulta</p>	<p>A cliente se le estremece el cuerpo cuando va a hablar con el PS "parece que me va a reñir Si yo le pregunto me va decir Sra. tan burra eres eso es lo que pienso (Uca1 398)</p>
<p>• Cliente proporciona información sin que le sea solicitada</p>					<p>Si el doctor le preguntara, respondería sin vergüenza</p> <p>porque hay preguntas que a veces no conozco () estoy más tranquila cuando me preguntan. (Ch.1 936)</p>	
<p>Prestador da al cliente suficiente tiempo para describir su situación personal</p>					<p>() es una atención rápida () Tu a veces no haz terminado de decir todo y ya te dieron la receta.</p>	
<p>Prestador muestra preocupacion /interés sobre situación del cliente</p>		<p>PS aclara las dudas de la cliente mostrando interés (ch3 436 110)</p>			<p>el PS no te escucha ya no explica al cliente lo que tiene ni cómo se va a sanar - Yo pienso que es una persona que no me va a escuchar</p>	
<p>• Prestador reconoce y refuerza la participacion activa del cliente</p>				<p>Timidéz miedo a ser resondrado mejor quedarse callado porque despues nos encontramos con ellos mismos y ya no nos tratan igual (Lab1 168)</p>	<p>[[Hay] gente que cuando tu quieres hacer una pregunta, en lugar de encontrar un gesto amable encuentras todo lo contrario (Pun3 116)</p>	<p>¿El/a PS te motiva a preguntar? a veces si señorita no siempre</p>

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Cliente selecciona un método/ tratamiento apropiado</p>		<p>() esa chica pasó ya por mi casa [para darme información] he revisado cuál de ellos quiero para poder planificar hay Norplant ampollas (Aya2 68)</p> <p>[El doctor salió] y se quedaron las internas Lo que a mí no me gustaba era que entre ellas se preguntaban si no está bien () Entonces yo dije no ¿saben qué? Mejor vuelvo otro día me levanté y me salí (Ch1 172)</p> <p>si es que no nos atienden bien [yo no regreso] (Ch1 682 684)</p> <p>depende de diferentes servicios En control del niño sano es un servicio que te atienden bien () planificación también me atienden bien, pero en ginecología () yo diría que nunca voy a ir allí (Ch1 688)</p> <p>[Como me trataron mal la primera vez que di a luz e incluso me hicieron un corte en exceso] para la segunda vez yo no quería que me atiendan ni obstetras ni las técnicas ni nada sino que yo misma llamé al médico (Ch1 700)</p> <p>en [el] caso mio señorita yo me he hecho la ligadura () primerito me orientaron ¿no? Sobre todo la señorita \ más que todo vino a mi casa Y yo me animé y me hice señorita y no siento nada (Ch2 1002)</p>			<p>() siempre uno necesita de un hospital no todo es que no que no vamos a regresar Yo sí volvería aunque me hayan tratado mal / Regresara también porque a veces cambian al pediatra y obstetras también cambian de turno Hay obstetras que nos tratan bien (Ch1 692 y 696)</p>	
--	--	---	--	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

4 RELACIONES DE GÉNERO	COSTA	SIERRA	SELVA	COSTA	SIERRA	SELVA
------------------------	-------	--------	-------	-------	--------	-------

