



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

IMÁGENES DE USUARIOS ENTRE LOS
PROFESIONALES DE SERVICIOS DE
SALUD REPRODUCTIVA EN SAN JUAN
DE LURIGANCHO: LÍMITES Y
POSIBILIDADES PARA LOS
PROGRAMAS DE MEJORAMIENTO DE
LA CALIDAD

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO
EN SALUD PUBLICA

ROCIO ANGELA VALVERDE ALIAGA

LIMA - PERÚ

2002

ASESOR: PROFESOR MIGUEL RAMOS PADILLA

Dedicada a aquellos profesionales de la salud que por compromiso, humanidad o curiosidad trascienden las imágenes estereotipadas de los usuarios y contribuyen a una cultura de ciudadanía y derecho en salud

Nuestro agradecimiento a quienes nos dieron su tiempo y compartieron su experiencia, así como a quienes nos escucharon, discutieron nuestras ideas e impregnaron indirectamente las suyas en el presente informe.

Esta investigación se realizó con el apoyo financiero de la Fundación Ford.

RESUMEN

El presente estudio explora las dimensiones sociales de la relación entre usuarias, usuarios y proveedores de Centros de Salud de San Juan de Lurigancho, reconstruyendo las imágenes sociales previas a la interacción, que los proveedores de salud tienen de los usuarios y usuarias. La finalidad es contribuir al diseño de estrategias más eficaces que eleven la calidad de los servicios.

Es un estudio cualitativo de corte exploratorio y las técnicas de estudio fueron los grupos focales y entrevistas no estructuradas, en las que participaron treinta y cuatro profesionales incluyendo a médicos, obstetras y enfermeras de los servicios de salud reproductiva de catorce Centros y Puestos de Salud del Ministerio de Salud, en el distrito limeño de San Juan de Lurigancho.

Entre los resultados más importantes se encontró que estas imágenes cuestionan el paradigma de la obediencia y la estratificación de clase. Así mismo, se identificó que estas imágenes tienden a reproducir las inequidades de la sociedad global en la atención de salud, tendientes a brindar mayor cercanía y mejor trato a quienes poseen más recursos y más distancia y peor trato a quienes poseen menos recursos.

ABSTRACT

This study explored the social dimensions of the relationship between users and health workers in San Juan de Lurigancho Health Services. This study reconstructs the users' social images in providers. The methodology was qualitative and exploratory. It used focus groups and unstructured interviews. In interviews and focus groups participated thirty-four professionals including doctors, midwives and nurses of public reproductive health services.

The most important results are that these images criticize the paradigm of obedience and the class stratification. Also, these images tend to reproduce the inequities of the global society in health care. They give a better treatment to the people with greater economic resources.

Palabras Clave: Relación proveedores de salud-usuarios de servicios de salud.

Imágenes sociales. Relación médico-paciente. Trato y calidad de atención.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción	1
1 Planteamiento de la Investigación	2
2 Planteamiento del Problema	4
3 Marco Teórico	6
3.1 Aproximación conceptual a las dimensiones sociales de la relación Médico—Paciente	6
3.2. Los Servicios de salud Reproductiva y la Calidad de Atención	11
3.3 La atención de salud como interacción social	16
3.4 Imágenes sociales	18
4 Justificación del estudio	21
5 Objetivos	23
5.1 Objetivo general	23
5.2 Objetivos específicos	23
6 Metodología	24
6.1 Diseño de estudio	24
6.2 Población de estudio	25
6.3 Perfil de los participantes	26
6.4 Operacionalización de variables	27
6.5 Procedimientos y Técnicas de colección de información	31
6.6 Consideraciones éticas	32
6.7 Plan de análisis	32

7. Resultados	34
7.1 Visión general de la población desde los profesionales de salud	34
7.1.1 Caracterización espontánea	34
7.1.2 La estratificación económica: ¿Sólo un problema de recursos?	40
7.1.3 La cultura: La identidad en el consumo	46
7.1.4 Género: Así son las mujeres y los hombres así serán...	50
7.1.5 El eje generacional: Los adolescentes	60
7.2 Descripciones de los profesionales sobre las usuarias y los usuarios en los servicios	62
7.2.1 Acceso a los servicios de salud	62
7.2.2 La interacción proveedor – usuario	68
7.2.3 Imagen de la usuaria y el usuario ideal	79
7.2.4 Una aproximación a la auto-percepción de los proveedores	82
8. Discusión	88
8.1 Reconstrucción de las imágenes de usuarias y usuarios a partir de los discursos de los profesionales de salud	88
8.2 Inconsistencias y ocultamientos de las imágenes proyectadas y sus posibles implicancias en la calidad de atención.	94
Conclusiones	98
Recomendaciones	104
Referencias Bibliográficas	
Anexo	
• Guía de grupos focales	

Introducción

La presente investigación parte por problematizar la relación entre el proveedor de los servicios de salud y los usuarios de los mismos, buscando explicitar la dimensión social de dicho encuentro, es decir transparentar el carácter social y no puramente técnico que constituye esa relación social entre proveedores y usuarios/as. La finalidad del estudio es colaborar en la comprensión del trato que los proveedores ofrecen a las y los usuarios para mejorar el diseño de estrategias orientadas a elevar la calidad de atención y el buen trato.

Para el abordaje conceptual el estudio hace uso de conceptos provenientes de las teorías sociales, en particular las que abordan la conceptualización de la acción social, siendo los conceptos ligados a la teoría de la estructuración los usados para dar cuenta conceptualmente de la realidad a estudiar. Metodológicamente el estudio se basó en la aplicación de grupos focales y entrevistas no estructuradas a médicos, enfermeras y obstetras del centros y puestos de salud de San Juan de Lurigancho.

El presente informe contiene los principales hallazgos descriptivos como la reconstrucción discursiva de las imágenes que los proveedores reportaron en sus discursos sobre los usuarios, y también los hallazgos analíticos a partir de la comparación de esas imágenes y los acápites conceptuales de la calidad de atención, en particular las correspondientes al trato que el proveedor de los servicios debe brindar a las usuarias y usuarios.

1. Planteamiento de la Investigación

*nos hemos enseñado a caminar por el sendero trillado por otros,
ese que ya está iluminado, sin darnos cuenta que hay otros
igualmente válidos y más bellos que aunque no reciben la
mortecina luz de lo ortodoxo, están esperando ser explotados
por mentalidades libres¹*

Consideramos necesario, desde la Salud Pública, adentrarnos a una comprensión mayor de la interacción proveedor – usuario/a, que complementariamente dé cuenta de las dimensiones sociales y culturales que dan sentido a las relaciones humanas y que explicarían en gran medida sus desarrollos. Cuando un proveedor de salud se encuentra con una usuaria o usuario se da el encuentro entre un técnico y un lego, pero también, entre sujetos socializados en mundos culturales y sociales que pueden acercarlos o distanciarlos, y esa distancia o cercanía puede colaborar o dificultar la atención técnica de la enfermedad con importantes consecuencias en la recuperación o protección de la salud. Proporcionándole a ambos actores, niveles de expectativa, satisfacción y frustración.

Nuestra investigación exploró las dimensiones sociales de las relaciones proveedores- usuarias/os, focalizando la atención en la construcción social de las imágenes que unos tienen de otros, por ello la estrategia metodológica se orienta a la reconstrucción de las imágenes que los profesionales de salud tienen de los/as usuarios/as, imágenes que influyen en la interacción que se da y constituyen el clima de distancia o cercanía, de agrado o desagrado, de aceptación o rechazo y

que trasciende el acto o encuentro puntual entre el proveedor y el usuario/a y, por tanto, influyen en la calidad de la atención que se brinda en los servicios de salud.

¿Cuál es la imagen que tienen los proveedores de los usuarios y usuarias de los servicios de salud? ¿Cuál es la imagen que los proveedores tienen de sí mismos? ¿Qué características abordan estas imágenes y cuáles ocultan? ¿Cómo influyen estas presencias u ocultamientos en la relación entre proveedores y usuarios? ¿Estas imágenes posibilitan o limitan el desarrollo de atenciones de calidad, en sus dimensiones sociales?, son las preguntas centrales que guían nuestro estudio, considerando su carácter exploratorio y su contribución a la aproximación comprensiva de este fenómeno social.

2. Planteamiento del Problema

Una preocupación constante desde las políticas de salud, durante la década de los noventa, ha sido que las entidades que prestan servicios de salud, lo hagan con calidad, equidad y eficiencia. Alcanzar la calidad se convirtió en esa década un problema importante de gestión de los servicios públicos², movilizand o importantes recursos del Estado en intervenciones, capacitaciones e investigaciones; siendo el objetivo generar un sistema de atención organizado en función del cliente³.

Otro discurso naciente sobre el encuentro entre proveedores y usuarios en los servicios de salud, es el relacionado al campo de los derechos de usuarios y en un escenario mayor, el de los derechos humanos, proveniente de las organizaciones de la Sociedad Civil, en particular de organismos no gubernamentales que laboran en el campo de la Salud Pública. Estas instituciones han puesto en observación algunos casos de atenciones donde se denunciaban atropellos o abusos de usuarios/as, atentando contra los derechos de libre decisión y de información de las personas^{4,5}.

En ambos discursos, aunque de muy diversas fuentes y paradigmas, se coincide en poner como objeto de observación y problematizar el encuentro entre proveedores de servicios salud y usuarios/os de dichos servicios. Lo que no implica necesariamente una misma manera de concebir la naturaleza de esta relación, sus pautas y desarrollos. La mayoría de las veces desde ámbitos gerenciales y de política sanitaria se visualiza la relación entre el personal de

salud y usuarios como una relación eminentemente técnica; incluso cuando se aborda el tema del "trato" y de su "calidez" aparece dentro de un abordaje también técnico de las relaciones humanas. Es así, que se realizan estudios^{6,7} que enfatizan la necesidad de competencias comunicativas en el personal de salud para efectuar un trato de mejor calidad.

Esta percepción de la relación que además se presenta en la cotidianidad, nos parece remarca el carácter individual e intencional del comportamiento de los proveedores de los servicios, es decir, coloca los problemas de la interacción como resultante de incompetencias o competencias o como un asunto de calidad humana. El poner atención sólo al carácter individual e intencional del comportamiento humano ofrece una comprensión parcial del problema y consecuentemente intervenciones muchas veces ineficaces en torno a la calidad de atención, a las mejoras de la atención y el trato en los servicios de salud, entre otros.

3. Marco teórico

3.1 Aproximación conceptual a las dimensiones sociales de la relación Médico-Paciente

Las reflexiones acerca de la interacción entre médicos y pacientes data de muchos años y ha recibido el interés de los académicos de manera muy diferenciada, desde aquellos que la valoraron como irrelevante⁸ hasta aquellos que le dieron suma importancia en el desarrollo de la medicina como institución social en las sociedades modernas⁹, considerando que cada acción médica involucraba al médico y al paciente como seres sociales.

*"La historia de la medicina, por ende, no puede limitarse... debe incluir la historia del paciente dentro de la sociedad, la del médico y la historia de las relaciones entre el médico y el paciente"*⁹

Para Parsons¹⁰, sociólogo y principal ideólogo del funcionalismo norteamericano, el estudio de la relación médico paciente consistió en evidenciar los roles sociales asignados tanto al médico como al paciente y contrarrestar con los casos concretos en qué medida las normas que estructuraban dichos roles se reproducían consolidando la estructura.

Es así que propone un sistema modelo de la relación médico-paciente donde el paciente tiene los siguientes roles: estar motivado a aliviarse, buscar ayuda técnica competente, confiar en el médico o aceptar la diferencia de aptitudes, en otras palabras aceptar la asimetría de la relación.

Por su lado, el rol del profesional consistiría en: que el médico actúe orientado a proporcionarle bienestar al paciente, que se guíe bajo reglas de comportamiento profesional estatuidas en torno a "universales", que aplique a los problemas de salud un alto componente técnico: habilidades y conocimientos, y que sea objetivo o neutral afectivamente.

En una sociedad dada, las barreras para el ejercicio profesional, según Parsons¹¹, pueden ser las diferencias en la especialización de la salud, el estatus social y la pertenencia a un grupo social o étnico. Ya que, en la interpretación de Parsons, el sistema no es estático: la reciprocidad de papeles es un proceso dinámico, con ciertos factores predecibles de obstrucción y de facilitación.

A este tipo de aproximación se le ha hecho muchas críticas, considerándolo dentro de las ciencias sociales un planteamiento conservador y ortodoxo. Tal vez, la más radical sea que el sujeto como actor desaparece, mostrando únicamente su capacidad de portar, o 'de ser determinado por' las estructuras del sistema social.

Este planteamiento es asumido como conservador en tanto está estructurado en torno a la preocupación por el "orden social" y la permanencia del *status quo*. Como críticas más focales se ha citado el énfasis de Parsons en la asimetría de la situación terapéutica y el efecto diferenciador de los atributos del papel del profesional médico. En cuanto a los pacientes, estos deben ser controlados para no tomar ventaja de los privilegios del rol de enfermo y los médicos deben estar protegidos de no resultar involucrados afectivamente, de allí la importancia de la neutralidad afectiva frente al paciente que funciona como un imperativo pero no necesariamente posible.

En relación a las imágenes que los actores tendrían el uno del otro, según este enfoque, resulta únicamente como la interiorización del rol, es decir, una vez "etiquetado" como paciente, el médico esperaría del sujeto un comportamiento lo más cercano al rol establecido. Priorizando en este enfoque racionalista el carácter técnico y la neutralidad afectiva del médico.

Desde los fueros académicos del nuevo marxismo se dan aproximaciones a la relación médico-paciente¹², donde se prioriza la observación de la estructura formal que permite la interacción médico paciente y no así los contenidos de dichas interacciones. Entonces se enfatiza los estudios sobre la organización de los escenarios del cuidado de la salud, más que los atributos de los profesionales¹³. Desde esta perspectiva los estudios concretos se hacen comprensibles como parte de una estructura socio-política. En este sentido la observación y estudios de las imágenes e representaciones de los actores se hace irrelevante, pues estarían en el terreno de lo que Kosic¹⁴ denomina falsa conciencia.

Desde las disciplinas asociadas a la salud: medicina, epidemiología crítica y salud pública, se han hecho profundas reflexiones sobre las dimensiones sociales de las atenciones de salud. Como el énfasis se da en la observación crítica de la propia práctica médica, estas reflexiones se han dado en torno a la concepción del acto médico¹⁵. A partir de las ciencias de la salud pueden distinguirse tres modelos: el modelo médico-tradicional o biomédico, el modelo psicosomático, y el modelo holístico.

Desde el paradigma biomédico el enfoque del cuerpo asemeja una máquina, la enfermedad es el desperfecto de la misma y la labor del médico es la reparación

funcional del cuerpo máquina. Así el rol del médico es esencialmente técnico y la única responsabilidad del "paciente" es la de colaborar con el plan que el médico establece⁹. En este esquema se producen dos fenómenos a mencionar. Por un lado desaparece el enfermo y la enfermedad llega a constituirse en un tercer ente y por otro lado el carácter impersonal planteado para las interacciones donde el paciente se vuelve un simple portador del objeto de observación e intervención: la enfermedad y su diagnóstico.

El enfermo como realidad desaparece para dar paso a un para- paciente (diagnóstico) o a una realidad virtual, producida y alimentada por el modelo médico imperante, que terminará convirtiendo esta última ilusión en lo único cierto y valedero¹⁶

Este modelo ha sido y viene siendo muy cuestionado desde distintos campos de la reflexión académica, principalmente desde la propia medicina.

Para muchos el acto médico es simplemente un ejercicio profesional una actividad en la cual se pone en práctica los conocimientos del saber médico. Esta mirada que lo define como un acto técnico no permite develar el componente socio - cultural que en le subyace.¹⁷

Desde el paradigma psico-somático¹⁸ se intenta una mirada más integral frente a un enfoque somatista. Más esta integralidad se plantea a través de la consideración de dos partes del individuo la psiquis y el soma, visión dual que encuentra sus mayores críticas, provenientes de la antropología médica, en la afirmación que el individuo es un todo, indivisible y un ser social y cultural.

En la perspectiva holística, de vertiente humanista¹⁹, confluyen los aportes de la sociología y la antropología médica donde el movimiento ha ido creciendo en su crítica el paradigma biomédico y a la exposición de diversas dimensiones sociales de la interacción médico-paciente.

Victoria²⁰ identifica elementos que constituyen el acto médico, momento de encuentro entre el médico y el paciente, en un acto ritual. Unas prácticas codificadas en el saber médico, intencionalidades explícitas o implícitas del médico y del paciente, una secuencialidad preestablecida sobre la experiencia-demarcada al interior de un espacio propio y una temporalidad definida-. Esas intencionalidades tanto del médico como del paciente tienen que ver con las concepciones y expectativas sobre la vida y la muerte, así como con las interpretaciones sobre el cuerpo, la salud y la enfermedad.

Todos estos componentes, según la autora, se articulan en una simultaneidad, para trascender "la simple tenacidad del acto"; en consecuencia esto nos permite reconocerlo como un acto complejo inscrito en el mundo socio - cultural de los actores que en él intervienen. A pesar de esta complejidad, el acto se repite invariablemente como un ritual, al interior del cual, los participantes tienen definido su actuar según el orden preestablecido²¹.

Así mismo, se ha puesto sobre la eficacia simbólica del lenguaje especializado, notando que mientras los médicos, los laboratoristas, los patólogos, el personal de enfermería, etc., hablan un lenguaje que para ellos aparece eficiente y significativo, el paciente y sus familiares utilizan otros códigos, haciendo de ésta

manera otro factor que aumenta ya existente entre la medicina y la realidad del enfermo²².

Desde estas aproximaciones se ha pasado a ver con mejor disposición lo que los enfermos conocen y hacen respecto de sus procesos de salud-enfermedad. Se ha valorado la cultura del paciente, pero más lentamente se avanza en estudiar la práctica médica como una práctica sociocultural frente a los problemas de salud.

3.2 Los Servicios de salud Reproductiva y la Calidad de Atención

La Salud Reproductiva es un concepto relativamente nuevo, sin embargo el campo de vivencias que involucra han sido objeto de innumerables políticas desde tiempos remotos de la civilización. La Organización Mundial de la Salud la define como una condición en la que el proceso reproductivo se alcanza en un estado de bienestar físico, social y mental y no sólo como ausencia de enfermedad en dicho proceso. Entonces, según Careaga et al ²³, esto implica que las personas tengan la habilidad de reproducirse, de forma regulada y tener y disfrutar las relaciones sexuales. Así mismo también se incluye la necesidad de que las mujeres tengan embarazos y partos seguros, y que la regulación de la fertilidad sea sin riesgos para su salud y para el disfrute de su sexualidad.

Esta definición de Salud Reproductiva fue ratificada y enriquecida en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, en 1994, con lo cual se añadieron elementos de salud sexual y derechos reproductivos. La introducción de este concepto como organizador de la

intervención estatal en este campo tuvo como implicancia la recomposición de los programas de planificación familiar y el materno-perinatal, sin embargo estuvo significativamente más cercano el primero, ya que pronto el Programa se llamó Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

La visión holística que proporcionaba el nuevo enfoque en gran medida plantea un conflicto con la estructura burocrática de la oferta de servicios, sin embargo se va configurando la necesidad de interconectar los servicios gracias al enfoque de salud integral, impulsado por la Organización Mundial de la Salud, que cuestionaba la vigencia de programas desconectados.