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Con la pareja (al acudir a un centro de salud)</p>		<p>yo no he hablado en ningún momento de permiso no Una mujer nunca debe preguntar si puede ir () esa no es la cosa tienen que tratar de llegar a un acuerdo (Huan1 842)</p> <p>Esposo acompaña a su mujer al ES pero no entra con ella al consultorio (Ch3 452-486)</p> <p>Las mujeres tienden a avisarle al esposo que van a acudir al centro ya sea porque yo le cuento a él mis problemas () y él me dice que vaya al centro o porque la mujer le comunica a su esposo mañana tengo una cita y voy a ir (Ch1 1107 1115)</p> <p>Hay quien consulta con su marido antes de ir al ES para qué somos pareja, sino para qué formaríamos una familia entonces (Huan1 782) y quien afirma Yo me voy sola señorita (Huan1 790)</p> <p>Cuando las mujeres dan a luz, los esposos las acompañan (Ch2 826 Ch2 2450 2456)</p> <p>En caso de gravedad el esposo acompaña a su mujer (Ch2 846) / Los maridos acompañan a sus mujeres algunas veces (Ch3 450)</p> <p>A veces las acompañan sus maridos (no especifican cuándo) (Huan2 84 y 104)</p>	<p>Mujer dice estar acostumbrada avisarle a su esposo que va a ir al LS nosotros tenemos que planificar para venir acá (Uca2 812 816)</p> <p>Claro yo tengo que conversar con él y además de eso él me da la plata para comprar lo que me recetan, los remedios (SM1 411)</p> <p>Las mujeres tienden a ponerse de acuerdo / planificar con el marido para acudir al LS (Uca2 794 816)</p>	<p>Sí hay que avisar al esposo es lo correcto A veces yo me voy callada y no puedo llegar tarde al almuerzo (Lab2 194)</p> <p>Uno tiene que consultarle () Podría pensar mal que estoy haciendo otra cosa (Lab1 176)</p>	<p>Quieren saber adónde vamos / Cuando uno sale el esposo tiene que saber Si no piensan adónde uno se ha ido (Ch2 2328 2330)</p> <p>Una participante relata tener una prima cuyo marido le impide acudir al ES para hacerse el control de la natalidad aunque ya tiene cuatro hijos Porque yo creo añade que acá en la sierra los hombres son un poco machistas (Ch1 1129 1139)</p> <p>tengo que decirle a donde voy ¿no? () no me puedo salir callada (Ch2 2298 2302)</p> <p>Hay quien se va a veces calladito para evitar problemas con su pareja (Huan1 786)</p> <p>el hombre es el que da el permiso (Huan1 800 Pun3 338 342) " a veces son bien tercios () No quiere a veces a veces por ejemplo le digo que me voy a comprar (Huan1 806 810) / Se oponen a la planificación familiar Los varones son muy machistas y piensan que cuando uno se cuida con los anticonceptivos las va a sacar la vuelta o algo (Huan1 812 818)</p> <p>El hombre está trabajando l s la mujer la que acude o lleva al niño al ES (Ch2 822)</p>	<p>"No todos los hombres son machistas no no Las mujeres somos machistas pues (Uca1 858 860)</p> <p>Un participante dice haber asistido con su mujer a una consulta con el ginecólogo sólo una vez, hace doce años para consultar sobre planificación familiar directamente con el médico especialista (Ucl1 524)</p>
---	--	--	---	---	---	---

ANEXO 3 Cuadro B

Con la pareja (al empezar un tratamiento)	Hay que consultar con el marido porque él tiene que d ir la plata para que compremos los remedios (Lab1 184) Es importante [consultar con el marido] por el dinero para comprara las medicinas (Lab2 108)					
---	---	--	--	--	--	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Con e/la PS</p>	<p>El doctor se dirige más a quien está enfermo (Lab2 122)</p>	<p>Las mujeres tienden a tener más confianza en PS de su mismo género porque es una mujer es más educada y puedo tener confianza no creo que saque a luz ella (Ch3 158)</p> <p>Cuando son mujeres volvemos a preguntar pero cuando no no preguntamos () (Pun3 298 302)</p> <p>El/la PS trata de lograr un acuerdo entre los dos [la pareja] (Pun2 200)</p> <p>Una participante afirma Yo hablo [durante la consulta porque] yo soy la que tiene problemas no él [su pareja] (Ch1 1221 1225)</p> <p>Caso de violencia conyugal No sino que nos dicen qué vas a hacer es tu marido Así es bueno nos trata de convencer también (Ch3 316 324)</p> <p>El/la PS se dirige al mando para conscientizarlo Porque ya no debes tener más hijos debes cuidarte si usted tuviera cantidad de plata y más terrenos así puedes tener más hijos Pero ya debes entrar en planificación, ya tienes a quien mantener (Han2, 106 112)</p>	<p>Los hombres se confían más en los PS hombres y las mujeres en las PS mujeres (SM1 38 y 42)</p> <p>Debería haber especialistas de ambos sexos () más que todo en este ramo como ginecólogo o un urólogo () (Uca1 224)</p>	<p>El médico se dirige más al esposo durante la consulta porque es él el que va a pagar la consulta Cuando se trata de la salud del niño más habla mi esposa porque ella lo cuida (Lab2 122)</p>	<p>Hay mujeres que piensan que algunos [PS hombres] son malos lo hacen por viveza algunos (Aya1 332)</p> <p>Las mujeres tienden a tener más confianza en PS de su mismo género porque es una mujer es más educada y puedo tener confianza, no creo que saque a luz ella Mientras que un PS hombre puede contar a nuestro esposo y peor puede ser en la casa (Ch3 108 y 158)</p> <p>Porque se molestan [los PS hombres cuando se les pregunta algo] te dicen ya te he dicho ya, qué más quieres ya te dicen no soy perro para repetir (Pun3 298 302)</p>	
--------------------	--	--	---	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Otros comer años</p>					<p>Acá no dejan que el esposo entre en el parto () (Pun+ 60)</p>	<p>Porque hay en esta zona más mujeres que hombres esto da lugar a que un hombre tenga dos tres concubinas [El problema no está necesariamente] en los hombres señorita Aparte que yo pienso que hay mucha infidelidad de las mujeres con los hombres hay bastantes homosexuales también acá Por eso digo ¿no? en vez que los hombres se dediquen a las mujeres porque también hay muchas madres solteras necesitan un hombre total ahí están de maricones (Sm1 878)</p>
-----------------------------	--	--	--	--	---	--