La elección de estos servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar en los niveles de atención 1 y 2, como campo de observación, nos permite abordar las dimensiones sociales con mayor nitidez porque confluyen servicios con diversa composición en relación a la promoción y recuperación de la salud, es decir, las atenciones de planificación familiar, control del embarazo y parto que responden al cuidado de la salud y prevención de la enfermedad, y la atención a la gestación de alto riesgo y complicaciones en el parto-puerperio cuyo objetivo es recuperar la salud.

En el primer conjunto de servicios ligados a la promoción y prevención, se haya la mayoría de atenciones, donde el componente tecnológico y técnico se reduce en relación a intervenciones recuperativas, y la influencia del proveedor sobre el comportamiento sexual y reproductivo, más que la intervención sobre el cuerpo, es el objeto principal de estas atenciones.

Los servicios de salud reproductiva han sido estudiados desde variados enfoques; haremos una revisión global poniendo énfasis en los hallazgos relacionados con la relación proveedores y usuario o usuaria. En un estudio de caso²⁴ en el Hospital D.A. Carrión del Callao (Provincia Constitucional del Perú), en relación a la atención del aborto incompleto, se revela características de los servicios similares a otros tipos de atención. Los autores afirman que los proveedores de salud "actúan con una gran carga de prejuicios frente a las mujeres que buscan atención". Además se nos enuncia una discriminación institucionalizada consistente en: los más altos costos son asignados a los servicios de aborto; el cual no es susceptible de ser reducido o exonerado como otros servicios; la utilización de anestésicos está restringido para los legados y la trama administrativa es mayor, originando dificultades en la atención.

Encontramos también estudios focalizados en la calidad de atención de salud en los servicios de planificación familiar²⁵, dominados fundamentalmente por el marco del mejoramiento continuo de la calidad. Estos estudios, si bien han estado centralizados en la eficacia y eficiencia, han producido un importante conocimiento sobre la demanda insatisfecha en salud reproductiva y planificación familiar, los niveles de trato inadecuado y la insatisfacción de las usuarias respecto a los servicios.

Los estudios de Cardich²⁶, Noble²⁷, y Espinosa²⁸, sobre servicios de planificación familiar han utilizado el marco teórico de Bruce²⁹, andamiaje conceptual que también será retomado por el presente estudio, donde se aborda como elementos de calidad: la confidencialidad, la privacidad, la información brindada y la decisión de los usuarios entre otras. Estos estudios ponen en evidencia la

relatividad con la cual se cumplen estas características en las atenciones de salud a nivel nacional, en sectores urbanos y rurales³⁰. Noble³¹, en un estudio realizado en Huancavelica demuestra que las condiciones materiales de los servicios de salud de nivel 1 y 2 también son insuficientes para dar atenciones de calidad en este rubro.

En el estudio de Espinosa et al³², también se aborda las percepciones de los proveedores sobre los derechos reproductivos y su posibilidad de ejercitarse en las atenciones de salud cotidianamente. El estudio concluye que se identificaron discursos y experiencias contradictorias respecto al tema de los derechos reproductivos de las usuarias. Los proveedores reconocen su existencia y existe la deseabilidad de su ejercicio, sin embargo, intensamente cuestionan la capacidad de las personas, hombres y mujeres, de ejercerlos, argumentando que sus características culturales lo incapacitarían para ejercer sus derechos adecuadamente: las/os usuarias/os no tienen conocimientos y habilidades discursivas.

Según el mismo estudio, el concepto de derechos reproductivos que manejan los proveedores está asociada básicamente a la decisión sobre el método anticonceptivo. Con relación a la decisión libre e informada hay claridad en el discurso de los proveedores, incluso hay reconocimiento en la titularidad de las mujeres en la decisión reproductivas. Sin embargo, los proveedores no consideran que los usuarios tengan la capacidad para decidir apropiadamente, por lo cual es necesario; a criterio de los proveedores, influir y a veces presionar a las usuarias para que tomen la opción "correcta". Lo que cuestiona el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en los servicios de salud.

En los estudios que abordan la salud reproductiva desde un enfoque socio-cultural³³, se hace mención de la significación relativa de los "controles médicos". Ante las concepciones andinas del riesgo en el embarazo las mujeres demandan otros tipos de servicios tradicionales ofertados por curiosas parteras; como las limpias para el daño, el chacho o las montadas para la mala ubicación de la criatura en el vientre³⁴. Los servicios de salud médicos son sólo parte de la oferta diversa con que cuentan las mujeres andinas para satisfacer sus necesidades³⁵.

En los estudios realizados por Tamayo³⁶ sobre casos de mujeres que sufrieron tratos violentos o discriminatorios en los servicios de salud del Ministerio de Salud. La autora trata directamente la evaluación del ejercicio de derechos en circunstancias de la atención en servicios de salud reproductiva. Concluye en la existencia, en los casos estudiados, de violencia y agresión a las mujeres por parte de los proveedores de salud y, el silencio y la complicidad de las instituciones que protegen a estos profesionales y que incluso influyen en que sus comportamientos sean de maltrato y violencia.

En un siguiente informe la autora recoge casos de mujeres a las cuales se les realizó cirugía anticonceptiva (ligadura de trompas), analiza las condiciones en las cuales se realizó y concluye denunciando el avasallamiento de los derechos sexuales y reproductivos de estas mujeres.

Observando los modos de acercamiento al estudio de los servicios de salud reproductiva consideramos que nuestro trabajo puede colaborar a entender los comportamientos de los profesionales que a menudo se enuncian como

inadecuados o insatisfactorios y a la construcción de evaluaciones de calidad más fructíferas, desde los sujetos, en tanto los propios sujetos, profesionales de salud, reflexionan y reconstruyen las distorsiones que hacen posibles las interacciones de maltrato.

3.3 La atención de salud como interacción social

Teniendo en cuenta los aportes a la conceptualización de la relación médico-paciente antes mencionados nuestra aproximación se sostiene en los aportes como teoría social global de la teoría de la estructuración, cuyo mayor representante es Anthony Giddens³⁷. Seguidamente planteamos los principales postulados de la teoría de la estructuración incorporados en la observación de la interacción entre los proveedores y las/os usuarias/os.

Consideramos que la interacción entre proveedores y usuarias/os es eminentemente una interacción social, y en su naturaleza social radican, en gran medida, las formas que desarrolla, las significaciones que enmarca y las consecuencias que genera.

Una de las características más relevantes de una interacción social es que no empieza ni termina en el acto mismo (hecho fenoménico), en su tiempo y espacio, sino que lo trasciende. Los sujetos que interactúan llegan a ese curso de acción como sujetos socio - culturales, condición que les proporcione una serie de recursos materiales y simbólicos a poner en juego en ese conjunto de interacciones que supone el proceso de atención de salud. Ambos han sido

constituidos socialmente en complejos procesos de socialización en el marco de un grupo cultural.

Esas mismas interacciones desarrolladas por los sujetos, en sus elementos recursivos, van estructurando pautas de acción, ya sea porque reafirman la pauta hegemónica, o socavan ésta, constituyendo una pauta alternativa.

En esta dualidad de la estructura, es decir, constreñir los cursos de acción de los sujetos, como al ser estructurada (reproducida) en esos cursos de acción, los sujetos no son simples títeres maniatados cual marionetas, cuyas acciones son "determinadas" y por lo tanto predecibles a partir del "conocimiento de las estructuras". Esta última postura, que deviene de corrientes estructuralistas y funcional estructuralistas en las ciencias sociales, mostró su debilidad explicativa en contextos más dinámicos y menos estables que el panorama europeo o norteamericano desde el que Parsons y Merton³⁸ los desarrollaron.

Un primer punto, entonces, es de-construir el carácter individual que envuelve las aproximaciones cotidianas a la atención de salud para apreciarla en su dimensión social, pero sin renunciar a la observación de la acción. Hayek³⁹ proponía que no había forma de incorporar la comprensión de los fenómenos sociales sino mediante la comprensión de las acciones individuales que las personas dirigen hacia otras personas, teniendo alguna expectativa de conducta.

3.4 Imágenes sociales

El conocimiento o saber sobre la realidad se va condensando en tramas significativas, adquiriendo unidades de sentido. Un tipo de esas unidades es lo que llamamos en nuestro estudio "imágenes sociales", que sirven de soporte y dan sentido al conocimiento más explícito o funcional de la realidad (datos, modos de acción, etc.). las imágenes son constructos sociales en tanto no son el resultado de procesos mentales individuales; sino que son construidas y retroalimentadas en la interacción cotidiana por una comunidad de sujetos y mediada por el lenguaje.

Estas imágenes ayudan al individuo a "situarse" como actor social en un contexto determinado y a ejercer en él un comportamiento en algún sentido⁴⁰. Ahora bien, en una sociedad segmentada como la nuestra, con diversos ámbitos de socialización, la construcción de imágenes es también heterogénea y de algún modo funcional a la segmentación social⁴¹.

Analíticamente, existirían diversas formas de segmentar y organizar el mundo. En términos macrosociales tres de esas dimensiones son las correspondientes a las estructuras de género, clase y étnico - raciales. Sin embargo, las imágenes sobre las que el actor interpreta y actúa en su vida cotidiana no obedecen a esta segmentación; habitualmente las imágenes condensan y potencian sus significaciones al confluir elementos de estas distintas estructuras.

En una investigación anterior⁴² encontramos que en un grupo de médicos, que laboraban en la zona marginal de la capital, la categoría "mujer pobre" recogía un cúmulo de significados relacionados a su comportamiento sexual. Según los

entrevistados, estas personas desarrollaban interacciones sexuales instintivas y con ausencia total de erotismo, cosa que no ocurría en sus descripciones de los hombres del mismo segmento socioeconómico, ni en las mujeres de otros sectores sociales. Este dato nos proporciona un ejemplo claro de cómo las imágenes suelen condensar significativamente la estructura de género y clase.

Estas imágenes sociales pueden acercarse o alejarse de la realidad del actor o fenómeno descrito, existirían características elementos que se esconden y otros que se ponen de manifiesto, su construcción tendría que ver con las formas en que el actor observa y segmenta su mundo (estructuras relacionadas al género, al campo económico y a aspectos étnico - raciales, entre otros) y el comportamiento de los actores estaría influido por sus formas y contenidos, así como sus silencios y ausencias.

Para nuestro análisis usaremos la categoría de *Imágenes sociales*, interpretaremos sus significados, pero también tendremos en cuenta sus silencios y ausencias. Al respecto, desde un enfoque psicoanalista Inés Herkovich⁴¹, nos plantea que esos silencios serían uno de los mecanismos que los seres humanos usamos para refugiarnos en "la caparazón de las certidumbres" que usamos ante fenómenos angustiosos, que nos resultan difíciles de asimilar, y que nos afectan como parte de un colectivo social. Por ejemplo, si nos dijéramos: "soy racista, yo discrimino a esta persona porque es india", esta declaración supondría un nivel de autocensura altísimo que, posiblemente, no somos capaces de soportar, sobre todo si tenemos rasgos indígenas. Sin embargo, su ser "india" nos suscita una serie de sentimientos de rechazo. A partir de estos sentimientos de rechazo trazamos algunas líneas (imágenes con ausencias o silencios) que la dibujan desde

discursos menos censurados y hasta valorados por nuestro sentido común, como una persona diferente e inferior a nosotros. Por ejemplo, podemos asociar a la mujer india con una forma de vida "menos higiénica" o con una forma de pensar "menos culta" que la nuestra. Desde esta imagen, la distancia que mantenemos en la interacción con ella no sólo se da, sino que está plenamente justificada y dentro de los márgenes de nuestras seguridades.

Entonces, planteamos que las imágenes sociales reúnen y combinan las creencias y las emociones, nacidas de las experiencias, pero armadas y recortadas de forma tal que proporcionan seguridades en los sujetos que las poseen. Para ello se seleccionan y condensan sólo algunos elementos y los sentidos asociados a la vivencia, que existen en un momento y en un lugar determinado. Tanto las imágenes como las frases que sirven para expresarlas³⁵ se ofrecen y actúan como un todo coherente y exhaustivo, creando la ilusión de representar y designar fielmente de lo que se habla. Sin embargo, puestos estos discursos bajo los lentes del análisis hermenéutico, se muestran como imágenes parciales, superpuestas, contradictorias que pueden vivir en tanto el valor de certidumbre las mantiene fuera de todo cuestionamiento.

Nuestro propósito en esta investigación es encaminarnos al conocimiento de las "imágenes sociales" que los profesionales de salud tiene de las/os usuarias/os, utilizando este concepto que nos parece potente para exponer cómo esas imágenes trascienden el acto y reproducen las estructuras (y sus conflictos) articulando los discursos dominantes sobre el poder desde distintas dimensiones: económica, de género y étnico - racial.

4. Justificación del estudio

¿Por qué responder las preguntas de estudio propuestas supondría la construcción de un conocimiento pertinente y relevante para la actual disciplina de la Salud Pública?. Proponemos dos justificaciones. A nivel de las prácticas de la Salud Pública creemos que conocer las estructuras simbólicas desde las cuales actúan los proveedores de salud es importante para diseñar estrategias más eficaces, que posibiliten interacciones más favorables entre proveedores y usuarios para contribuir a elevar la calidad de la atención de los servicios y, mediante ella, elevar los niveles de salud de nuestras poblaciones.

Así mismo, el contribuir a comprender desde un enfoque social a las interacciones entre usuarios y proveedores, nos lleva a reflexionar sobre la calidad como un proceso social de construcción de nuevas reglas de juego, de equidad y de democracia, en la sociedad.

A nivel teórico, partimos por considerar a nuestra disciplina como un campo en profundas transformaciones. En la década de los noventa se ha hablado de la crisis de la disciplina de la Salud Pública, con insistencia y, como todas las crisis, ha constituido un proceso de desmantelamiento de saberes, creencias y acciones de una vieja Salud Pública y la construcción colectiva de nuevas posturas.

Entre estas transformaciones se pueden notar los cambios de una Salud Pública antes fundamentada en una filosofía orientada a la enfermedad, al método positivista de conocimiento de la realidad, a la acción estatal como fuente de

recursos y negación del individuo (como tal) sobre el cual se interviene; a una nueva Salud Pública donde lo local toma fuerza, se intentaría conocer lo complejo, no se desecharía lo diverso, se daría un gran valor al autoconocimiento, se reconocería varias racionalidades y se escucharía a los movimientos sociales⁴⁴.

Como precisa Granda⁴⁵, entre los elementos de la nueva Salud Pública estarían una nueva mirada de los sujetos que intervienen en el campo, una mirada hacia los actores que es una perspectiva filosófica y también una propuesta política, en tanto desde la propia disciplina se les concibe como actores de los procesos salud-enfermedad. En esta perspectiva es que se inscribe el presente trabajo como un abordaje desde los actores y el uso de metodologías cualitativas que permiten acercarse a la diversidad y complejidad del mundo simbólico.

5. Objetivos de Investigación

5.1 Objetivo general

Analizar las limitaciones y posibilidades que ofrecen las imágenes que los profesionales de los servicios de salud reproductiva tienen de las/os usuarias/os para el desarrollo de atenciones de salud de calidad en sus dimensiones sociales.

5.2 Objetivos específicos

- Reconstruir las imágenes que sobre la población usuaria tienen los profesionales de salud a partir de sus características poblacionales y de las vivencias en los servicios de salud reproductiva.
- Analizar en la composición de estas imágenes, los elementos de las dimensiones de género, nivel socioeconómico y étnicos.

6. Metodología

6.1 Diseño de Estudio

La investigación que realizamos se basó en un diseño exploratorio, con muestra intencional (es decir, que se seleccionaron los participantes con criterios de heterogeneidad, selección propia de la metodología cualitativa y no por criterios estadísticos) y uso de técnicas cualitativas en la producción de información y técnicas comprensivas de análisis de discurso para el momento de procesamiento y análisis de la información.

Se desarrollaron 3 grupos focales con profesionales de la salud, en los cuales intervinieron 6 médicos, 12 obstetras y 8 enfermeras. Además, se realizaron ocho entrevistas no estructurales -a dos médicas, tres obstetras y tres enfermeras- para complementar la información de los grupos focales.

Para identificar y convocar a los participantes a grupos focales, se solicitó a la directora de la UTES San Juan de Lurigancho que haga la convocatoria a un profesional de cada servicio de salud para cada segmento.

Los convocados representaban la heterogeneidad de los centros y puestos de salud de toda la UTES, dispersos geográficamente, contando con profesionales de 14 de los 32 centros y puestos de salud de la zona, con diversos vínculos institucionales.

6.2 Población de estudio

La población de estudio son los profesionales de salud de los servicios de salud reproductiva de Centros y Puestos de salud del MINSA, en el distrito de San Juan de Lurigancho.

Reconociendo que la segmentación profesional es muy importante al interior de los servicios, ya que involucra diferencia de funciones y diferentes tipos de interacción con los usuarios, nuestra población fue segmentada de la siguiente manera: médicos y médicas, enfermeras y obstetras. Según los datos proporcionados por la UTES, la población de profesionales según profesiones y tipo de vínculo con la institución se aprecia en el siguiente cuadro:

PERSONAL DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD - DISA III

LIMA NORTE SBS-SAN JUAN DE LURIGANCHO

Cargo	2001				totales
	Nombrados	Focalizados	Contratados	Servicios terceros	
MEDICOS y MEDICAS	54	25	62	3	146
ENFERMERAS y ENFERMEROS	21	23	15	21	80
OBSTETRAS	14	21	31	23	79
Totales	89	69	98	49	305

6.3 Perfiles de los proveedores de los servicios participantes en los grupos focales y entrevistas no estructuradas:

Médicos (5) y médicas(3) de centros de salud que brindan servicios de salud reproductiva. Contamos con la participación en el grupo focal de cinco médicos hombres y una médica de los centros de salud que fueron convocados a través de la UTES de San Juan de Lurigancho. Sus edades estaban en el rango de 34 a 49 años. Su permanencia en labores en la zona era bastante diversa, la mayoría se encontraba en la zona entre 11 meses y 4 años. La condición laboral era también diversa, dos de ellos eran nombrados y los otros cuatro eran contratados. Adicionalmente tuvimos dos entrevistas con médicas como informantes clave que laboraban en la UTES ocupando cargos gerenciales.

Obstetras(15) de centros de salud que brindan servicios de salud reproductiva. En el grupo focal contamos con la presencia de doce (12) obstetras, todas mujeres, con edades en el rango de 25 a 39 años, la mayoría (7) entre 25 y 30 años. Su permanencia laboral en la zona databa de 4 meses a 4 años. Con diferentes situaciones laborales: contratadas, nombradas y serunistas. (Gran parte del grupo focal participaron 10 de ellas y 2 llegaron faltando pocos minutos para que culminara el grupo) Además realizamos 3 entrevistas no estructuradas con 3 obstetras de la zona para complementar la información.

Enfermeras (11) de centros de salud que brindan servicios de salud reproductiva. En el grupo focal participaron ocho (8) enfermeras, todas mujeres, con edades en un rango de 24 a 44 años, de diversa situación laboral 1 nombrada, 2 focalizadas,

4 contratadas y 1 scrumista, y diversa permanencia laboral en la zona, de 5 meses a 4 años.

Los Centros y Puestos de Salud donde trabajaban los participantes son:

- C.S Piedra Liza
- C.S La Huayrona
- P.S Azcarrunz Alto
- C.S. San Fernando
- C.S. San Benito
- C.S. San Hilarión
- C.S. La Libertad
- CMI, Canto Grande
- C.S. Ganimedes
- C.S. Mangomarca
- C.S. Huáscar II
- C.S. Huáscar XV
- C.S. Bayovar
- P.S. Canto Chico

6.4 Operacionalización de variables

Categorías Descriptivas

Caracterización general de la población: En este campo semántico reconocimos los fragmentos de discurso destinados a transmitimos cómo son las personas que viven en la jurisdicción de los servicios de salud del distrito de San Juan de

Luriganchó. Tanto las personas que se acercan a los servicios como aquellos que no van. Si bien nosotros queríamos abordar la caracterización según los ejes: económicos, culturales y de género, reparamos en la importancia simbólica de la segmentación étnica de la población y luego propusimos nuestra segmentación según los ejes mencionados.

Empezar las entrevistas y los grupos focales por esta segmentación general fue una estrategia para abordar el discurso sin generar en nuestros entrevistados la necesidad de repetir el discurso socialmente deseado porque no se sentían comprometidos como proveedores en sus descripciones.

Segmentación espontánea de la población. En este campo semántico identificamos los discursos de segmentación de la población surgidos desde los propios proveedores.

Caracterización Económica: Este campo semántico está delineado por los discursos de los proveedores que diferencian el acceso a recursos materiales por parte de los usuarios.

Caracterización Cultural: En este ítem identificamos los discursos de los proveedores relacionados a los recursos cognoscitivos (creencias y saberes), así como los discursos relacionados a las normas, valoraciones y formas de vida propias de un grupo social.

Caracterización de Género: En esta categoría trabajamos los discursos de los proveedores relacionados a identificar las formas de ser y actuar de hombres y mujeres de la población.

Caracterización de los Jóvenes: En esta categoría se trabajó los discursos de los proveedores relacionados a las formas de ser y actuar de los adolescentes y jóvenes. No estaba identificado previo al trabajo de campo, surgió en las entrevistas y grupos focales como un segmento de población con mucha significación para los proveedores. Nos propuso analíticamente un nuevo eje de análisis: generacional.

Caracterización de las/os usuarias/os en los servicios de salud. En este campo semántico abordamos los discursos de los proveedores destinados a describir y calificar la presentación y comportamientos de los y las usuarias en relación a los servicios de salud y en los servicios de salud.

Percepción³⁷ del acceso al servicio. En esta categoría de abordó las significaciones de los discursos de los proveedores relacionadas a cómo eran los usuarias/os que acceden al servicio, así como las razones o motivaciones asumidas por los proveedores para explicar la presencia de unos y la ausencia de otros.

Autopercepción de los profesionales. En esta categoría abordamos las referencias de los proveedores cuando se les pregunta por cómo creen ser vistos por los usuarios, como grupo profesional: como médicos, como obstetras, como enfermeras.

Categorías analíticas

Imágenes de usuario: En base a las características identificadas en los discursos descriptivos se van generando relaciones entre las significaciones y configurando tramas significativas que retratan en forma dinámica, compleja y diversa a los

usuarios, como los proveedores creen que son. Resulta entonces un conjunto de significados que adquieren la forma aparentemente consistente de imagen social de usuarios. En nuestro trabajo intentamos reflejar la diversidad existente.

Percepción de la Interacción proveedor - usuari@. En esta categoría consideramos los discursos de los proveedores relacionados a cómo ven ellos la interacción con la usuaria, las condiciones en las que se dan estas interacciones, las limitaciones y posibilidades de las características de las/os usuarias/os para una interacción satisfactoria vista desde los proveedores. Operacionalizamos esta percepción en cuatro dimensiones a partir de la conceptualización de la atención de calidad de Brucc³⁸ en lo referente a la interacción proveedor -usuaria. Percepciones desde los proveedores de:

- Posibilidades y Limitaciones de las/os usuarias/os para el ejercicio de la Decisión
- Posibilidades y Limitaciones de las/os usuarias/os para el ejercicio de la Información
- Posibilidades y Limitaciones de las/os usuarias/os para desarrollar Buen Trato (según lo que ellos consideren como bueno)
- Posibilidades y limitaciones de las/os usuarias/os para el ejercicio de la Privacidad y Confidencialidad

Imagen de las/os usuarias/os ideales. En este ítem identificamos los fragmentos de discursos de los proveedores que enuncian las características del usuario ideal o cómo creen ellos que las/os usuarias/os deberían ser o comportarse en relación al servicio. En base a las características deseadas en los usuarios reconstruimos el retrato de una usuario ideal en base a un proceso de interpretación.

La reconstrucción de una imagen podría asemejarse a los procesos de identificación policiales, donde una persona tiene la visión de un otro en su subjetividad, la comparte con un tercero hablando de los rasgos, siempre parciales, que limitadamente logran capturar la complejidad de la totalidad y esta tercera persona comienza a trazar los distintos trazos posibles entre los rasgos enunciados generando múltiples combinaciones y diversas totalidades. Finalmente gracias a un proceso intersubjetivo de comunicación entre las partes y otras imágenes referenciales se va configurando la imagen que van reconociendo como la buscada. La versión final no siempre tiene un nombre y un apellido, es limitada pero sugerente.

En nuestro trabajo obramos de una manera similar: interactuamos con las personas que poseen la imagen, rastreamos los rasgos, hacemos múltiples combinaciones, generamos propuestas de totalidad, finalmente estas propuestas las interpelamos con otras significativas (imagen de usuario ideal, imagen de usuario según los parámetros de calidad de Bruce⁴⁷, socialmente aceptados), y construimos una propuesta de comprensión de este imaginario, la versión final es limitada, pero sugerente.

6.5 Procedimientos y Técnicas de colección de información

Para el proceso de producción de información se usó la técnica de grupos focales con proveedores, teniendo en cuenta la riqueza de información que proporcionan los grupos de discusión focalizada cuando lo que buscamos es conocer las percepciones colectivas de un grupo social.

Se diseñó una guía reducida de temas motivadores que constituyó la guía de grupos focales, tomando en cuenta que lo que se intenta es reconstruir el discurso sobre el otro, más que el abordaje de un tema específico. Las guías de grupos focales se encuentran en los anexos del informe. Además, se realizaron seis entrevistas no estructuradas a proveedores para complementar información sobre puntos tratados en los grupos focales puntuales se anexa la guía de grupo focal.

6.6 Consideraciones Éticas.

Para la implementación de la investigación y su publicación se consideraron como consideraciones éticas una convocatoria respetuosa de los profesionales, considerando su negativa a formar parte del estudio. Además se solicitó permiso para el uso de grabadoras en la realización de los grupos focales y no se identifica en el procesamiento y análisis de la información al autor de los discursos para no violar el compromiso de confidencialidad de la información vertida por los informantes.

6.7 Plan de Análisis

El procesamiento de información se realizó utilizando un paquete informático Atlas Ti, especial para trabajar información cualitativa. Se codificaron los grupos focales transcritos con una lista de códigos abierta; es decir, con categorías que previamente a la recolección de información se listaron, añadiéndoseles en el proceso mismo de la codificación las categorías que emergían de la lectura de las transcripciones.

Se avanzó por fases, escribiendo documentos de resumen para cada categoría de codificación, indicando los consensos y disensos. Luego se realizó un análisis comparativo entre segmentos.

7. Resultados

Presentamos los resultados descriptivos y analíticos surgidos del análisis de los discursos de los profesionales de salud entrevistados. Entonces partimos de dos premisas importantes. La primera es que todas las descripciones y proposiciones referidas a la población y los usuarios son las percibidas por los profesionales de salud y son enunciadas desde su particular forma de ver el mundo, no se asumen como hechos, sino como una manera de llegar a identificar los rasgos de las imágenes que estos profesionales tienen sobre la población. La segunda premisa es plantear que estos hallazgos no son generalizables para todos los profesionales de la salud, ni se intenta que así sea, el objetivo es plantear las visiones más diversas posibles, que den cuenta de la cultura de los proveedores, sin considerar un planteamiento exhaustivo, sino más bien exploratorio.

7.1 Visión general de la población desde los profesionales de salud

7.1.1 Caracterización Espontánea

En este ítem analizamos los principales elementos surgidos en la descripción de la población que hacen los profesionales. Es importante tener en cuenta que en este segmento se interpreta a partir de la aparición espontánea de elementos de homogeneización y diferenciación de la población.

Una característica de visión general de la población desde los profesionales de salud, es la declaración inicial de heterogeneidad y variabilidad en torno a las diferentes características de sus integrantes. Los profesionales reconocen una

realidad heterogénea o diversa, negando la homogeneidad y lo idéntico en los otros, en este caso, la comunidad.

Son personas que tiene algunas mercedas diferencias, otras se parecen bastantes, pero no podría hablar de un solo género. son varios tipos de personas... a veces suelen venir personas de un estrato, otras personas que son positivas... o sea un poco de todo. En la zona donde ya trabaja es de todo, no es un patrón definido.

Pero esa diversidad, según los profesionales, no es caótica, rápidamente el discurso de los proveedores reconoce ejes de estructuración de las realidades que organizan esa heterogeneidad. La comunidad aparece en el discurso de los proveedores como una acumulación histórica de repetitivos procesos de migración, invasión, asentamiento y urbanización.

Cada vez aparece una invasión más, así va apareciendo de acuerdo a los censos, creo que había un censo que se hizo: había menos población, han hecho otro censo después de dos años y ha habido más comunidades, van creciendo GP Obstetras

En los discursos de los proveedores la estructura geográfica se relaciona con la apropiación histórica del territorio: las zonas bajas serían invasiones de antaño que han alcanzado mayor desarrollo urbanístico, contando con servicios de agua, luz, desagüe e infraestructura vial. En estas zonas vivirán las poblaciones de mayores recursos económicos.

En las zonas altas los procesos de posesión del suelo serían más reciente; y en los discursos de los proveedores se denomina a esta zona como zona alta o zona de os asentamientos. En estas zonas se hace notar la ausencia de recursos materiales, tanto en infraestructura urbana y sanitaria, como en sus habitantes.

El distrito lo tenemos prácticamente dividido en 2 áreas esta zona; por ejemplo, en la que estamos es una zona un poco mas urbana, este ... la población de repente su nivel económico es diferente y su instrucción también probablemente... también hay invasiones pero la población es diferente. Mayormente son emigrantes que han venido a poblar en los años 80-90 ¿no? Y que todavía seguirán creciendo en forma expansiva ¿no?, invasiones y la zona donde sucede eso es en la zona de Canto Grande, la parte alta de San Juan de Lurigancho. GF Obyte trices

(...)en Huáscar 11 la gran mayoría de la gente vive en asentamientos humanos, son gente que no tienen recursos económicos. GF Enfermeras

También aparece en la descripción de las zonas altas la idea de migraciones periódicas; es decir, estos habitantes de las zonas altas por periodos se trasladan a sus lugares de origen y luego de un tiempo regresan a la zona.

(...) la gran mayoría son de provincia, vienen, este... buscan un trabajo y están ahí pues, y luego tienden a volver de nuevo a su tierra, en ese plan. GF Enfermeras

Estas migraciones periódicas podrían deberse al hecho de ser incluidos sólo parcialmente en el sistema laboral de la ciudad, lo que, de alguna manera,

cuestionaria su calidad de "poblador" de la zona. Este fenómeno migratorio es concebido, desde los proveedores, como irregular y perjudicial para las labores del servicio de salud en su afán de tener continuadores.

En términos generales, los proveedores proponen esta distribución socio-espacial de los recursos: los de arriba con pocos recursos y los de abajo con más recursos. Algunos participantes hacen notar que, si bien esta asociación es una tendencia, los escenarios al interior de estas zonas también son heterogéneos.

Yo recuerdo en la zona ahí de San Fernando, en la zona baja, paradero 13... tú veías también, a pesar de que es la zona baja, que es la zona más urbana pero... hacia diferente gente también. GF Médicos

Una segunda acotación a la segmentación socio-espacial es el cuestionamiento de la denominación de asentamientos humanos, cuando estas poblaciones no son tan recientes como se afirman. Si bien carecen de infraestructuras urbanísticas su estadía ya data de años, lo que nos hace pensar que los procesos de urbanización de los sectores bajos y altos han tomado ritmos diversos.

En la zona alta la mayoría son ya... pobladores, no hay tanto recién llegado. Pero son menos que acá, en la zona baja más de 30 años tienen GF Médicos

Otro campo de descripción con densidad semántica que organiza el discurso de los proveedores sobre la población es el eje: instrucción, nivel cultural y procedencia étnica, variables que aparecen sumamente intrincadas en una misma trama significativa relacionada fundamentalmente a la identidad cultural.

Son muy heterogéneos. sí. Hay personas... digamos, de diferente condición o nivel educativo inclusive, con ciertos patrones culturales y conductas también diferentes; en la zona... lo que es zona de selva, zona de sierra y prácticamente la costa, y cada uno de ellos siempre trae comportamientos aprendidos... Yo conozco a... conozco bien el Perú, y más o menos puedo identificar a estas personas; desde la forma de expresarse... GF Médicos

Esta identidad cultural tendría como elemento indicativo la forma de expresión o lo que denominó un entrevistado "dominio de lenguaje". Lo que también queda manifiesto en los discursos de los profesionales es que esta diversidad cultural no sólo asigna un escenario de lo diferente, sino de lo desigual, en el sentido que algunas identidades serían valoradas socialmente más que otras.

Ahora, algunas personas... no son muchas pero algunas sí, como que quieren demostrar que son más que otras personas... de repente si tienen un poco más de dominio del lenguaje, saben hacerse entender mejor y lo intentan manifestar. GF Médicos

La dimensión cultural por momentos aparece yuxtapuesta en el discurso de la distribución espacial de los recursos; es así que se afirma que en las zonas bajas los pobladores tendrían mayores niveles educativos, mientras en las zonas altas se estaría hablando de poblaciones de "mediana o baja cultura".

(...) la gente más son de asentamientos humanos, de mediana cultura, con un nivel de un promedio de secundaria incompleta más que todo, un buen porcentaje, y un pequeño porcentaje -será un 10%- son los que tienen estudios superiores, todas son familias de alto riesgo, por el número de hijos que tienen, muchos hijos y más de asentamientos humanos, que viven en condiciones muy rústicas... GF Enfermeras

En cuanto a los ejes de descripción que vinculen a la población con la sociedad mayor no se dieron mayores referencias, salvo una aislada anotación sobre la connotación de marginalidad que significaba vivir en San Juan de Lurigancho, lugar asociado a la cárcel, y por tanto, a una población no sólo marginal sino de marginalidad culposa “los delincuentes”.

(...) hay personas que a veces... como que tuvieran un complejo de vivir en una zona cuyo nombre está muy ligado al penal de Lurigancho. O sea, hay gente que se siente un poco mal porque es San Juan de Lurigancho: eso explica porque el alcalde del distrito quiere cambiarle el nombre y quiere ser Nuevo San Juan. GF Médicos

Otro elemento común de descripción es como una zona peligrosa con alta presencia de población marginal: ladrones, drogadictos y alcohólicos. En los grupos de Obstetras y Enfermeras hay repetidas referencias y anécdotas sobre robos y hechos violentos a las que están expuestas en la zona.

(...) en la noche es muy peligroso, mi centro de salud es muy peligroso, inclusive ha habido robos también, porque inclusive de día vienen, ven

al personal que lleva dinero y ya le roban, y en mi centro ya han robado dos veces y de día, por eso es muy peligroso. en el programa tenemos drogadictos y alcohólicos. GF Enfermeras

(...) ya conocemos a la población, ya sabemos qué sitio hay riesgo. En San Hilarión es así lo mismo, también hay drogadicción, alcoholismo, mucha delincuencia, hay grupos ya conocidos. GF Enfermeras

En términos generales, podemos afirmar que los proveedores tienen una imagen heterogénea al identificar diversidad en las características de la población, pero esta heterogeneidad tiene un orden y por tanto regularidades u homogeneidades. Estos ejes de homogeneización al interior de subgrupos están fuertemente influidos por un mapa socio-espacial de la zona; los de arriba y los de abajo es eje de segmentación más fuerte simbólicamente y que articula los ejes cultural, social y económico; los de arriba con menos cultura conflictos y menos recursos materiales y los de abajo con mayores niveles de educación y más recursos.

7.1.2. La estratificación económica: ¿Sólo un problema de recursos...?

En este ítem analizaremos las referencias en el discurso de los proveedores a la dimensión económica de la población con la que trabajan. Identificamos los diversos elementos de significación planteando los más hegemónicos y los alternativos.

La escasez o limitado manejo de recursos por parte de los pobladores es un hecho relativamente ausente en los discursos espontáneos para describir a la población. La dimensión económica aparece cuando se intenta explicar comportamientos cuestionables de los individuos o reñidos con el "debe ser": el no asistir a los servicios, el robo o la violencia familiar.

Hay algunos lugares que si son difíciles (violentos), como los tres asentamientos que existen en la zona; son difíciles como la versiones que los colegas han dicho, y estos jóvenes de asentamientos humanos, ¿por qué serán así?... por la misma vida difícil que llevan... por los recursos económicos. GP Enfermeras

En conclusión, las descripciones que abordan la dimensión económica de la imagen de la población se limitan a un enfoque individualista de la distribución de la riqueza. En general, se omiten las relaciones estructurales que condicionan el exceso a los recursos por parte de los individuos y grupos sociales. Si bien la escasez de recursos se asume como factor o causa de enfermedades y de problemas sociales como la delincuencia y la violencia, no se evocan en el discurso las razones o los factores de esa pobreza y menos aún se le relaciona con las pobreza de otros y las riquezas de otros.

(...) aunque todo parece compartirse hace mucho la formación en casa y eso se trasciende desde... dependiendo de la familia de que condición social es. Si los abuelos fueron... bueno, de una condición, muy pésima, entonces ya no les pudieron dar, entonces los hijos menos. GF Obstetras

Relacionando la existencia de recursos y las condiciones de salud, se afirma que la escasez de recursos tendría relación con la aparición de ciertas enfermedades como la tuberculosis y, en términos urbanos, la falta de servicios llevaría a la gente a tener comportamientos de riesgo con relación a su salud vinculados principalmente con el manejo del agua (recurso escaso) y la ausencia de comportamientos de higiene.

No hacen ... dicen que no tengo dinero y la gran mayoría pues ... ahorita nosotros tenemos 90 pacientes con TBC, cada vez... por ejemplo, cada semana yo notifico, como 4 pacientes con TBC, que la gente no tiene pues dinero, se contagiaron así toda la familia, es una cadena que se contagia, uno tenía, y después le contagio al otro, el otro murió, así sucesivamente, GF Enfermeras

(...) detrás del cerro, entonces ellos están en un riesgo terrible, no tienen agua, luz, están llevando el agua; tienen que medirse con el agua; no pueden lavar la ropa, no puede bañar al niño, el aguatero todos los días no llega. GF Enfermeras

Un elemento repetitivo cuando se habla de los recursos materiales de los usuarios de los servicios es la presentación del **falso humilde**, refiriéndose a personas que teniendo recurso se presentan como humildes para ser sujeto de exoneraciones o favores. Este punto está muy asociado al tema cultural donde será tratado.

En el discurso de los profesionales adquiere mayor importancia causal de la ausencia o mínima presencia de recursos, la falta de empleo, como hecho

frecuente en una gran cantidad de individuos, pero no llega a ser abordado como un proceso de la propia estructura económica.