ANEXO 3 Cuadro B

5. AUTO /VALORACIÓN	COSTA	SIERRA	SELVA	COSTA	SIERRA	SELVA
------------------------	-------	--------	-------	-------	--------	-------

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Cliente explica/describe cómo tradicionalmente se cura (hierbas remedios caseros)</p>	<p>Si le decimos porque el doctor nos hace preguntas (a) vez le hemos hecho mal o tal vez le pone otra medicina que le cruce Si le digo mejor (Lab1 160)</p> <p>Del suero me ha dicho que estaba bien lo que había hecho Le he contado y me dice que está bien (Lab2 96)</p>	<p>Avisaría al doctor que está tomando hierbas para evitar contraindicaciones mejor tengo que franquearme con el médico o con la enfermera que me atienden (Hua.1 698 704)/ Porque la receta que él pueda darnos puede causar una reacción negativa con la hierba (Pun2 406)</p> <p>Si le diría al PS que está cuidándose con hierbas porque no son igual que los métodos hay que preguntarle ¿no? / o porque acaso los remedios caseros no son tan malos como las medicinas que tomamos señorita / para que no le de otra clase de pastillas / porque ya el doctor me diría si está bien o si está mal las hierbitas que le estoy dando (Ch 2, 2128 2174)</p> <p>otros dicen que es bueno también (Huan1 598)</p> <p>Las participantes dicen tratarse más con hierbas que con medicamentos / A veces las medicinas cuestan más y no son tan efectivas / (independientemente de si se lo comunican o no al PS) (Huan 1 556 562)</p> <p>Si a veces les hablamos cuando una hierba es buena (Pun3, 230)</p>	<p>‘todos tenemos una forma de curarnos () yo le cuento al médico y el doctor me explica después los remedios cómo lo voy a preparar () y al llegar a mi casa yo hago como me indican ”(Uca 2 642)</p> <p>Cliente explica al PS ‘todos los remedios que ha hecho en casa para evitar “choques entre los tratamietos (SM1 399)</p> <p>Cuando explican a los PS que han tomado remedios caseros estos Lo toman bien, como primeros auxilios así nos dice el doctor (SM1 401-403)</p> <p>si le estamos dando remedios caseros hay que decirle al médico porque sino le dice puede envenenarse uno (Uca2 726)</p> <p>Un/a participante dice haber optado por acudir a los ES y no a los curanderos o ‘tabaqueros a raíz de que se sintió engañado un hijo caso se le murió y él estuvo muy grave () con los médicos naturistas ya no de ahí corté (Uca2 1155 1158)</p>	<p>si nuestra enfermedad ya es un poquito más grave no le vamos a acudir al doctor que estamos tomando hierbas porque él <u>no va a entender</u> () (Huan1 696)</p> <p>No le contarían al médico que usan hierbas porque se molestan Para qué toman eso eso no son medicinas Eso no se toma sino los medicamentos Otra participante No le dice prefiere no meterse [en problemas] (Ayal 386-406)</p> <p>ellos [los PS] quieren que tomemos medicinas pero también hay en hierbas pues, señorita (Huan.1 606)</p> <p>Más que todo la gente que consume hierbas a veces no se lo cuenta [al PS] pero cura más rápido / ‘unos [PS] dicen que para qué tomas ya te estás malogrando (Huan 1 594 598)</p> <p>No sé si le diría [al doctor que estoy usando hierbas] (Ayal 420)</p> <p>Hay enfermedades como el chachco o el</p>	<p>le pregunta pues qué remedio le has dado si uno le ha dado le tiene que decir tales y tales remedios y de acuerdo a eso puede darnos remedio que no sea a la contra [que no le choque] (SM 1 399)</p>
---	--	---	---	---	--