Según los profesionales las condiciones precarias de inserción en el mercado laboral conforman un hecho cotidiano y van constituyendo condiciones del propio paisaje: los vendedores ambulantes.

La gran mayoría de la gente tiene un trabajo eventual, no tiene un trabajo estable, es eventual; vende algo en la calle, son ambulantes, venden ropa, alimentos en el paradero diez. GF Enfermeros

Eso que no les da o venden algo, o el papá va a vender periódico, no ganan mucho, pequeneces, es el trabajo que no tiene ingresos, entonces tienen una inestabilidad económica. GF Obstetras

Es sugerente que las categorías pobre y pobreza no aparezcan en la trama significativa de la construcción del otro: la población. En el discurso los usuarios no son *pobres*, sino más bien tienen pocos recursos o limitados recursos. Esta diferencia aparentemente denotativa tiene como telón de fondo la negación de los condicionamientos estructurales de la pobreza, y hace parecer el problema de la escasez de los recursos como un problema individual.

Una argumentación alternativa aparece cuando un participante nos habla del carácter histórico-familiar de la escasez de recursos, que sería parte de la herencia de generación a generación.

7.1.3 La cultura: la identidad en el consumo

Un eje en la construcción del otro como diferente, en el discurso de los profesionales, es el relativo a las características culturales. En este ítem analizamos las descripciones de la población que abordaron esta dimensión.

En los relatos analizados hemos identificado cuatro núcleos del sentido: Primero, la connotación regional de la cultura; por ello, se denota la procedencia regional muy asociada a ciertas características culturales: el ser serrano, selvático o costeño, por ejemplo.

Hay personas... digamos, de diferente condición o nivel educativo inclusive, con ciertos patrones culturales y conducta también diferentes; en la zona... lo que es zona de selva, zona de sierra y prácticamente ya costa, y cada uno de ellos siempre trae comportamientos aprendidos... yo conozco a... conozco bien el Perú, y más o menos puedo identificar a estas personas; desde la forma de expresar (...) GF Médicos

Es importante poner de manifiesto que la referencia cultural enfoca, fundamentalmente, la justificación de comportamientos diversos; es decir, tiene que ver en la explicación del porque la gente se comporta de manera distinta, y lo que supone es que esas diferencias toman sentido o regularidad relacionándolas con la región de procedencia de las personas. Es decir, una persona puede tener el comportamiento de serrano, el comportamiento de costeño o el comportamiento del selvático, etc.

Segundo, la cultura como la dimensión del conocimiento y por tanto del ejercicio del poder del conocimiento. Entonces, aquí están relacionadas las formas de información y comprensión de la realidad; las posibilidades de acceder a una forma de comprender el mundo, el cuerpo y por tanto la salud y la enfermedad. En este sentido, los proveedores implícitamente superponen el conocimiento de su cultura médica al conocimiento de los legos. Cuando es cuestionado el saber médico occidental por los legos, no resta más que la risa, aun cuando la crítica parte del aprendizaje, por parte de los legos, de elementos del propio saber médico en otras situaciones o circunstancias.

Hay gente renuente... una vez, yo recuerdo el caso de una mamá joven con su niño y con la abuela. La abuela era una señora... era una persona con... digamos, era una persona de la zona sierra, bien... sus parámetros andinos, costumbres bien arraigadas, bien... Entonces, por ejemplo, tiene la idea de que el médico debe hacer una receta de cincuenta cosas para que sea un buen médico, y en eso la abuela pues... "que. ¿y eso es todo?, no, doctor, usted no sabe ". Así de frente "no, usted no sabe" (risas), "¿y dónde está su medicina, su jarabe, sus pastillas? No, no, doctor usted no sabe" (...) "no, es que yo en mi pueblo... " (risas). "En mi pueblo, doctor, los doctores siempre me recetan vitaminas, y hay que ponerse suero con vitaminas; cuando hay diarrea hay que ponerse suero con vitaminas ". GF Médicos

Es interesante identificar que, en este sentido, la cultura no sólo es respuesta para explicar la diferencia sino que aparece como la explicación de la desigualdad: es decir, habrían sujetos que pertenecerían a culturas subalternas (no sólo distintas) a

la cultura que tiene el autor del discurso. El autor identifica comportamientos errados en los otros y los explica por su pertenencia a un grupo cultural distinto del suyo; si bien no llega a hablar de su propia cultura como tal, asume que la verdad de su cultura es superior indiscutiblemente que la verdad de la cultura de la usuaria. Lo que es más sugerente aún es que "la receta extensa" que solicita la usuaria no es una actividad ancestral como lo hace aparecer el proveedor, sino una práctica médica contemporánea, cuestionable o no.

Tercero, otra idea de fuerza que se desprende de la anterior estaría dada por la influencia de la educación formal como proceso homogenizador de la cultura, en tanto proceso de "consumo" de los conocimientos de la cultura occidental y de alguna manera de ascenso social del educando. De allí se deriva que el nivel de instrucción formal sea, en gran medida, el indicador más reconocido para identificar la pertenencia o no a la cultura del proveedor.

Aquí hay gente que ya tiene estudios, entonces ya te entiende...

GF Obstetras

Cuarto, la cultura como la explicación de reconocimiento o desconocimiento, en el mercado de consumo de bienes y servicios. Se manifiesta un profundo asombro frente a diversas formas de priorizar el gasto familiar o individual. Por ejemplo, la subvaloración del vestir o del ornato del hogar.

Hay que tomar en cuenta... sobre todo en la sierra, ruralmente, a pesar de tener dinero visten de una forma bastante modesta... generalmente los problemas que nosotros vemos es de sierra, gran porcentaje de

migrantes que tenemos acá visten así, muy sencillamente. GF
Enfermeras

La salud, en este sentido, aparece como un segmento del mercado en el cual se accede a servicios y bienes para la recuperación de la salud; por ello, no es entendible para los proveedores, por ejemplo, la renuencia al consumo de bienes gratuitos. Es el caso de las consultas gratuitas o de los insumos donados por los programas, como los anticonceptivos que muchas veces no son solicitados por los usuarios y usuarias.

Vino una señora, aparentemente muy humilde, muy humilde, que tú sabes que vienen de la sierra y que su madre estaba muy mal, (...) que no tenía el dinero y que por favor si le podía ir a atender a su casa: (...) era una persona que adentro... o sea, viven... para fuera tenía una tienda grandaza, una casa de tres pisos que muchos no lo podemos tener, pero adentro tenía... no las condiciones como para los que ella podría darse, y a su madre la tenía en un ambiente... era una paciente tuberculosa, terminó siendo una paciente tuberculosa y la madre estaba en un ambiente cerrado, oscuro y era una viejita de la sierra parece, con unos... Pero yo decía... o sea acá, en esta zona, con esta casa, pero no le daban el mínimo valor a cuidar su salud... y sobre todo ir a un centro a pedirme el favor, cuando yo pienso que esta familia podría haber acudido mucho antes al centro o también a otro servicio de salud, porque yo creo que podría pagar, o sea... ir a un servicio privado... GF
Médicos

Es interesante esta aproximación ya que, aunque de manera tangencial, aparece una comparación con la propia situación económica del proveedor, lo que hace más aguda la crítica al no compartir la misma valoración del bien a consumir, en este caso la atención de salud.

Entonces, la cultura aparece como explicación a una realidad que no se comprende y que podemos asumir como una mala ubicación en el mercado; es decir, estoy ofertando bienes que para mí son valiosos y no son demandados por los compradores. Caben dos explicaciones posibles; o no los estoy ofertando bien o no son valiosos para los otros que deberían comprarlos.

Los proveedores renuncia a una explicación mas autocrítica y sostienen la segunda: no son valiosos y argumentan que no son valiosos por su extracción cultural. En conclusión: la cultura distorsiona el mercado de la salud. Un mercado donde no se considera, por parte de los proveedores, que podría ver una complejidad mayor con formas de bienestar y de acceder a el no compatibles con la forma ortodoxa de ver la salud desde la bio-medicina.

Si bien no se anuncia la existencia de un mercado complejo, donde hay una ubicación limitada de los profesionales de salud, si se hace referencia a quienes pueden satisfacer a los usuarios en aquellas necesidades fuera de la estructura medica convencional. Se habla de la demanda de curanderos, brujos, etc.

Otra posible interpretación de esta "indignación" de los proveedores frente al otro que se resiste a un "comportamiento" esperado, tendría que ver con enfrentarse a situaciones que no pueden interpretar, donde el sentido asignado comúnmente se

ve interpelado por una realidad cambiante. Por un lado, una pobreza con diferentes rostros, donde hay pobreza de generación en generación, pero también procesos de empobrecimiento muy agudos, como por ejemplo, profesionales que pierden sus empleos y han perdido repentinamente su status económico y, de otro lado, procesos de modernización no equitativos que llevan a paisajes muy complejos de acumulación de recursos.

(...) que no tenía el dinero y que por favor si le podía ir a atender a su casa: (...) era una persona que adentro... o sea, viven... para afuera tenía una tienda grandaza, una casa de tres pisos que muchos no lo podemos tener. Gf Médicos

Yo también he tenido oportunidad de acudir a la casa de alguno de ellos que me pidió que por favor fuera a su casa, que estaba mal y no podía movilizarse; y vine a ver que la casa es... es chocante, ver que la persona tiene una apariencia... uno imagina que va a ir pues una casita, de repente es tierra, de repente es un piso, y entra y ve un buen equipo de sonido... encuentra muebles nuevos, entonces es una sensación bastante contradictoria entre lo que aparentan y lo que son. Gf Médicos

En conclusión, hay dos elementos que recorren las descripciones de los proveedores ligados a la cultura. El primero es su uso para explicar comportamientos no deseados ni esperados en la población. El segundo tiene que ver con el enfoque como fenómeno masivo, en tanto muchos pobladores

"adolecerían" o no de ella, pero no como fenómeno social, en tanto su existencia en las relaciones sociales, en sus presentes, aparece muy marginalmente. Desde el discurso consensual aparece como un dispositivo (individual) del pasado, producto de la acumulación personal de "conocimientos", que se hace presente en su ser individual: en su comportamiento, en sus decisiones, en sus consumos.

7.1.4 Género: Así son las mujeres y los hombres así serán

En este ítem analizamos el discurso de los profesionales sobre cómo son los hombres, las mujeres y las relaciones entre estos, en las poblaciones donde intervienen.

Los profesionales plantean repetidamente relaciones de subordinación de las mujeres frente a los hombres y, por consiguiente, declaran la presencia del 'machismo' que sustenta ese tipo de relaciones de subordinación.

Porque las mujeres están acostumbradas a sentirse o a pensar que son ciudadanas de segunda categoría.. Porque el que pone la plata es el papa... el hombre de la casa... GF Médicos

Un elemento constitutivo en las imágenes de las relaciones asimétricas entre los géneros está dado por la dependencia -fundamentalmente económica- de las mujeres, quienes no trabajan y dependen de los hombres para su subsistencia y la de sus hijos.

Bueno, primero que la mujer no tiene independencia económica, el factor económico es muy importancia... que no sabe hacer nada, que de repente fue madre soltera muy joven, (...) no tuvo pareja realmente, el hombre le hizo un hijo y desapareció... y ella por esa cuestión de necesidad de afecto, de cariño de la pareja... GF Médicos

La mayoría de los entrevistados percibe a la mujer como "acostumbrada" a los maltratos y hasta hay quien llega a declararla "masoquista". También, los profesionales, la consideran con muy pocos recursos para valerse por sí misma, por su condición de migrante, de no instruida o por la propia existencia de hijos que no le permitirían romper las relaciones de subordinación. Estas condiciones se harían presentes en la cotidianidad a través de la baja autoestima de las mujeres.

Mira, si tu tienes tu autoestima tu pones primero tus necesidades por delante, tus valores, y sobre eso la compartes; la chica no, generalmente la suegra hace lo que quiere con ella, no respeta... vamos a hablar de la adolescente en este caso, mamá joven... y el esposo pues la avasalla. Yo pienso que ahí hay un problema de autoestima, por que se nota... inclusive en la forma del vestido, no se arreglan, es una chica que... cualquier mujer joven que no viene... no se arregla, podría decirse que vienen a veces despeinadas. GF Médicos

Resalta que las mujeres con baja autoestima son buenas para los maridos machistas y también para los proveedores de salud (risas). Al menos es mi percepción que yo he notado. La mujer también es una masoquista. GF Médicos

Hay otra cosa también; pienso que no solamente es una relación de dependencia sino que la relación de dependencia se establece cuando hay baja autoestima. Es una mujer que... es una relación que no... yo creo que debe haber un problema de autoestima. GF Médicos

Algunos entrevistados afirman también que aún si tuviera recursos para desarrollarse en el campo productivo, como tener una profesión, la presión del medio la obliga a reproducir las relaciones de dependencia para ser una buena esposa o pareja.

La chica no necesariamente tiene una profesión grande, pero es una chica que estudio secretariado... cualquier oficio, pero que el esposo dice "no, tienes que encargarte de los chicos, de los hijos". Ella se somete a eso, porque el otro le dice "no, yo soy el que voy a traer el dinero ", "Yo gano más que tu... ", "Sí, para lo que tu ganas" (risas). GF Médicos

Los profesionales afirman que las mujeres de la zona aún se dedican prioritariamente a las tareas domésticas propias del patrón tradicional de roles femeninos: el cuidar a los hijos, cuidar la salud y la educación. Si bien dentro de este patrón también se encuentra fuertemente la asociación entre el ser mujer y la maternidad, en el discurso de los entrevistados no aparece la maternidad como un ejercicio relevante de las mujeres de la zona. Incluso se cuentan casos en los cuales la mujer-madre es contraria al ejercicio "sacrificado" de la maternidad.

(...)esas chicas son menores de edad, trece, catorce años pero la mujer no lo denuncia, y cuando la mujer se entera que su hija se fue metiendo

con el padrastro, le pega a la hija, porque dice que la hija lo ha provocado, a pesar de que puede ocurrir de que simplemente es el hombre el que la va a buscar, y la mujer defiende al hombre. GF Médicos

(...) la mujer que había sido violada la hizo abortar y la mujer tras denunciarlo al hombre, estaba con orden de captura, se fugo con el hombre y dejó a la hija abandonada, hasta esos extremos se llega. GF Médicos

Marginalmente, aparecen discursos sobre cambios favorables en la concepción de las mujeres o mejoramiento de las condiciones de las relaciones entre los géneros.

(...)generalmente son las mujeres que estabamos hablando en un comienzo, las de baja autoestima, pero... las mujeres que yo atiendo, por ejemplo, saben... yo creo que si tu te propasas ellas se dan cuenta y te hacen el alto de inmediato. GF Médicos

(...)existe el grupo que se cuida (uso de métodos anticonceptivos) libremente, un grupo que por las amigas influenciadas, "no, que cuidate como vas a tener otro niño", un grupo también de mujeres del método oculto y tenemos ese grupo de mujeres "no?" que van acudiendo así... Ahora ellas solas acuden, pero las que acuden libremente son ahora actualmente ya están acudiendo, antes parecían bien... ahora hasta las mismas adolescentes acuden; "no, yo no quiero tener mas" dicen. De

repente ingresan con vergüenza de repente, pero ingresan. GF Obstetrices

Se hace notar que si bien los extremos a los que pueden conducir estas relaciones entre los géneros, tales como la violencia psicológica, la violencia física y hasta el abuso sexual, los términos de diferenciación no se limitan a diferenciar grupos en la sociedad, sino que esa diferencia se halla en cada hogar o grupo de convivencia, tiñendo el tejido social de la sociedad en su conjunto.

(...) violencia... de todo tipo, violencia física, psicológica... abuso sexual, porque se da, inclusive yo conozco de muchos casos de jóvenes que se juntan con una mujer y tienen hijas, y abusan de las hijas. GF Médicos

(...)creo que la salud, la educación, en ambos casos generalmente es la mujer y eso yo diría que no solamente se da en esa zona; bueno, en el colegio donde está mi hijo siempre cuando hay reunión de padres de familia citan a los dos y generalmente va la mujer, o sea, en el salón creo que una pareja y yo somos los únicos que vamos en pareja, el resto va mujeres. GF Médicos

Es de notar como estas condiciones de las relaciones de género se ven marcadas por las condiciones étnicas y culturales, y en el discurso se superponen. Incluso en algunos fragmentos del diálogo el machismo parece un producto cultural de la serranía peruana.

(...)a veces un poco que la autoestima está un poco venida a menos, parece que en esta zona el machismo es un poco... está bien arraigado,

como es gente que viene de la sierra, tiene ese patrón cultural. GF

Médicos

Los discursos sobre los hombres son mas consensuados, como también mas estereotipados, reconociendo ellos mismos que tienen poca experiencia en su trato con los hombres, pues ellos no acuden a solicitar sus servicios. En relación a ellos se afirma el abuso constante de su condición de dominante en la relación, su despreocupación e irresponsabilidad por sus hijos y su pareja, la permanente tendencia al sexo y la infidelidad. La autoestima baja explicaría en ellos sus comportamientos de maltrato a la mujer.

(...) entonces el mismo hombre tiene baja autoestima: cuando el hombre es un señor analfabeto, que solo tiene primer o segundo grado y que solamente puede trabajar en una fabrica ganan un sueldo o un salario mínimo, que con las justas alcanza para mantener a la familia y es menospreciado o es maltratado por el patrón, el descargo eso maltratando a la mujer. GF Médicos

La mujer aparece, desde el discurso de los profesionales, en sus relaciones permanentes y también en las ocasionales exentas de sentir placer o de ser movilizadas por el mismo. Se describe una mujer con tendencia a vincularse a más de una pareja. No aparece en las relaciones relatadas el amor romántico, ni el apasionamiento sexual; serían personas que tienen relaciones sexuales a cambio "del diario" y tienen hijos a cambio del derecho "al diario". Entonces la vida sexual y reproductiva de las mujeres fluctúa en torno a las transacciones, términos no valorados por los proveedores.

Una relación de dependencia. Yo percibo eso, cuando se establece ese tipo de relación de dependencia, muchas veces por ejemplo la señora ya tiene... ya ha tenido un niño. ahí es donde se genera lo que decía la doctora. GF Médicos

Me dicen, "no, señorita, es que a veces no me da para el diario ". Hay presión que, si no tiene relaciones, no le van a dejar para el diario... GF Obstetras

Dentro de las relaciones hombre-mujer de la zona yo veo que su punto crítico son las relaciones sexuales y el hombre es el que decide, la mujer no tiene participación en la decisión de tener o no tener intimidad. El coge, usa y si la mujer vino por algún motivo, le duele o se siente mal. lo dice que no. le dicen que no hay diario. Ellas lo saben, porque a veces les digo: "le dije que no tenías que tener actividad sexual, estás mal" Me dice: "es que me puso unas caras... Si yo no accedo, entonces no deja para la comida de la casa". GF Obstetras

Ella sigue cobrando, por eso le digo que para mí, entre Camillas, es una prostitución enmascarada, porque incluso ahí dentro con el mismo esposo. porque el esposo le dice hoy no me das, hoy simplemente se va, no deja el diario, entonces no hay dinero. GF Obstetras

Se produciría a decir de los proveedores, un círculo vicioso: las mujeres buscan solidificar la relación con su pareja, y por consiguiente sus ingresos diarios de

subsistencia, con el nacimiento de un hijo. Siendo así, la relación no necesariamente se vuelve permanente y fracasa frecuentemente. La mujer, para lograr un nuevo vínculo de dependencia económica, se relaciona con la nueva pareja y engendra un nuevo hijo., pero su propia situación de ingresar a una nueva relación con un hijo previo la coloca en una mayor fragilidad en la nueva relación.