174

ANEXO 3 Cuadro B

<p>El/la PS da importancia a preocupaciones/puntos de vista del/a cliente</p>				<p>Una cliente relata 1) su cuestionamiento de que el médico dejara desnudo a su bebe sobre la camilla 2) que se había pasado dos semanas de la fecha de parto y queria que la internaran Reacciones del médico 1) me gritó 2) ¿quién es médico tu o yo? Reacción de ella 1) Ya sabrá él lo que hace 2) en febrero mi niño y yo estaremos muertos [pensó] Bueno dije que ya y esperaré (Labl 136)</p>	<p>Me dijo que eso de estar amarillo de los bebes era normal Yo le dije que mi hija mayor también estaba así [de color amarillo] y que me había fallecido [El/la PS] entonces me dijo eso no tiene nada que ver () me empezó a decir que yo era una descuidada que no sabía cuidar a mi hija, que seguro por eso se me había muerto () así me empezó a gritar por eso ya tenía miedo de regresar a ese servicio de pediatría () Me sentía culpable de que mi hija se había muerto () tenía ganas de llorar) (Chi 218 222)</p>	
---	--	--	--	---	---	--

176

6 EQUIDAD PS CLIFNTE	COSTA	SIERRA	SELVA	COSTA	SIERRA	SELVA
<p>Imagen de/la cliente de si mismo frente al PS</p>		<p>A la pregunta ¿qué tendríamos que hacer nosotras mismas para no tener ese miedo esa vergüenza [ante el PS]? hay quien responde Tener más confianza () en una misma claro (Ch.1 945 951)</p> <p>Claro que nosotros también sabemos de plantas vegetales pero no es conforme no es tan la realidad Las plantas pueden dar la curación, como [las medicinas] de las boticas si son las buenas (Uca2 766)</p> <p>Si claro que somos iguales [a los PS] Sino que ellos tienen los conocimientos que nos pueden impartir para conocer nosotros mejor (Ch1 997)</p> <p>son personas iguales que nosotros sólo que han estudiado un poco más nada más que sólo nos brindan sus conocimientos' (Ch1 1001)</p>	<p>" yo mayormente no los traigo acá a los niños porque no se enferman de gravedad Crecen mis niños más o menos sanos por eso no acudo acá pues () Yo sola le convido sus pastillitas (Uca2 1130 1134) (self efficacy)</p> <p>" en ciertas ocasiones acudo al curandero o a veces yo le automedico porque en ciertas ocasiones se me ha sanado bien [con] algunos consejos de algunas personas naturistas () Pero si veo reaccion, que está de mal en peor tengo que acudir a un centro de salud / cuando es leve ahí nomás en la casa los curo (Uca2 1138 1146)</p>		<p>Nosotros somos de bajo conocimiento él [PS/médico] tiene conocimiento por medio de [sus] estudios Claro que nosotros también sabemos de plantas vegetales pero no es conforme no es tan la realidad. (Uca2, 766)</p>	<p>Si yo le pregunto me va decir Sra. tan burra eres eso es lo que pienso () qué va a pensar [el PS] qué me va a decir decía yo () ya me [he ido] civilizando como quien dice (Uca1 398 422)</p>

ANEXO 3 Cuadro B

<p>Imagen que tiene el/a cliente del PS iguales o diferentes a ellos</p>		<p>Son iguales a nosotros también tienen enfermedades () (Pun2 88)</p>	<p>Son iguales a uno lo que los diferencia son sus cargos y los estudios que han hecho (SM1 391)</p>		<p>Los PS tienen más capacidad ellos te orientan. (Pun2 84)</p> <p>“ sólo que no serían iguales porque ellos son enfermeros doctores etc () Eso les da más capacidad que nosotros (Pun2 88)</p> <p>Son diferentes () porque vienen de la ciudad. (Pun3 172-182)</p>	<p>“ el médico acierta en todo señora () a mí me han operado hasta cinco veces señora, ¿sabes por qué me salía mal? No es que el médico me operaba mal sino el problema era que yo tenía tejidos malos se me abrían () Si yo fuera una persona que no entienda le echaría la culpa al médico pero no es el médico es tu propio organismo y [hay] personas que no entienden [esto] (Uca.1 204) [no hay cupo aquí a cuestionamiento o a diálogo de igual a igual]</p>
--	--	---	--	--	---	---

178

ANEXO 3 Cuadro B

<p>LTS establece atmósfera de equidad en la relación con el/la cliente</p>				<p>Una cliente relata 1) su cuestionamiento de que el médico dejara desnudo a su bebe sobre la camilla 2) que se había pasado dos semanas de la fecha de parto y queria que la internaran. Reacciones del médico 1) me gritó 2) ¿quién es médico tu o yo? Reacción de ella 1) Ya sabrá él lo que hace 2) en febrero mi niño y yo estaremos muertos [pensó] Bueno dije que ya, y esperaré (Lab1 136)</p>	<p>Cuando está la doctora, la cliente no se acerca a ella [por timidez/temor]</p> <p>- No podemos decirles muchas cosas porque también se enojan con nosotros como estamos yendo a pedirles un servicio a ellos ya nos atienden mal Al menos hay que temerles porque puedo regresar y necesitar de ellos. (Ch1 302)</p> <p>Acá a las personas que vienen del campo no nos atienden como debe ser porque no tienen tiempo nos atienden muy rápido () por eso yo siempre pregunto quién está atendiendo de dónde es cómo es antes de venir a la consulta [cliente elije explicita y conscientemente] (Pun4 4)</p>	
--	--	--	--	---	--	--

179

Bibliografía

Altheide, David L y John M Johnson "Criteria for Assessing Interpretative Validity in qualitative Research" en Normand K Denzin e Yvonna S Lincoln, Eds *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhi SAGE Publications, 1994, p 485-499

Bandura, Albert "Moving Into Forward Gear in Health Promotion and Disease Prevention" Keynote Address presented at the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Diego, March 23, 1995

Bateson, Gregory *Steps to an Ecology of Mind* New York Ballantine, 1981

Beltran, Luis Ramiro, "A Farewell to Aristotle 'Horizontal' Communication" *Communication* 5 (1980) 5-41

Berry, Leonard, Valene A Zeithmal y A Parasuraman *Delivering Quality Service Balancing Customer Perceptions and Expectations* New York The Free Press, 1990

Boyce, William "Evaluating Participation in Community Programs An Empowerment Paradigm" *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol 8, No 1, p 89-102

Brislin W Richard, Walter J Lonner y Robert M Thorndike, *Cross-Cultural Research Methods* New York, London, Sidney, Toronto John Wiley and Sons, a Wiley-Interscience Publication, 1973

Bruce, Judith "Elementos fundamentales de la calidad de atencion Un marco conceptual simple Traducido del original en ingles "Fundamental elements of the quality of care A simple framework Working Paper No 1, Programs Division, The Population Council, New York, 1990

Caplan, Russel, "The importance of social theory for health promotion from description to reflexivity" *Health Promotion International*, Vol 8, No 2, Great Britain Oxford University Press 1993

- Careaga Perez, Gloria, Juan Guillermo Figueroa y Maria Consuelo Mejia, Eds *Ética y salud reproductiva* Mexico Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, 1996
- Ciampa, Dan *Calidad total Guia para su implantacion* Version en español de Gilda Moreno Manzur en colaboracion con Raul Mejia Estañol Washington Addison-Wesley Iberoamericana 1992
- Creswell, John W *Research Design Qualitative and Quantitative Approaches* Thousand Oaks London, New Delhi SAGE Publications, 1994
- Denzin, Normand K e Yvonna S Lincoln, Eds *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhi SAGE Publications, 1994
- Diaz Bordenave, Juan E *O que e participação* San Pablo, Brasil Editora Brasiliense, 1983
- Eco, Umberto, M Santambrogio y P Ziavioli, Eds *Meaning and Mental Representations* Bloomington Indiana University Press, 1988
- Eco, Umberto *A Theory of Semiotics* London McMillan, 1977
- Freire, Paulo *Pedagogia del Oprimido* n p n p, n d
- Freire, Paulo "¿Una dimension politica de la educacion? Conversacion con Paulo Freire" *Educacion Hoy*, Chile, diciembre 1972, p 2-25
- Galeano, Eduardo, *El libro de los abrazos*, Montevideo Ediciones del chanchito, 1989
- Greimas, Algirdas Julien et al *Introduction a l'analyse du discours en sciences sociales* Paris Hachette, 1979
- Greimas, Algirdas Julien *The Social Sciences, a Semiotic View* Minneapolis University of Minneapolis Press, 1990
- Habermas, Jurgen "On Systematically Distorted Communication" *Inquiry* 13, 205-18
- Habermas, Jurgen "Some Distinctions in Universal Pragmatics A Working Paper" Trans Pete Pekelharing and Cornelis Disco *Theory and Society* 3 2 (Summer 1976) 155-167
- Habermas, Jurgen "Towards a Theory of Communicative Competence" *Inquiry* 13, 360-75
- Hall, Stuart "Encoding/decoding" in Centre for Contemporary Cultural Studies, Ed , *Culture Media, Language* London Hutchinson, 1980
- Israel, Ronald C , Dennis Foote and Janet Tognetti Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and Nutrition Nutrition Education Series, Issue 14, Nutrition Education Program, UNESCO, Division of Science, Technical and Environmental Education, Paris, 1987