(...)y el hombre muchas veces que encuentra a una mujer que ya tiene hijos... llega un momento en que el hombre le dice "tu ya no me puedes pedir nada a mí ni exigir nada porque tu ya has estado con otro ". me contaba una señora "mi esposo me pega, me dice que yo soy una cualquiera porque ya tengo otros hijos anteriores, entonces como me he metido con él" GF Médicos

Yo recuerdo mucho a una señora que tenía pues cantidad de hijos, era un case que también... ella después de haber hecho hijos con su pareja se encuentra con otro hombre y yo le digo pero "tu te has metido con el, mira, ahora estás embarazada, ya tu cuarto, quinto hijo", "de donde yo voy a poder con mis hijos " o sea como que buscan un refugio en alguna persona que de cualquier manera le va a dar apoyo económico. Con tal de recibir, pienso yo, ellas sopor fan todo eso. GF Obstetras

Las relaciones de pareja aparecen muy débiles y fluctuantes: según los proveedores esta debilidad esta dada porque el vínculo no es formal: matrimonio. Estando en relaciones de convivencia se hace mas fácil el abandono por parte del varón.

Lo que se ve por ejemplo... llega una pareja de provincia, una pareja sólida con tres hijos, entonces aquí llegan, aquí tienen un cuarto hijo, viven dos años... entonces que pasa, que la pareja se separa, ¿y por que se separa?, porque la deja por otra persona, y la madre queda con cuatro hijos, la gran mayoría, lo que yo he visto que hay mamás que vienen al control y dicen que "me ha abandonado, me ha dejado porque ha conseguido a otra persona". GF Enfermeras

En la mayoría hay un alto porcentaje de convivencia¹, entonces, el temor de perder esa persona que ya le hizo hijos y que le mantiene hace que la mujer sumisamente acepte las condiciones que el hombre pone.

GF Médicos

Otra condición es que arriba (en la zona alta) la relación de pareja es tipo convivencia más que matrimonio, entonces ahí Ud. sabe que... no le podría decir si marca o no, pero de repente sea una causa; o sea, si hay convivencia, obviamente no hay una relación estable, en cualquier momento el hombre se puede ir, entonces lo que decía la doctora, tienen a veces que soportar algunas cosas para evitar que el varón se vaya. GF Médicos

Un tercer elemento que reproduce relaciones de mayor dependencia y de mayor dominación y maltrato por los hombres hacia las mujeres, aparte de un hijo previo a la relación y la convivencia sin matrimonio, es la edad de la mujer: si se trata de una adolescente las condiciones de mayor dependencia y sumisión son el corolario, según los proveedores.

Mi percepción con respecto a lo que me preguntas es que ahí todavía la relación de dependencia es más fuerte, porque generalmente son mujeres de 16, 17 años que todavía no... no tienen la menor idea de cómo llevar un hogar y es bien... tu ves que cuando llega una madre joven, o llega solita o llega con la mamá, la mamá de ella. Es una relación de dependencia abismal, las chicas a veces no saben hacer nada, el hijito está mal, a veces están desmatridos, o sea, son madres que viven desorientados. GF Médicos

El embarazo en adolescentes en esta zona es bastante frecuente, según los entrevistados, y se percibe por ellos como una reproducción del tipo de relaciones experimentado en las generaciones adultas.

Y los niños son los que... por ejemplo, el hermanito de 9 años es el encargado de cuidar al resto, después una cadena, yo tengo por ejemplo una mamá que tiene hijos de diferentes parejas y enseña a la hija, la mayor va creciendo y a los 15 años también busca una pareja, tiene su hijo, parece como si fuera una cadena, también la abandona el papa luego... GF Enfermeras

No si tienen que... de todas maneras a través del ejemplo, así que pues... eso es trascendente, eso empieza de arriba para abajo, crece en ese medio, para la hija o el hijo es natural, es el medio donde está viviendo, y con naturalidad ella actúa de cambiar de pareja, de dejarle al esposo, pero son iguales dependientes del varón(...). GF Enfermeras

En términos generales, la dimensión de las relaciones de géneros es densa en significaciones. Existe un discurso fuertemente marcado por la crítica a la ideología machista, principalmente desde las enfermeras, y la aseveración constante de la reproducción de las relaciones no equitativas entre los géneros en toda la población. Si bien la distinción socio-espacial también es significativa en esta área -los de abajo son menos machistas que los de las zonas altas- la relación no es tan polar como en las otras dimensiones trabajadas: económica y cultural.

En el discurso aparece un sistema de relaciones que condiciona la reproducción de comportamientos machistas por parte de los hombres y subordinación por parte de las mujeres. El dispositivo que explicaría el comportamiento de las personas sería la "autoestima" tanto en los hombres como en las mujeres; la baja autoestima en los individuos provocaría sus comportamientos poco deseados: subordinación, violencia, maltrato.

La imagen de los hombres está centrada en la característica de dominante, abusivo, sexualmente insaciable y la imagen de la mujer está focalizada en ser subordinada y sexualmente interesada (intercambia sexo por el diario).

7.1.5 El eje generacional: Los adolescentes

Entre los ejes de diferenciación de la población surgió el generacional, que si bien no tuvo una gran extensión semántica, propone características interesantes de la población joven de la zona.

Existen dos perspectivas para ver a los jóvenes. En el caso de médicos y enfermeras la percepción está asociada al núcleo joven-problema; es así que se le

menciona para explicar la reproducción de la situación crítica actual que declaran, sin ver en ellos ningún comportamiento asociado al cambio. La otra ocasión en la que se les menciona es para exponer lo peligroso que supone el nivel de violencia y pandillaje, convirtiendo al joven-problema en joven-peligro. Incluso, por estas razones, en el grupo focal con enfermeras se deja sentada la imposibilidad de mantener actividades de promoción y prevención de la salud con los jóvenes por el carácter indisciplinado y beligerante de los mismos.

Generalmente son mujer es de 16, 17 años que todavía no... no tienen la menor idea de como llevar un hogar y es bien... tu ves que cuando llega una madre joven, o llega solita o llega con la mama, la mama de ella. Es una relación de dependencia abismal, las chicas a veces no saben hacer nada, el hijo está mal, a veces están desnutridos, o sea, son madres que viven desorientadas. GF Médicos

Dependiendo de la zona más que todo, por ejemplo en la zona de ella debe ser muy distinto la juventud pero en la zona mía como le digo... Tu zona es más pobre, ¿no?... son difíciles pero atrevidos, o sea... para llegar... o sea, tú tienes que buscar una forma de como convencerles que se porten bien, con una persona mayor, es bien difícil. GF Enfermeras

En las obstetras se puede identificar un discurso de mayor expectativa y tolerancia a los adolescentes y jóvenes; se hace hincapié en algunos cambios que se han producido en las jóvenes, en la actitud más orientada a las propuestas respecto a solicitar los servicios de anticoncepción. Hablan con complacencia de la apertura de los jóvenes para conversar sobre temas de salud sexual y salud reproductiva.

7.2 Descripciones de las usuarias y los usuarios en los servicios

7.2.1 Acceso a los servicios de salud

Existen dos posibilidades de interpelar a la realidad claramente diferenciadas en torno al acceso de la población a los servicios de salud. Uno que tiene como pregunta inicial ¿Por que no van a los servicios los que deberían ir? y otro, directamente opuesto, en el cual subyace la inquietud ¿Por que van a los servicios los que no deberían ir?.

Desde la primera perspectiva, los proveedores enuncian que existen resistencias por parte de la población para acceder a los servicios públicos de salud. No van al servicio y van a otros servicios: curanderos, chamanes, brujos y curiosas. Estos comportamientos de distanciamiento o rechazo son explicados por pertenecer a una cultura diferente, como migrantes de sierra y con ello se asocia a una tradición, como pauta de acción recursiva.

Yo no sé si será por cuestión de apariencias o porque ya está bien arraigado; en lo que se refiere también a la atención, en la sierra la gente muy poco acude a los centros de salud salvo cuando está tan mal tan mal que el curandero, el chamán, el brujo, la curiosa... ya no les pudo solucionar, y lo vemos también en nuestra zona: nosotros, claro, con el correr del tiempo, con el trabajo que hacemos de salir a buscar a la comunidad, la comunidad... se van un poco minando esas costumbres tan... tan arraigadas en las personas, pero persiste todavía acá bastante.
GF Médicos

Es generalizado: en los distintos profesionales la consideración es que la mujer es la usual demandante de atención de salud de los integrantes de la familia, considerando la ausencia casi absoluta de los hombres. La idea principal que se aborda para justificar el hecho es que la responsabilidad del cuidado de la salud, en particular de los hijos, recae en las mujeres, como una más de las responsabilidades domésticas adjudicadas a la mujer por el sistema de relaciones de género.

Como resultante del razonamiento anterior, el varón aparece como un "sujeto irresponsable" frente a la salud de los individuos que componen el núcleo familiar. Esta irresponsabilidad aparecería justificada en la división tradicional de roles y expresada fundamentalmente como "despreocupación" o "indiferencia".

Una apreciación también consensual es aquella que enfatiza en la falta de prioridad en el entorno familiar de la salud de la mujer y en la misma mujer, quienes acuden a los servicios de salud generalmente para buscar atención cuando sus hijos están enfermos y regularmente en busca de vacunaciones.

Inclusive hoy dos tipos más de conducta, una es que en el caso de la mujer... no sé si solamente se da en la zona, pero en el caso de las mujeres por ejemplo parece que el cuidado de la salud está en un tercer, cuarto o quinto plano, porque ellos se enferman... si por ejemplo el niño se enferma, inmediatamente lo llevan, el esposo se enferma y a veces al otro día lo llevan, pero cuando ellas se enferman no acuden al establecimiento. Muchas veces uno capta... capta mujeres con problemas porque ha venido el hijo o porque trajo al esposo... por ahí uno puede

darse cuenta que la señora también o la señorita también tiene algún problema de salud. GF Médicos

De allí también se desprende la percepción de demandas de atenciones principalmente recuperativas, y preventivas sólo en el caso de las vacunas en los infantes. Los servicios preventivos para la salud de la mujer son percibidos como poco valorados y de demanda escasa por la población.

Inclusive si uno... algo que nosotros palpamos por ejemplo en las vacunas. la vacuna antitetánica en mujeres en edad fértil, todo... a nivel San Juan es bajo, en cambio en lo que es niños, por ejemplo, la mamá nunca va a descuidarse que lo controlen al niño, entonces ella sí se descuida y no se hace papanicolau, que debería hacerse una vez al año. GF Médicos

En relación al varón, cuando se menciona su visita espontánea en busca de condones se le reviste de una apreciación moral censuradora, al asumir que buscan los condones para mantener una vida de libertinaje, con relaciones con varias mujeres, frente al temor del SIDA.

Lo que yo he observado también es que hombres sí van, pero son hombres que no tienen pareja; o sea, en su casa no tienen una conviviente o una esposa y están con diferentes mujeres, entonces para eso van, para recibir los condones, para cuidarse ellos para no contagiarse. GF Enfermeras

Claro, no hay seguros ahí pero la gente que va es asegurada, por el hecho que en el Centro encuentra... por la cercanía prefieren pagar su dinero y atenderse más cerca de su casa. GF Enfermeras

Los proveedores dan cuenta que desde el servicio tampoco existe una apertura o incentivo para convocar a los hombres a los servicios de salud reproductiva y, en general, se aprecia lo mismo en el consultorio de niño sano. Las personas que trabajan en los servicios a menudo ven con sorpresa la llegada de un varón al servicio de planificación familiar causando vergüenza en el usuario.

Sabes que a veces en el mismo admisión se sorprenden ... ay, no, la señorita cómo va atender a un varón... digo, de repente viene por planificación y lógico, entra a planificación, pero de repente el chico más pregunta por su pareja que por él mismo, ¿qué edad tiene la pareja? 17 años. GF Obstetras

Desde los entrevistados, se afirma que al igual que los trabajadores del servicio, también los otros usuarios del servicio muestran su asombro ante la presencia de los hombres.

Si los mismos pacientes lo miran raro cuando entran - Lo miran todo el mundo como diciendo "¿por qué va a entrar?" y como dice salud de la mujer en el letrero de la puerta, qué raro que un hombre entre si es de la mujer. GF Obstetras

(...) cuando ingresaba un varón para Planificación Familiar le miraba sorprendido de tanta cosa, me decía "señorita, mire, me han visto", sorprendido pasó a caja. De igual manera entonces las oportunidades que yo tenía para Planificación Familiar me decían... con una sonrisa, yo he tenido oportunidad de conversar, o sea yo identificaba a las personas que le decían en recepción el caballero, entonces le conversaba, le decía "Planificación Familiar no es solamente para mujeres, también para el varón y si te ha causado admiración en la siguiente que no lo haga" y deberíamos acostumbrarnos a que vieran caballeros; entonces ya al trabajar esto... GF Obstetras

Se reconoce que los servicios han sido estructurados e implementados pensando en las usuarias y no en los usuarios, lo que estaría desmotivando y hasta siendo una barrera para que los hombres se acerquen a solicitar determinados servicios.

Es que los servicios han sido hechos para la mujer; es muy difícil involucrar al varón de repente al servicio de salud. GF Obstetras

Lo mismo sucedería en el caso de adolescentes hombres que buscan el servicio. En esta situación se daría una doble discriminación por el hecho de ser varón y ser adolescente.

(...) cuando se le invita al establecimiento, si son adolescentes hombres tienen mucho recelo de ir... no, no va a ir, no sé si irá pero yo no lo podría decir, yo si me pongo como adolescente varón no iría a un servicio que es de mujeres, aparte de adolescente; imagínate, todo el

mundo me va a mirar como bicho raro... no, si yo voy por decir alguna consulta... No, o sea... a ver, lanzo esto... de repente muchos más hombres hombres quisieran ir, no solamente este poquito de gente sino muchos más quisieran ir, pero también desde el permiso... también no hay un saludo acogedor, al varón puede estar pasando eso. GF
Obstetras

Segundo, desde la pregunta por qué van los que aparentemente no tendrían que ir, aparece la idea frecuente que quienes poseen recursos deberían acceder a servicios privados e incluso algunos -haciendo verdaderos esfuerzos- deberían acceder a recursos de manera individual.

Ir a un servicio privado. o sea... se nota que esas personas podían haber pagado eso, pero... ¿Son usuales esos casos de gente que aparentemente, para nosotros, tienen recursos y van y no quieren gastarlos? GF
Médicos

Uno ve el caso y bueno, de repente determina un tipo de medicamento que en ese momento en la farmacia no hay, entonces le dice "Señora, sabe qué, va a tomar este tipo de medicamento ", "Muy bien doctor, y este medicamento ¿hay en la farmacia?" "No, señora, en este momento no tenemos porque bueno... ", "No, doctor, mejor deme uno que haya acá", pero hay otras personas que no, dicen "Doctor, ¿pero eso le va a servir?", "Sí, señor", "Ah, después te lo compro", entonces ahí también hay esa diferencia, algunos que haciendo grandes esfuerzos probablemente puedan comprar medicamentos que de repente el niño

necesita en ese momento y que las mamás a veces no tienen por x motivos, pero hay otros que no, o sea, lo que hay, lo que tenemos que lógicamente está mucho más al alcance de ellos se utiliza, GF Médicos

Existiría en este punto una postura ideológica subyacente que por un lado considera que la salud no es un derecho social universal y por tanto deja de ser un derecho para pasar a ser un privilegio focalizado en la atención de "algunos", considerando el carácter individual de la responsabilidad frente a la enfermedad.

7.2.2 La interacción proveedor - usuario/a

a) La decisión

Sobre la capacidad de decidir y la práctica de la decisión existen discursos aparentemente contradictorios. Por un lado, se afirma que las mujeres tienen "baja autoestima" y por ello son vulnerables a las decisiones de la pareja; se cuestiona que las mujeres no acepten las recomendaciones de los proveedores, qué las lleva muchas veces a condicionar la aceptación y, por otro lado, se habla de mujeres que esperan que los proveedores decidan por ellas, con pasividad y total disposición a acceder a sus propuestas.

Las mujeres, a decir de los proveedores, estarían desprovistas -fundamentalmente por las características de las relaciones de género- de una "autoestima que les permita decidir". Nos parece de singular importancia que la autonomía en la decisión esté referida a la influencia de la pareja varón y no al propio profesional de salud. Si aceptamos esta interpretación podría parafrasearse que las mujeres no son autónomas de sus parejas para aceptar lo que los proveedores consideran que es lo mejor para ellas.

*(...)no quiere estar con su método anticonceptivo. ¿por qué creen? -
Falta de autoestima - Claro, no se valoran - Ante todo no se valoran -
No se cuidan si están enfermas y no acuden al médico por sí mismas. GF
Obstetras*

El uso del método oculto se percibe como una decisión a medias; no se tendría en las mujeres la capacidad para enfrentar las consecuencias de sus decisiones y por ello se limita a ocultarlas.

*Ahora, ahí el problema también es el uso del método oculto de la pareja;
si nosotras tenemos un alto uso de inyectables, es un método que a veces
la pareja ni se da cuenta que ella está utilizando. ¿El varón? Y hay
muchas señoras que lo hacen así y el esposo ni sabe -Sí -Y la señora se
está cuidando sin el consentimiento de la pareja, tenían temor ellas, pero
si hay otros que utilizan muy bien el método y porque es muy fácil para
ellas por que no tienen que estar acudiendo al centro ni tomar nada,
pero hay otro grupo que lo hace a escondidas. GF Enfermeras*

Teniendo como axioma el pensamiento anterior y siendo notorio el compromiso de los proveedores frente a la realidad de las usuarias y en ese contexto, se renuncia a defender el derecho a decidir de las usuarias para influir directamente en sus comportamientos. La justificación de estos hechos se encontraría en el diagnóstico de "baja autoestima de la mujer" que posibilitaría de un lado que esté asequible a la influencia y de otro a la condición de incapacidad de "decidir bien".

*Cuando yo le veo a una paciente que viene con su autoestima hecha
trizas, "no, que no quiere el esposo, que el esposo todo, que el esposo*

que... pero mi esposo... ". ahí es donde yo digo "ya, entonces vamos a hacer eso ". GF Enfermeras

(...)si tú te pones la T de cobre es posible que el esposo lo puede sentir ¿no?, porque hay esposos que lo sienten la T de cobre y si tomas píldoras de repente te olvidas, lo que más yo te aconsejaría... estoy tomando la decisión de repente en ese momento... ya me siento como que estoy tomando la decisión, "¿por qué no te aplicas el inyectable?, pero eso que te aconseje la obstetra". Siempre hay un pero, porque yo no lo puedo manejar, todo eso no me compete en primer lugar. GF Enfermeras

"entonces te voy a mandar arriba y tú le vas a decir a la señorita: me ha dicho así y qué más puedo hacer, cómo voy a hacer, qué reacción voy a tener y entonces ella te va a explicar. Vamos, vamos... ". Prácticamente la decisión ja lomo por ella: ya me fui arriba, le explico a la obstetra, "ya no te preocupes, yo ya voy a hablar con ella. GF Enfermeras

Otro discurso que invalida la decisión de los usuarios es el que superpone la decisión política del MINSA a las decisiones personales de las usuarias. Se habla de una estrategia del sector para mejorar la Salud Pública, incluso por encima de los propios usuarios. En estos casos se hace uso de presiones o incentivos para orientar el comportamiento de las usuarias.

En TBC (...) es una estrategia que todas las mujeres pasan por planificación y tengan su método (...) ¿Y si la mujer no quiere? - No, toditas —

Es una estrategia que se ha tomado, "tienes que salir controlada con tu método" y al final se condicionan con eso. "si no pasas ese programa no te van a dar tu canasta, para tu canasta tienes que cumplir con todos los programas". No deben ser así, pero ellas así lo requieren. Si ellos pudieran no irían tampoco a recibir las medicinas - Se lo diéramos, pero como nosotros no confiamos de ellas entonces tenemos que darles el tratamiento prácticamente en la boca. GF Enfermeras

Un tercer discurso es aquél que coloca a la usuaria como un sujeto *influenciable*⁴ que coloca verbalmente la decisión en el proveedor.

Bueno, ellas sí son bastante influenciables, a veces tú les dices... cuando ellas llegan no, siempre van "y usted, ¿qué me dice? depende de usted, lo que me diga usted". Son influenciables, son estas mujeres pues, la gran mayoría humilde, amas de casa: bueno, actualmente algunas son madres solteras. GF Obstetras

Bueno, sí influye, porque ellas a veces se sienten que su autoestima está un poquito más baja, a veces porque el esposo se ha ido se sienten como desprotegidas, se sienten influenciables y todo eso, ¿no? se sienten con un poquito menos de valor, la autoestima más baja. Pienso que sí influye de todos modos... GF Obstetras

En suma, las usuarias en el discurso de los proveedores, si bien tienen formalmente el derecho a decidir, no lo ejercen: 1) Cuando hacen lo que los proveedores no consideran correcto, porque estarían obedeciendo al marido por su posición de sumisión en las relaciones de género. 2) Cuando hacen lo que los proveedores consideran correcto, pero hace falta presionarlas o inducir las y 3) cuando hacen lo que los proveedores consideran correcto, pero hacen explícito que quien está tomando la decisión es el proveedor.

b) La información

En torno a la capacidad de dar y recibir información en las atenciones de salud los proveedores consolidaron los siguientes argumentos:

- 1) Existe la necesidad no sólo de tener los conocimientos sino de poderlos comunicar.

*lo otro es cómo yo llego... o sea, puedo tener todos los conocimientos en la cabeza pero si yo no sé llegar a esa persona... al final, yo creo que es importante a veces explicar a la paciente o al paciente... si yo le voy a hacer algún tratamiento, si voy a examinar tal parte de su cuerpo, para qué lo voy a hacer, para buscar qué, siempre es bueno explicarle. GF
Médicos*

- 2) Existen personas que pueden resultar más próximas a entender lo informado; el perfil estaría dado por las personas que tienen mayor educación, mejor nivel económico. En el caso de las Obstetras se menciona a los jóvenes como un segmento de mayor apertura; consideran que los jóvenes son sujetos abiertos y

necesitados de información. Este sería el único segmento poblacional en estas condiciones.

(...)O sea, ya no es un tabú hablar de la parte reproductiva, es un poco más abierto, incluso en los colegios. El problema es por ejemplo... en los colegios es de repente... hay una brecha generacional padre-hijo y el problema ahorita, es con los padres; el adolescente puede estar con ansias de conocer, pero ese papá o la mamá no tienen esos conocimientos.

3) El objetivo del proceso de información es "convencer" al usuario o usuaria de una determinada forma de ver su proceso de salud-enfermedad. En este sentido, la información no es neutra (no podría serlo).

¿Uds. sienten que están perdiendo el tiempo? Así, a la franca... suele pasar, cuando uno informa, cuando uno comienza a informar. Cuando sientes al final que no convenciste al paciente, que no comprendió nada... GF Médicos

c) El trato

En relación al trato, los proveedores señalan -habiendo consenso- la búsqueda por parte de la usuaria de salud reproductiva de ser atendida por profesionales femeninas. Este hecho, conjuntamente, con la mayor cantidad de personal femenino trabajando en los servicios, posibilitaría una ampliación de la demanda.

Ahí es mujer, no hay problema, pero donde tú ves una obstetra que ve la parte de salud mujer y un médico pero varón que ve la parte de la morbilidad de la mujer... no funciona, y eso los consultorios iban a esperar para ver el desempeño y no, no funciona. La mujer enmascara su dolencia por otra cosa y va donde la obstetra. GF Enfermeras

Las mujeres no quieren atenderse con hombres. ¿Y por qué? Prejuicios, vergüenza... Yo creo que también es la actitud del profesional varón que muchas veces... yo no tengo ningún problema en atender a personas de diferente sexo y edad, inclusive... hace un tiempo vino una paciente y tenía un problema y tenía que examinarle, examinar partes muy íntimas de su cuerpo, y la paciente en ningún momento... a veces uno siente resistencia pero es como uno es. GF Médicos

Fue tema de consenso en los grupos focales el planteamiento que los servicios no están preparados para tratar al varón que solicita servicios de planificación familiar, tanto en la infraestructura y en la organización como en la actitud de los proveedores y de los usuarios que van a los servicios de salud de la zona.

Incluso se asume que, a pesar de buscar la integración del varón, la presencia de la pareja en el servicio hace que la usuaria se intimide y su disposición al proveedor cambie, volviéndose más distante, lo que de alguna manera pone en conflicto la participación del varón y el entablar una relación cercana con la usuaria.

La señora, si no está el esposo, es más elocuente y habladora. pregunta y todo... cuando entra el esposo, la señora casi nunca habla. Es más, cuando entran el hombre y la mujer, esos casos en que el hombre es invitado a pasar, el hombre se sienta y la mujer se queda parada. GF
Médicos

El buen trato y el esmero en la atención se perciben como un privilegio por la propia escasez de recursos de la oferta de servicios. Esta idea de privilegio aparece porque el proporcionar buena atención a unos supone el restarle la calidad del servicio a otros. Sin embargo, el conflicto se vivencia como responsabilidad exclusiva de la actitud de los actores y no, como consecuencia de un sistema de organización de la sociedad que discrimina recursos de forma inequitativa.

A veces tocan la puerta "Doctor, apírese ; tocan la puerta y dicen "apírese, doctor". Sale el paciente y entra la persona que tocaba la puerta, y me dice "Doctor, ¿pero... nada más?", "Si Ud. me dice que me apuré... si yo me demoro con una paciente o con un paciente el mismo tiempo, teóricamente debo hacerlo con Ud.", entonces ahí ya cambian, "si me pide una atención rápida, de repente yo no le escuche todo lo que Ud. me tiene que decir, no lo examiné de acuerdo a como uno quisiera y definitivamente el tratamiento no va a ser el adecuado, y probablemente Ud. se vaya pensando en que el médico no le ha querido escuchar ". GF
Médicos

Ante las situaciones conflictivas aparece "el reclamo", como elemento constitutivo de las atenciones, como la barrera que pasar o la cruz que sobrellevar. Los proveedores problematizan sobre el reclamo y no sobre el conflicto. Es decir, el problema sería el reclamo, y la solución sería que no haya personas que reclamen; justamente, el perfil está constituido por hombres de mayor nivel económico. Por el contrario, se preferiría que todos fueran como niños (parafraseando a un entrevistado).

Esas personas que te hablo de mayor nivel económico, si han tenido un tropiezo en admisión, uff! ya te esperan con todo el rollo ahí en la puerta; tú básicamente tienes que tener un manejo para que puedas saltar la cosa, si no...

Las personas de menor recurso económico a veces resultan más fáciles de atender; obviamente, porque... los más... los niños es lo más cómodo, porque no reclaman. Gif Médicos

Un campo de alto conflicto aparece en relación a los pagos y las exoneraciones. No existiría un proceso de evaluación de las solicitudes de exoneración con criterios claros; una evidencia de ello es cuando se sugiere que el indicador de escasez de recursos sería la apariencia: tener recursos: ropa lavada, estar limpios, maquilladas, etc. No tener recursos: ropa descuidada, miserable, etc.

Es que no tiene, se le nota a la vista que no tiene plata... se nota ¿Cómo a la vista se nota? Por la manera de pintarse, de arreglarse, la vestimenta, los zapatos, su presencia misma lo dice, porque incluso esta bien lavadita, limpia, y viene a pedir una exoneración; entonces, si tiene

para los cosméticos, para la ropa, y para el zapato, como vamos a poderle exonerar tres soles. Pero si viene una señora que esta desaliñada a veces con su ropa con las justas, y encima con su bebito, y ella es la que está mal, y vemos también al niño, entonces de hecho tenemos que exonerarla. GF Médicos

d) Privacidad y confidencialidad

Habrían dos tipos de concebir la privacidad, según las razones por las cuales los usuarios pedirían privacidad en sus atenciones.

En el caso de las personas cultas, que viven en zonas urbanas, que tienen un mejor nivel económico y todo ello traducido como "tienen autoestima" solicitan privacidad porque están preocupados por su salud y conocen sus derechos.

Más exigen los cultos, los que viven en la zona urbana, los que se preocupan, (...) pero los otros de las zonas urbanas sí tienen autoestima, esa es la gran diferencia. Entra la técnica, entra el médico, pero está la puerta, pero con que no esté abierta no reclaman, pero si es una zona urbana, entonces dicen por qué está entrando y así todo, dicen "yo necesito ser atendido por usted, no he venido a exhibirme" y es lógico. GF Obstetras

Otro es el caso de los que no tienen el perfil antes mencionado, sino todo lo contrario: nivel económico bajo, baja instrucción, etc. Reclaman una atención privada; en estos casos algunos proveedores interpretan que su deseo es originado

por el temor a que se conozca el contenido de sus declaraciones, serían sumamente anónimas y por tanto reprobables.

(...) pero si de todas maneras tienen temor a ser vistos, son los que están al fondo de la zona de riesgo, nosotros los llamamos así porque ellos en primer lugar, no tienen autoestima. GF Obstetras

Una interpretación posible del discurso anterior, sería que la privacidad es colocada en términos de la privacidad del confesionario, con la idea de unión entre lo sagrado y lo profano. Podría estar relacionado con el carácter sexual de los contenidos y la concepción de la usuaria como *pecadora* ("la que actúa mal"), por un lado, y de lo que redime en el proveedor.

(...)no le cuentan también a nadie, eso es exclusivo para que nadie se entere, pero ahí se confiesan todo, todo lo que han hecho pues, porque nosotros si contamos estas cosas es así... sin nombre, sin apellido, acá nadie conoce a nadie, entonces esto... un poco que con fia al final. Eso queda ahí adentro del establecimiento, por eso la consejería es privada. GF Obstetras

Por último, la privacidad también es vista y provista como una estrategia para recabar la información necesaria para la atención de salud. Esta comunicación es un proceso con muchas dificultades, el proveedor tendría que esforzarse para "extraer" la información que desea conocer: "ir escarbando" dicen algunos.

Bueno, yo creo que es para ambas partes, ¿no?, el usuario necesita una privacidad, imagínate todo esto públicamente... o sea, una cosa es que sospechen y otra que lo sepan ¿no?, la privacidad es muy importante incluso dentro del trabajo, porque a veces tenemos personal que vive en la zona. Entonces está limitado a la atención que le damos nosotras en forma directa o alguna otra colega que está con nosotros en el servicio y también para nosotras, para poderle dar la orientación necesaria, irles escarbando ahí, porque si hay otras personas ahí te despistan, no les puedes dar completa una información y ellas tampoco te van a dar la información que de repente tú necesitas para ayudarla. GF Obstetras

7.3 Imagen de la usuaria y usuario ideal

Los proveedores coinciden en identificar como característica del usuario ideal a la persona que se comporte dentro del centro de salud de la siguiente forma: Que sea puntual al llegar, ordenada, traiga su carnet y que sea paciente en la espera, en función de simplificar las tareas administrativas.

Un usuario que cumpla en primer lugar con su carnet de citas o de CRED o del programa de Obstetricia ¿no?, que sea puntual, que respete las normas del establecimiento de orden físico: por ejemplo, que estén tirando todo al suelo no, esas normas les tendría que poner y hacer recordar siempre que no debe de faltar como si fuera su libreta electoral su carnet de identificación. - Que la gente los tira, lo pierde - A veces los pierde y es muy fastidioso, cuando vienen quieren una atención y soy nueva y nos mienten ¿no?, entonces estamos falsificando documentos o duplicando ¿no? Nuevamente - Duplicando documentos, una historia y

otra historia por aquí y la otra por allá, entonces no se lleva la secuencia de la enfermedad. GF Enfermeras

Además, que sea obediente y respete las normas proporcionadas por los proveedores.

Yo pienso que nosotras deberíamos de brindar un carnet como un decálogo ¿no?, darles y que ellas aprendan leyendo y cada vez repartiendo para que nunca lo olviden, y cada vez que llegue a su casa vayan grabando lo que dice, "tienes que llevar tu carnet, tienes que estar tranquilo, que no haya bulla ", que de repente decir cada vez que voy y no lo cumplo, entonces eso creo estaríamos dándole para que poco a poco se vaya concientizando la gente, se le va grabando, cumpliéndolo, porque la cosa no es que lo lea y no lo cumpla. GF Enfermeras

Mejor es que traigan su carnet. - Que vengan puntual a sus citas - Claro - Que cumplan su tratamiento. - Que tengan puntualidad en el control de citas - Bueno, aparte que sea paciente, consciente, que esté consciente a lo que realmente necesita. GF Obstetras

Que tenga autoestima, en relación a valorar su salud, seguir comportamientos preventivos y que sea asequible, en general, a las propuestas del servicio de salud.

Que se valore como mujer y sepa lo que significa su salud para ella, y que acepte los procedimientos preventivos que tenemos, como el caso de las vacunas, y de repente hasta el uso de métodos de planificación

familiar, para que lo usen en forma preventiva y no cuando ya tiene el problema. GF Enfermeras

Y que ya vengan decididas ¿no?, ya, porque viene por planificación familiar a usar el método decidido ¿no?, y que sea responsable. GF Obstetras

En relación al usuario varón se dijo que debían tener las mismas características y sobre todo que no reclamen tanto. Se manifestó la importancia de incorporar a los hombres en la salud reproductiva, aunque se habló de las dificultades y de las pocas ideas concretas que existen para lograr dicha incorporación.

En términos globales, se concibe un usuario ideal como un sujeto totalmente asequible a las opciones planteadas por el servicio, carente de autonomía y más aún sin la noción de sujeto de derechos. Además de ello podríamos plantear una visión excesivamente normativa de concebir la interacción con los usuarios y con una exagerada valoración de los componentes administrativo. Se pierde la concepción del servicio humano y social que se presta. En resumen un usuario y usuaria ideal es aquel que entiende al proveedor, le obedece y paga por sus servicios, sin ocasionar problemas sociales ni administrativos.

7.4 Una aproximación a la auto-percepción de los proveedores

Este tema no fue abordado en profundidad pues no era considerado parte de los objetivos iniciales del estudio, sin embargo, en la propia dinámica de la interacción obtuvimos información valiosa que anotamos.

Los médicos se perciben como sujetos con prácticas eminentemente técnicas, el acto médico es visto como relación entre un profesional y un lego. Consideran importante la dimensión del trato en términos comunicacionales que permiten el acceso a información fidedigna sobre la sintomatología y la amabilidad que permite que la usuaria se convierta en una "continuadora" es decir, una usuaria que regrese periódicamente y aplique las recomendaciones oportunamente.

Algunos médicos se mostraron críticos de su formación al experimentar que las obligaciones laborales de la atención preventiva y promocional se distancian fuertemente de las habilidades fomentadas en sus casas de estudio.

Las enfermeras coinciden en percibirse como amigas y consejeras de las usuarias.

Bueno, a mí más o menos que como amiga, como aliada, como alguien que les va aconsejar que le va ayudar, claro. GF Enfermeras

Algunas refieren que los sentimientos contrarios hacia ellas nacen de la incomprensión de los usuarios del sistema administrativo del servicio. Se sienten atrapadas entre la calidad que deben proporcionar en sus atenciones y las condiciones materiales y organizativas-programáticas que tienen que enfrentar para la realización de las mismas.

No, aquí te exige el doctor..., que es el director..., él es que exige cada mes... coberturas, aparte de eso, de las exigencias del trabajo de campo. Todas estamos iguales. Eso es lo que nos desanima, queremos bastante a nuestra profesión, al menos ponemos de todo, al menos yo tengo que salir de mi centro de trabajo a las 2 de la tarde, pero a veces salgo a las 6 p.m., todo porque esa misma reciprocidad que me confían; entonces yo digo, si me confían, entonces yo tengo que cumplir, y a veces me quedo un poco más pero cumplo con todo. GF Enfermeras

Claro, unas amigas demoran, pero que les va a beneficiar, no les va a hacer daño, ¿no?, entonces por eso es que vienen, cualquier duda que tengas, ven. GF Enfermeras

Se diferencian fuertemente de los médicos, quienes aparecen más distantes de la población, circunscritos a actividades puramente técnicas, y de las Obstetras, quienes aparecen circunscritas a una especialidad: la reproducción; A decir de ellas, en cambio, pueden tener la visión global e integral de la salud de las mujeres y niños.

Entonces, ¿como que ustedes son más minuciosas que las Obstetras? - Sí, un poquito más - Sí, porque cuando tienen por ejemplo el programa de PCT ellas vienen cuando quieren; por ejemplo, cuando tienen una molestia, ellas vienen. G F Enfermeras

Yo pienso por qué la enfermera está en todas partes, está en este... PAI, viendo en PCT, en tópico, es bien buscadita; sales al hall a ver si están algunas mamás nuevas para que tú las captes, "señorita, este..., señorita, ¿me puede atender el doctor?, mi bebe está enfermo tiene esto... ". entapice s tú ves si el niño tiene fiebre... G F Enfermeras

Hay mas cercanía con las enfermeras que con las Obstetras - Sí, porque hacemos más campo — Ah, hacemos más campo - Ellas también salen pero no es mucho - Claro - Incluso tenemos nuestras consultas que tienen años - Que incluso tenemos pacientes mujer citas que vienen ya que a nosotras... nos consultan de planificación. G F Enfermeras

Las obstetras se perciben como los proveedores más cercanos a mujeres y jóvenes, sus confidentes y amigas.

Ellas nos ven como sus cómplices, como las que le van a ayudar, las que le van a facilitar, la que le va orientar, o sea, nos ven como a una amiga. - Alguien a quien pueden recurrir. - 57 - Yo pienso que nos tienen bastante consideración, bastante respeto y a veces ellas piensan que nosotros les damos bastante confianza de que... y esto... le damos la consejería, la orientación y ellas lo tienen bien presente. G F Obstetras

Consideran estar capacitadas para tratar con la gente, sean mujeres o hombres, jóvenes o adultos. Consideran también el conflicto entre el brindar atenciones de calidad y cumplir las metas que son impuestas verticalmente.