Kaplun, Mario y Jeremiah O'Sullivan-Ryan "Communication Methods to Promote Grass Roots Participation for an Endogenous Development Process A Summary of Research Findings from Latin America, and an Annotated Bibliography" Parts I and II, Draft, January 1979

Laperriere, Anne "Les criteres de scientificite des methodes qualitatives" *Les Methodes qualitatives en recherche sociales problematique et enjeux* Actes du Colloque du Conseil Quebecois de la Recherche Sociale, Rimouski, 17 mai, 1995

Le Bosse, Yann D y Marguerite Lavalle "Empowerment et psychologie communautaire Aperçu historique et perspectives d'avenir" *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, No 18, 1993, p 7-39

Lima, Venicio Artur de *Comunicação e cultura As ideias de Paulo Freire* Trans Paul Kramer Rio de Janeiro Paz e Terra, 1981

Lock, Margaret "Education for Self-Reflection Teaching about Culture, Health an Illness, in Masi, Ralph et al , Eds *Health and Cultures Exploring the Relationships, Policies, Professional Practice and Education* Volume I, New York Mosaic Press, 1993, p 139-158

Mackie, Robert, Ed *Literacy and Revolution The Pedagogy of Paulo Freire* London Pluto, 1980

Masi, Ralph, Lynette Mensah, Keith A Mcleod, Eds *Health and Cultures Exploring the Relationships Policies Professional Practice and Education* Volume I, New York Mosaic Press, 1993

Miles, Mathew B y A Michael Huberman *Qualitative Data Analysis An Expanded Sourcebook* Thousand Oaks, London, New Delhu SAGE Publications, 1994

Olesen, Virginia "Feminisms and Models of Qualitative Research" en Normand K Denzin e Yvonna S Lincoln, Eds *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhu SAGE Publications, 1994, p 158-170

Pasquali, Antonio *Comprender la comunicacion* Caracas, Venezuela Monte Avial Editores C A , 1980

Patton, Michael Q *Qualitative Evaluation and Research Methods* Newbury Park, London, New Delhu SAGE Publications, 1990

Patton, Michael Q *Qualitative Evaluation Methods* Beverly Hills, London SAGE Publications, [¿año?]

Pourtois, Jean-Pierre y Huguette Desmet "Pour une recherche qualitative et neanmoins scientifique" *Recherche*, 55-56-57, 1989, p 13-35

Spradley, James P "Ethnography and Culture" in J P Spradley and D W McCurdy, Eds *Conformity and Conflict Reading in Cultural Anthropology* Glenview, IL Scott Foresman, 1990

Spradley, James P y David W McCurdy *The Cultural Experience Ethnography in Complex Society* 2nd ed , Illinois Waveland Press Inc, 1988

Scrimshaw, Susan C M y Elena Hurtado *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness* The United Nations University/UCLA Latin American Centre Publication, Los Angeles, 1987

Strauss, Anselm L *Qualitative analysis for social scientists*, Cambridge Cambridge University Press, 1987

Wallerstein, Nina y Edward Bernstein "Empowerment Education Freire's Ideas Adapted to Health Education" *Health Education Quarterly* (Winter 1988) 379-394

Watzlawick, Paul, Janet Helmick Beavin, Don D Jackson *Pragmatics of Human Communication A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes* Mental Research Institute, Palo Alto, California, New York W W Norton and Company Inc , 1967

Williams, Raymond *Marxism and Literature*, 2nd ed Oxford Oxford University Press, 1978