Tenemos, pero nos exigen también, que tenemos que ser... lograr lo que nos pagan por tantas horas de trabajo, por tantas metas cumplidas y si no cumplimos... claro - Porque hemos firmado un documento donde dice: tienes que cumplir tus metas. ' En el contrato dice tu producción. No tanto hablan que las metas ¿no?, que más bien la localidad... Se contradicen, porque yo he luchado, por ejemplo, yo no puedo porque me dicen... Pero tienes que cumplir con tus metas... Por eso es que yo me quedo hasta fuera del trabajo, para cumplir con esas metas, nos quedamos. Es que hay un discurso medio tramposo: por un lado te exigen calidad y por el otro te exigen metas. GF Obstetras

Otro conflicto que consideran importante es el realizar actividades administrativas y de capacitación frente a la escasa provisión de recursos humanos para las labores asistenciales, -

Es como estar regidos todavía por programas, y cada programa exige una cantidad de cosas que debe ser, estos son los registros, y lo peor de todo es que cada vez quieren darnos más registros. Yo ayer he estado en una reunión del Programa Materno-Perinatal y que el doctor quiere un registro para eso y piensa solamente en el programa que llevas, pero no ve la parte operativa, que ella está llevando 3 ó 4 programas. GF Obstetras

Encuentran la legitimidad de su trabajo en la aceptación de la población, en el requerimiento de sus servicios por parte de las mujeres que prefieren ser atendidas por personas del sexo femenino.

Entonces cuando viene una nueva y dice "mi mamá me habla, sí, mi tía me está trayendo, mejor que me explique usted ¿no?, entonces por eso yo... como le digo, lo veo a partir que ya en los establecimientos hay personal de obstetricia y se está haciendo cargo de esto, por algo somos responsables de lo que es salud mujer. GF Obstetras

Plantean la asignación de actividades administrativas sin beneficio concreto en las atenciones, y también la irracionalidad del sistema en la asignación de los recursos humanos.

llenamos veinte mil cosas, en reunión decidimos no utilizar, pero viene la supervisión y nos dice "ustedes lo utilizan", hay que usarlo y ya qué más nos queda, utilizar registros que... ya pues, nos van a demorar más tiempo, pero tenemos que utilizarlo porque son las normas... yo al de Planificación Familiar no le veo ninguna utilidad para nada. En todo caso, si ya hacemos recetas, si la paciente ya firma su receta, al final contabilizamos por recetas y el HISS, yo creo que el registro diario de insumos sería por gusto - Está por gusto -Al menos yo creo que es una pérdida de tiempo. GF Obstetras

... esto también implica de que en algunos centros haya mayor esfuerzo para cumplir y en otros haya menor esfuerzo para cumplir, porque quizás hay recursos importantes y todas esas cositas que a veces son

*verticales, en la práctica es todo un lío la parte práctica - Y porque...
aquí lo que ocurre en la zona.. imagínate, yo tengo que captar 34
gestantes nuevas por vez, y ellas solamente 24, algo así, 12 cada una de
ellas; GF Obstetras.*

La autoimagen que proyectan los proveedores es en suma compleja, desde varios puntos de vista: podríamos considerar que en conjunto se hallan entre varios campos de actividades y entre dos actores a los cuales es importante satisfacer: la población y los empleadores. Muchas veces el complacer a uno supone indisponerse frente al otro; en ese sentido, la calidad de las atenciones aparece fuertemente contrapuesta con la productividad.

Es importante mencionar que ambos discursos son propuestos desde la política y la normatividad, quedando presionados entre ambas exigencias. Según lo narrado, aún resulta importante el componente normativo y el estilo burocrático en el que hacer cotidiano en los servicios, lo que es más discutible cuando se imponen otro tipo de competencias en relación a la población. Es entonces que el discurso de recursos humanos para el sector resulta un conjunto de piezas muchas veces incoherentes entre sí, pero calzadas en un marco al que el discurso político - denominado reforma- le reviste de coherencia aparente.

8. Discusión

8.1 Reconstrucción de las imágenes de los usuarios a partir de los discursos de los profesionales de salud

En base a los discursos de los proveedores antes analizados hemos reconstruido las imágenes de las usuarias y de los usuarios haciendo una síntesis en una matriz.

MATRIZ 1
LAS IMÁGENES DE USUARIAS Y USUARIOS

Tipo de usuaria/ o	5.1.1 y 5.1.2 Características Socioeconómicas	5.1.1 y 5.1.3 Características culturales	5.1.1 y 5.1.4 Características de género	5.2 Cómo se presentan en los servicios
Mujeres de zonas altas	Sin recursos Reciben diarios sin pareja Padres de hijos. Lix hijos No saben cuidar su salud y de los suyos porque no "comocen" o tienen creencias de otros sistemas culturales.	Analfabetas. Algunas quechuahablantes. No saben cuidar su salud y de los suyos porque no "comocen" o tienen creencias de otros sistemas culturales.	Subordinadas económica y socialmente. Algunas intercambian sexo por el diario. Sin anticoncepción y búsqueda de atención de la salud de la familia es su responsabilidad.	Vestidos viejos y sucios. Sin maquillaje. Apariencia desahogada. Hablan poco. Entienden poco. Obedecen poco "confiesan" sus problemas anónimos.
Hombres de zonas bajas	Pocos recursos desempleado. Cachuelero.	Bajos niveles de instrucción. Rebeldes de alcohol.	Dominantes machistas. Violentos con sus parejas sexualmente demandantes.	No llegan a los servicios. Son barrera para que sus parejas mujeres vayan a los servicios y obedezcan a los proveedores. Cuando van piden más gratis e intimidan a sus parejas.
Jóvenes	Hijos de hogares "desestructurados"	Violentos. Miembros de pandilla. Bajos niveles de instrucción. Desertores escolares.	Están cambiando	No llegan a los servicios. Cuando los proveedores los buscan tienen reacciones diversas entre la aceptación y el rechazo. Sin recursos

Mujeres de las zonas bajas	Con recursos. "Falsos pobres"	Niveles de instrucción secundaria más. No valoran su salud porque tienen otras prioridades.	de a Subordinadas a sus parejas, aunque con ciertos niveles de autonomía dados porque trabajan. Mayor autoestima. El estatus y búsqueda de atención de la salud de la familia es su responsabilidad.	Asedadas "lavadas" Maquilladas. Ropa sencilla pero limpia y bien puesta. No saben decidir por valorar su salud ya que no quieren gastar sus recursos en ellos y obedecen limitadamente a los proveedores. Hablan más. Reclaman sobre la atención en la atención. Entienden más. Obedecen regularmente.
Hombres de zonas altas	Con recursos. A veces con bienes e inmuebles. "Falsos pobres"	Con niveles de instrucción primarios y/o secundarios	Dominantes. Machistas. Sexualmente demandantes	Van poco a los servicios. Cuando van están incómodos en los servicios porque los servicios no son pensados en ellos. Cuando van son muy reclamones. Buscan servicios grandes.

Esta Matriz fue construida con los aportes de los hallazgos descriptivos, en los ítems que se explicitan.

Apreciamos en la matriz de modo puntual las imágenes, a decir de los proveedores, proyectadas por los usuarios en el servicio y sus componentes de

género, cultura y nivel socioeconómico que los proveedores interpretan que condiciona la actitud que los usuarios adoptan en los servicios.

Es importante anotar que las dimensiones estudiadas se relacionan estrechamente con tres demandas que aparecen en los discursos de los proveedores componiendo lo que sería el usuario o usuaria ideal: que entienda, que obedezca y que pague. La dimensión económica ligada a la posibilidad de pagar, la dimensión cultural ligada a la posibilidad de la obediencia y la dimensión cultural a la posibilidad de entender. Sin embargo, en los discursos de los proveedores la dimensión cultural se hace más densa y explicativa pues el no querer pagar no estaría asociado a las posibilidades económicas sino a la desvalorización de la atención de salud construyendo la idea del "falso pobre", con recursos pero que se niega a gastar en su salud. En la siguiente matriz mostramos las cercanías y distancias con la imagen de usuario/a ideal de cada una de las imágenes reconstruidas.

MATRIZ 2

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS IMÁGENES DE USUARIAS Y EL

USUARIO IDEAL

Imágenes de usuarias y usuarios	Cercanías con la usuaria/o ideal	Distancias de la usuaria/o ideal
MUJERES DE ZONAS ALTAS Vestidos viejos y sucios Sin maquillaje Apariencia desaliñada Mal olor Hablan poco Entienden poco Obedecen poco	No reclaman mucho porque hablan poco	Las prantas de higiene los distancias afectivamente. La poca comunicación les limita la posibilidad de acceder a información. La poca comunicación limita a los proveedores a influir en su comportamiento "obediencia"

HOMBRES DE ZONAS ALTAS
No llegan a los servicios. Cuando van piden todo gratis e intimidan a sus parejas.

MUJERES DE ZONAS BAJAS
Ascadas "lavaditas" Maquilladas
Ropa sencilla pero limpia y bien puesta.
No saben decidir porque no valoran su salud ya que no quieren gastar sus recursos en ellos y obedecen limitadamente a los proveedores. Hablan más. Reclaman sobre la demora en la atención. Entienden más Obedecen regularmente.

HOMBRES DE ZONA BAJA
Van poco a los servicios Cuando van están incomodados en los servicios porque no son pensados en ellos. Cuando van son muy reclamones Buscan servicios gratuitos.

ADOLESCENTES

No llegan a los servicios
Cuando los proveedores los buscan tienen reacciones diversas entre la aceptación y el rechazo.

En tanto no son percibidos como una demanda necesaria de los servicios su ausencia no es problematizada.

Cercanía en sus prácticas de higiene y cuidado personal. Es más fácil comunicarse con ellas en relación a la información necesaria para su atención. Es más fluida la comunicación que permite influir en sus comportamientos "obediencia"

Sus nociones de salud-enfermedad son más cercanas a la cultura médica occidental. En tanto no son percibidos como una demanda necesaria de los servicios en ausencia no es problematizada.

Su ausencia no es
Problematizada
Podría deberse como una demanda necesaria de los servicios.

Son barrera para que sus parejas mujeres vayan a los servicios y obedezcan a los proveedores. "No obedecen ni dejan que otros obedezcan"

Reclaman más porque pueden expresarse mejor.
Exigen más al servicio: prontitud, privacidad, confidencialidad.
Exigen gratuidad o bajos costos, lo que los hace sujetos desconfiables.

Reclaman más porque pueden expresarse mejor. Les hace no gratos en el servicio. Exigen más al servicio: prontitud, privacidad, confidencialidad. Exigen gratuidad o bajos costos lo que los hace desconfiables. Resultan a veces barreras para que sus parejas obedezcan a los proveedores.
Su rebeldía característica les aleja de un comportamiento sumiso y obediente.

Esta matriz fue construida en base a la matriz anterior y los hallazgos descriptivos del ítem 2.3

Sería significativamente imposible plantear cual imagen se acrea más al usuario ideal de los proveedores. Los aspectos del entendimiento; la obediencia y el pago parecen estar caminando en sentidos opuestos. La mayor sumisión y aparente positividad de la mujer de las zonas altas que aparecen favorable con en la dirección opuesta a su capacidad de entendimiento y sus posibilidades de pago. Por tanto dista de la usuaria ideal.

El varón de las zonas altas aparece sumamente distante al ideal, no asiste, no entendería, no obedecería, es un obstáculo para la atención de la pareja, y no puede pagar. La mujer de las zonas bajas aparece más cercana en tanto puede entender mejor a los proveedores, es asequible a sus observaciones y tratamientos, pero reclama más por una mejor atención y no quiere pagar. Por

último, los hombres de las zonas bajas, más cercanos al entendimiento como al reclamo, más lejanos a la obediencia y buscan no pagar o costo mínimos.

Los adolescentes son una población que aún no aparece en los servicios, no se siente como una demanda potencial. Ellos en el imaginario que nos hemos planteado investigar aparecen más cercanos al entendimiento pero distantes a la obediencia y al pago.

En la siguiente matriz, identificamos los elementos de las imágenes más cercanas al modelo de calidad de atención, haciendo énfasis en los elementos de información, decisión, privacidad y confidencialidad que se relacionan directamente con la interacción entre la usuaria/o y el proveedor.

MATRIZ 3

ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS IMÁGENES DE USUARIAS/OS Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA INTERACCION EN LOS DISCURSOS DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN SEGÚN BRUCE

Imágenes de usuarias y usuarios	Cercanías con las características de la atención de calidad	Distancias con las características de la atención de calidad
MUJERES DE ZONAS ALTAS	Demandan atenciones de salud	Tienen muy pocas conocimientos y habilidades para reconocerse al derecho a decidir (¿Cómo van a decidir?) Sus parejas deciden por ellas (¿Cómo van a decidir?) Sus limitadas facultades para expresarse y entender relativiza el reconocimiento de su derecho a la información (informarles es perder el tiempo) Se coloca en rol pasiva en la interacción con los proveedores

HOMBRES DE ZONAS ALTAS	No se insistan en roles de pasividad y obediencia a los servicios	No demandan atenciones de salud. Cuando asisten a los servicios no se comunican fluidamente y suelen no comprender las explicaciones
MUJERES DE ZONAS BAJAS	Demandan atención de salud. Buscan y a veces exigen un buen trato. Pueden comunicarse mejor con los proveedores. Pueden entender mejor las indicaciones y explicaciones de los proveedores lo que hace viable que sean continuadoras y desarrollen un tratamiento adecuado. Reclaman por lo que consideran sus derechos (pagar lo menos posible). No suelen ser pasivas, ni obedecer ciegamente.	
HOMBRES DE ZONAS BAJAS	Algunos demandan atenciones de salud, acompañan a sus parejas. Suelen exigir un trato eficiente. Reclaman por lo que consideran sus derechos (no pagar o pagar poco)	La mayoría no demandan atenciones de salud
ADOLESCENTES	Se rebeldía les posibilitaría ser críticos con los servicios y así adoptar una actitud gurvsa.	No demandan servicios de salud.

Esta matriz fue construida en base a la matriz I y a los criterios de calidad de Bruce relacionados a la interacción proveedor-usuaria), especificados en el marco conceptual.

A partir de la información de la matriz podemos identificar que la mayor cercanía a las atenciones de calidad están en las mujeres de zonas bajas, mientras la mayor distancia se encontraría en las mujeres de zonas altas, lo que nos pone en evidencia la reproducción de los niveles de inequidad al interior de los servicios de salud.

Por su parte, los hombres siguen siendo una población ausente en los servicios de salud reproductiva y cuando aparecen como acompañantes suelen incomodar a los propios servidores de salud.

Los adolescentes aparecen en los discursos de los proveedores como el contexto que rodea al servicio de violencia y peligro, más que como actores protagónicos en las atenciones de salud.

8.2 Inconsistencias y «ocultamientos» de las imágenes proyectadas, y sus posibles implicancias en la calidad de atención.

Nuestra aproximación a las imágenes de los usuarios supera lo que en nuestras posibilidades, podemos analizar; sin embargo, la densidad de conocimiento es aún mayor cuando intentamos abordar lo que estas imágenes tratan de ocultar o las incoherencias que nos proponen. Como Hercovich⁴³ afirma, estos vacíos o inconsistencias no son "errores" o meras "casualidades"; son más bien una puerta al entendimiento de nuevos sentidos; en el temor, en el conflicto. Es allí donde pretendemos detenernos de manera sintética para hacer este proceso de reflexión de estas imágenes sociales.

Una primera constatación es la sobredimensión de la diferenciación cultural para expresar los encuentros y desencuentros en la relación proveedores - usuarios. El campo de la diferenciación cultural y por tanto del conocimiento, es la base que sustenta la división de funciones en el esquema médico tradicional y, funcionalmente, transfiere los roles de actividad, decisión y autoridad en el médico y el ser objeto, paciente y obediente el usuario, por tanto ofrece al proveedor seguridades y poder.

La noción de conocimientos sólo es atribuida a aquellas proposiciones que devienen del saber y cultura médica y la noción de creencia, prejuicio o idiosincrasia al acervo de conocimientos locales.

Esta ausente una perspectiva de diversidad cultural que por un lado reconozca la diferencia y la valore; y por el otro, soporte la posibilidad de un encuentro democrático entre grupos culturalmente distintos. Desde esta dimensión de análisis se cuestionaría la posibilidad de una atención que respete a la usuaria, sobre todo aquella asumida de las zonas altas, como sujeto con derecho a la decisión. Así como a la posibilidad de manejo y construcción de conocimientos desde el propio individuo que solicita los servicios.

Además del desencuentro en la dimensión cultural soporta la aparición en el imaginario del "falso pobre", mujer o varón que intenta evadir los costos de la atención de salud aduciendo a una pobreza inexistente. Esto se explica en el poco valor que se le da a la salud en otros sistemas culturales considerados cuestionables.

La dimensión de género está muy presente, siempre justificando la poca "obediencia" de las usuarias a los proveedores de los servicios; la apuesta por la autonomía derivada del autoestima es muy débil, en tanto no se asume a la usuaria con la posibilidad de discrepar con los proveedores y sus propuestas. Entonces el discurso resulta estereotipado, trazando mujeres sumisas y hombres dominantes. Las mediciones son olvidadas, la negociación inexistente. Se denuncia la omnipotencia de los hombres, también porque significa el cuestionamiento del poder de los proveedores.

El discurso de equidad de género aparentemente presente en los proveedores, más que una propuesta política de equidad como un discurso usado para reducir la inseguridad que proporciona la ineficacia del modelo de la obediencia de las usuarias respecto de los proveedores.

Existe una imagen de los proveedores sumamente idealizada de sí mismos, sin planteamientos autocríticos y localizando débilmente responsabilidades en las instituciones de salud. Pareciera que cuentan con recursos ideológicos limitados para proponer los problemas que viven a niveles globales, quedando la mayoría de las veces en planteamientos inediatistas. La ausencia de discursos globales que los posicionen en la sociedad es evidente y conduce a alimentar ansiedades en relación a la observación de su propia práctica, siendo el enfoque individualista competitivo un elemento de resquebrajamiento del orden corporativo que proporcionaba seguridades.

Su evidencia la relativa ausencia del discurso sobre la economía, que estaría relacionada a la disminución del poder económico de los profesionales en general y, en particular, a la disminución del status económico de los médicos. De allí que al comparar situaciones económicas de usuarios más favorables con las suyas pueda resultar angustioso, y la economía resulte una dimensión difícil desde donde plantear una relación de distancia favorable a los proveedores. Es en este entrampamiento que surge la imagen del "falso pobre" que busca exoneraciones aunque posee bienes o inmuebles. Obviando la diversidad de la pobreza, los diversos procesos de pauperización vividos en nuestro país en los últimos años, en donde posiblemente ellos mismos están inmersos.

La prevención y promoción de la salud está exigiendo a los médicos y otros profesionales un campo de habilidades y destrezas que rebasan lo bio-médico, para adentrarse en las relaciones sociales, la comunicación y hasta el marketing, lo que proporciona múltiples inseguridades en los proveedores, sobre todo en aquellos formados en la tradición médica asistencialistas.

Los proveedores médicos más arraigados en este enfoque tradicional se ven más cuestionados. La enfermera, por su rol de cuidado, más acostumbrada a la relación directa con los usuarios, se adapta de mejor manera a los nuevos servicios, aunque subsisten los vestigios de autoritarismo en la prescripción del cuidado. El perfil de la obstetra aparece con mejor adecuación a los nuevos servicios, ya que su núcleo de formación no ha sido la enfermedad propiamente dicha sino la gestación y el parto, lo que le permite tomar distancia de las propuestas más medicalizadas con mejor disposición.

La ausencia más llamativa es la concerniente a los discursos globales, o discursos que expliquen las relaciones sociales en torno las reglas de juego que imperan en la sociedad. Existe más bien un discurso individualmente de los problemas y también de las soluciones. Lo colectivo, es decir, aquello que le sucede a más de un sujeto, es asumido como una agregación de individualidades.

CONCLUSIONES

1. En términos generales, podemos afirmar que los proveedores tienen una imagen heterogénea al identificar diversidad en las características de la población, pero esta heterogeneidad tiene un orden y por tanto regularidades u homogeneidades. Estos ejes de homogeneización al interior de subgrupos están fuertemente influidos por un mapa socio-espacial de la zona: la definición de "los de arriba" y "los de abajo" es el eje de segmentación más fuerte simbólicamente y que articula los ejes cultural, social y económico; los de arriba con menos cultura, mayores conflictos y menos recursos materiales, y los de abajo con mayores niveles de educación y más recursos. Este estereotipo basado en la connotación de la pobreza como situación crónica desconocería las situaciones de pobreza coyuntural, que en procesos de recesión tan intensos como los vividos en la última década en nuestro país, es el porcentaje que ha aumentado considerablemente.

2. Las descripciones que abordan la dimensión económica de población se limitan a un enfoque individualista de la distribución de la riqueza. En general, se omiten las relaciones estructurales que condicionan el acceso a los recursos por parte de los individuos y grupos sociales. Si bien la escasez de recursos se asume como factor o causa de enfermedades y de problemas sociales como la delincuencia y violencia, no se evoca en el discurso las razones o los factores de

esa pobreza y menos aún se le relaciona con las pobreza y las riquezas de otros. Esta connotación individualista, alentada por un discurso neoliberal de reforma de salud en los 90s, conlleva culturalmente a "hacer culpables a las víctimas", cuestionando la situación precaria por limitaciones individuales y ausentando la responsabilidad social de la precariedad y la pobreza; que directamente convoca la responsabilidad del Estado y sus instituciones. Siendo el servicio de salud una de las extensiones del Estado en las comunidades locales no se asumen los proveedores con una responsabilidad institucional frente a sus usuarios. Podría atribuirse a una ausencia de identificación con la burocracia estatal de la cual son parte.

3. Como consecuencia del no reconocimiento de diversas pobreza, incluida la coyuntural, aparece un campo de alto conflicto en relación a los pagos y las exoneraciones. No existiría un proceso de evaluación de las solicitudes de exoneración con "criterios claros"; una evidencia de ello es cuando se sugiere que el indicador de escasez de recursos sería la apariencia: tener recursos: lavada, limpia, pintada, etc. no tener recursos: descuidada, ropas miserables, etc. Por tanto las mujeres de las zonas altas serían consideradas con legitimidad para acceder a una exoneración, mientras las mujeres y hombres de zonas bajas son altamente criticados por solicitar exoneraciones al ser considerados como "falsos pobres".

4. Ante las situaciones conflictivas aparece "el reclamo", como elemento constitutivo de las atenciones, como la barrera que pasar o la cruz que sobrellevar como proveedores. Ellos problematizan sobre el reclamo y no sobre el conflicto.

Es decir, el problema sería el reclamo, y la solución sería que no hayan persona que reclamen. El perfil de los reclamantes recae en las mujeres y hombres de las zonas bajas, de mayor nivel económico y cultural.

5. En relación a la dimensión cultural de la descripción de la población, encontramos el uso de la diferencia cultural para explicar comportamientos no deseados, ni esperados en la población. Resulta el argumento catalizador de todas las razones y motivaciones que llevan a los/as usuarios/as a desobedecerlos o hacer caso omiso a sus indicaciones, a no priorizar la atención de salud a otras necesidades, o, a buscar descuentos o exoneraciones teniendo recursos económicos manifiestos como propiedades o equipos diversos. Resulta entonces el paraguas de las certidumbres, donde las frustraciones son neutralizadas argumentando la "incompetencia" del otro y no la propia. Consideramos que esta connotación de la cultura conlleva a una lectura parcial y reforzadora del status quo: una lectura de aprendizaje o de conocimiento del otro y del sí mismo, mediada por la existencia de un diálogo intercultural, llevaría a transformaciones, desmantelando viejos estereotipos y construyendo relaciones más equitativas y democráticas.

6. Existe un discurso fuertemente marcado por la crítica, desde los profesionales al machismo y la aseveración constante de la reproducción de las relaciones no equitativas entre los géneros en toda la población usuaria. Si bien la distinción socio-espacial también es significativa en esta área -los de abajo son menos machistas que los de las zonas altas- la relación no es tan polar como en las otras dimensiones trabajadas. Esta preocupación por las relaciones

inequitativas entre hombres y mujeres nos parece una fortaleza para las intervenciones de calidad, sin embargo el marco de reflexión aún se limita a los problemas de las mujeres, estereotipando las situaciones entre víctimas y victimarios y no se concibe la problemática desde un sistema de relaciones de género que prescribe comportamientos a hombres y mujeres, limitando su autodeterminación y provocando sufrimientos a ambos.

7. Hemos reconstruido cinco imágenes de usuarios según el género, la edad y la distribución socio espacial: Mujer de zonas altas, Varón de zonas altas, Mujer de zonas bajas, Varón de zonas bajas y Adolescente. Estas imágenes condensan los elementos descritos anteriormente y hacen sentido cuando los proveedores interpretan las interacciones que se dan en sus servicios de salud. De estas imágenes la más cercana a recibir una atención respetando su derecho a la privacidad, a la decisión informada, a la confidencialidad y buen trato son las mujeres de la zona baja. Mientras las más distantes serían las mujeres de la zona alta. Lo que pone en evidencia la reproducción de los niveles de inequidad de la sociedad global al interior de los servicios de salud, lo que nos pone en evidencia la reproducción de los niveles de inequidad de la sociedad global al interior de los servicios de salud. Los hombres de las zonas bajas y altas están presentes muy limitadamente por su poca afluencia a los servicios y los adolescentes resultan una especie de población imaginaria de la cual se dice mucho pero se ve poco. Se concibe un usuario ideal como un sujeto totalmente asquible a las opciones planteadas por el servicio, carente de autonomía y más aún sin la noción de ser sujeto de derechos. Además, podríamos plantear una visión excesivamente normativa de concebir la interacción con los usuarios y con una exagerada

valoración de los componentes administrativos. En suma el usuario ideal es quien entiende, obedece y paga.

8. Es importante mencionar que todas las imágenes reconstruidas a partir de los discursos de los proveedores se distancian del ideal de usuaria/o. Los aspectos valorados por los proveedores como ideales, parecen tener sentidos opuestos. La mayor sumisión y aparente pasividad de la mujer de las zonas altas que aparece favorable va en dirección opuesta a su capacidad de entendimiento y sus posibilidades de pago. Por tanto dista de la usuaria ideal. El varón de las zonas altas aparece sumamente distante al ideal, no existe, no entendería, no obedecería, es un obstáculo para la atención de la pareja, y no puede pagar. La mujer de las zonas bajas aparece más cercana en tanto puede entender mejor a los proveedores, es asequible a sus observaciones y tratamientos, pero reclama más por una mejor atención y no quiere pagar. Los hombres de las zonas bajas, más cercanos al entendimiento como al reclamo, más lejanos a la obediencia y buscan no pagar o costos mínimos. Los adolescentes, por último, son una población que aún no aparece en los servicios, no se siente como una demanda potencial. Ellos en el imaginario que nos hemos investigar aparecen más cercanos al entendimiento pero distantes a la obediencia y al pago.

9. Desde los discursos de los profesionales, los usuarios tienden a no entender, no obedecer y no pagar. La asociación entre el que puede entender va a obedecer es fuertemente cuestionada: muchos van entendiendo pero no por ello van obedeciendo. El paradigma de la obediencia está en crisis y esta se debe fuertemente a que los usuarios en el campo de la prevención y promoción de la

salud se resisten muchísimo más a confluir a la visión médica que en el campo de la intervención recuperativa. Esto nos alienta a pensar que desde los usuarios podría darse un acercamiento a la conciencia de ser sujeto de derechos que posibilite atenciones de calidad.

10. La preocupación por el pago y la exoneración se ha convertido en un punto importante de las tensiones entre proveedores y usuarios. La recaudación de los recursos propios en los servicios de salud da una nueva connotación de las exoneraciones, los recursos que ingresan comienzan a tener un beneficiario y por tanto los que no ingresan se perciben como pérdida. Aparecen nuevas desconfianzas - el falso pobre- y desaparecen viejas solidaridades- trabajar por los pobres. Lo que pone en manifiesto las contradicciones entre un sistema privatizado de atención de salud y la atención de calidad recibida por poblaciones de pobreza extrema, crónica y coyuntural, con las consecuentes complicaciones para la focalización de la atención para personas de bajos recursos por la heterogeneidad de rostros que la pobreza ha tomado en nuestras comunidades.

RECOMENDACIONES

1. Consideramos necesario seguir comprendiendo los comportamientos de los sujetos explorando sus culturas. Por mucho tiempo, nos hemos ahogado a estudiar la cultura de las poblaciones y los sectores considerados desprovistos de recursos. Creemos que es necesario desde la investigación en Salud Pública adentrarnos al conocimiento de las culturas profesionales y de los interventores en general para generar conocimiento relevante que pueda contribuir a la eficacia de las propias intervenciones. Siendo este un estudio exploratorio, nos lleva a la construcción de más preguntas susceptibles de ser investigadas y abordadas no sólo desde otros estudios cualitativos sino también desde estudios que intenten una comprensión extensiva del tema.

2. Consideramos que los Programas de mejoramiento de la Calidad debieran considerar, a través de talleres, cursos, capacitaciones, etc. Generar competencias en los profesionales de salud para caracterizar social y antropológicamente las poblaciones con las que trabajan para evitar seguir interviniendo en las zonas con un imaginario estereotipado que distancia a los proveedores de la población.

3. Consideramos una necesidad imperiosa que los programas de formación y capacitación en Salud Pública valoren el conocimiento social y fomenten

habilidades para generarlo creativamente en la formación de los profesionales. Asimismo, las instituciones que forman profesionales que estarán ligados al campo de la prevención y promoción de la salud tendrían que generar competencias específicas en conocimiento de la realidad y el manejo y evaluación de variables sociales en las intervenciones.

4. Dentro de esas competencias estarían: El enfoque de equidad de género y de Diversidad Cultural. Donde el enfoque de género debe ser introducido en su complejidad en el abordaje de los problemas e intervenciones de los servicios, no sólo en establecimiento de sentidos comunes que expliquen las relaciones de pareja, sino también para analizar las relaciones inter e intra géneros en los servicios entre proveedores y en relación con los usuarios y usuarias.

5. El enfoque de diversidad cultural, conjuntamente con un abordaje crítico de la ciencia que sustenta la cultura biomédica debe ser acercada a los proveedores para convertirse en herramientas que puedan hacer de su práctica, actos de mayor creatividad y mayor eficacia para responder a los retos de la salud y de la enfermedad.

6. Enfrentamos la necesidad de la construcción intersubjetiva de un usuario como sujeto de derechos y deslegitimar el paradigma de la obediencia. Y como premisa de una persona con capacidades intrínsecas para conocer sobre su vida, salud y enfermedad y para intervenir eficientemente y eficazmente sobre sus problemas, es decir, una visión empoderada y empoderante de las usuarias y los usuarios.

7. Por último, nuestras preocupaciones por la calidad de los servicios deberán estar enmarcadas en la construcción de un movimiento social que desde los fueros de los servicios de salud hagan sujeto de derechos a usuarias, usuarios y proveedores y constructores de una equidad necesaria y justa y no solamente un ente estatal que reproduce las iniquidades existentes en la sociedad global.

Referencias Bibliográficas

- 1 Payan, J. El diagnóstico, críticas y posibilidades, 2001, Disponible en: <http://www.terapiancural.com/publicaciones?id=41:el-diagnostico-criticas-y-posibilidades>.
- 2 Ministerio de Salud del Perú. Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000. Lima: MINSA; 1996. p 32.
- 3 Ministerio de Salud del Perú-Proyecto 2000. Calidad del Servicio de Salud desde la percepción de la usuaria. Diagnóstico de necesidades de comunicación. Lima: MINSA; 2000.
- 4 Tamayo G. Silencio y Complicidad: Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú. Lima: Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 1998.
- 5 Tamayo, G. Nada Personal, Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú, Lima: Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 1999.
- 6 Espinosa, R; Palomino, N; Lévano, A; Valverde, R. Estudio de calidad de la oferta de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en establecimientos del Ministerio de Salud. Informe de Investigación. Lima: FASPA-UPCH; 2000.
- 7 Cardich, R. Calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina. Lima, Consorcio Mujer, 1998.
- 8 Bloom, S. y Wilson, R. Relaciones entre médicos y pacientes. En: Carcaga, Figueroa y Mejía, Ética y Salud Reproductiva. México D.F.: PUEG; 1996.
- 9 Martí, F. Sigerist en la Historia de la Medicina. Madrid: Equipo Editorial. 1960. p97.

- 10 Parsons, T. El sistema social. Capítulos I y II. New York, Free Press, 1951.
- 11 Ibid. p175
- 12 Navarro, A. Relaciones entre médicos y pacientes. México D.F., PUEG, 1996.
- 13 Ibid. p104
- 14 Kosic, K. La Dialéctica de lo concreto. Madrid: Amorrotu; 1976.
- 15 Valverde, R. Percepciones y comportamientos frente a la usuaria adolescente.
En: Cordero ed. al. Más allá de la intimidad. Cinco estudios en sexualidad.
Salud Sexual y Reproductiva. Lima: Lluvia Editores; 1996
- 16 Payán, J. Op. cit.
- 17 Victoria, M. Acto médico: ritual del poder. 2001. Disponible en:
<http://terapianeural.com/publicaciones/39-articulos-y-publicaciones/medicina-y-humanismo/94-el-acto-medico-ritual-de-poder-para-diagnosticar>
- 18 Makabe, P. El cambio epistemológico; paradigmas en ciencia, medicina y psiquiatría. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1989.
- 19 Duarte, E. Relación médico paciente y sus determinaciones sociales. En:
Cuadernos Médicos Sociales. Número 48. México D.F.: 1989.
- 20 Victoria, M. Op. cit.
- 21 Payán, J. Op. Cit.
- 22 Grassi, E. et al. Normalización de los comportamientos reproductivos y paradigmas médicos: Un estudio de caso de una institución de salud con usuarias profesionales. En: Alternativas escasas. Saude, sexualidades e reproducao na América Latina. Sao Paulo: Fundación Carlos Chagas; 1992.
- 23 Careaga, G; Figueroa, J. G. y Mejía, M. (comp). Ética y Salud Reproductiva. Programa de Estudios de Género. México D.F. 1996

- 24 Garate, M. R. y col. Estudio sobre atención del aborto incompleto en el Hospital A. Carrión. Documento de trabajo. México D.F., Population Council, 1998.
- 25 Altobelli, L. Identificación de la demanda insatisfecha para servicios de salud reproductiva en Huancavelica. México D. F.: Population Council; 1998.
- 26 Cardich, R. Calidad de atención en la salud reproductiva: Una mirada desde la ciudadanía femenina. Lima: Consorcio Mujer; 1998.
- 27 Noble, J. Encuesta de servicios de salud reproductiva en Huancavelica, México D.F., Population Council, 1998.
- 28 Aguirre-Gas, H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas. En: Salud Pública . México D.F.: Universidad Nacional de México; 1990.
- 29 Bruce, J. Elementos fundamentales de la calidad de atención. Un marco conceptual sencillo. México D.F.: Population Council; 1998.
- 30 Anderson, J. Mujeres de negro: La muerte materna en zonas rurales del Perú. Estudio de casos. Lima: Ministerio de Salud - Proyecto 2000; 2000.
- 31 Noble, J. Encuesta de servicios de salud reproductiva en Huancavelica, México D.F., Population Council, 1998.
- 32 Espinosa, R; Palomino, N; Lévano, A; Valverde, R.
- 33 Anderson, J. Mujeres de Negro. Op. Cit.
- 34 Anderson, J. Tendiendo puentes, modelos de calidad de atención en salud desde usuarias rurales y proveedores de los servicios. Lima: Ministerio de Salud; 2001.
- 35 Anderson, J. Calidad de atención desde la perspectiva de los prestadores de salud y las mujeres usuarias de los mismos. Lima: Movimiento Manuela Ramos – USAID; 1999.

- 36 Tamayo, G. Nada Personal, Reporte de Derechos Humanos sobre la aplicación de la anticoncepción quirúrgica en el Perú. Lima: Comité de América Latina y El Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer; 1999.
- 37 Giddens, A. y Turner, J. La Teoría Social Hoy. Madrid: Alianza Editorial; 1998.
- 38 Parsons, T. The social system. Nueva York: Free Press; 1951.
- 39 Hayek, F. "The Facts of the Social Sciences" 1942, En: Individualism and Economic Order, University of Chicago, 1948
- 40 Desde otros discursos sobre la realidad social se habla de percepciones, estereotipos, representaciones, estigmas, etc. cada una de estas categorías en su determinado marco teórico.
- 41 Altamirano, T. Exclusión social y desigualdad En El Perú. Lima, OIT, 1996.
- 42 Valverde, R. Estudio base sobre la salud reproductiva en Huancavelica. Estudio cualitativo. Population council, Lima. 1997. Informe de Investigación.
- 43 Hercovich, I. De la opción sexo o muerte a la transacción sexo por vida. En: Fernández, A. Las mujeres en la imaginación colectiva: una historia de discriminación y resistencias. Buenos Aires: PAIDOS; 1992.
- 44 Granda, E. Formación de salubristas. Algunas reflexiones. En: La salud colectiva a las puertas del siglo XXI. Medellín: Universidad de Antioquia; 2001.
- 45 Ibid. p 54
- 46 Minayo, M.C. El desafío del Conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- 47 Bruce, J. Op cit. p7
- 48 Hercovich, Inés. Op. cit. p. 86

ANEXO

GUIA DE GRUPO FOCAL CON PROVEEDORES

Objetivo: Generar entre los participantes discursos sobre los usuarios y usuarias y sus características de género, clase y étnico-raciales.

Presentación:

Buenos días, Soy Rocío Valverde, estudiante de la Maestría de Salud Pública de la UPCH y estoy realizando una investigación sobre la situación de la atención de salud en los centros y puestos de salud de San Juan de Lurigancho. Les haré unas preguntas para saber sus opiniones y si Uds. no tienen inconveniente registraremos esta reunión para luego transcribir y analizar sus opiniones guardando total confidencialidad.

I. Introducción

¿Cómo son las personas que vienen a los servicios de sus establecimientos?

II. Profundización

Imagen de Usuario y usuaria

¿Cómo son las mujeres?

¿Cómo son los hombres

¿Cómo son los adultos, los jóvenes?

¿Vienen de otros lugares del país o de Lima?

¿Quiénes son más difíciles de atender? ¿Por qué?

¿Quiénes son más fáciles de atender? ¿más colaboradores? ¿Por qué?

¿Se dan situaciones de conflicto con los usuarios o usuarias? ¿Con quiénes? ¿Por qué circunstancias?

¿Existen personas a las cuales se les puede informar mejor?

¿Existen personas que pueden tomar mejores decisiones respecto de su salud

¿Existen personas que les importa más o con las que hay que cuidar más la privacidad de la atención?

¿Existen personas a las que les importa más o con las que hay que cuidar más la confidencialidad de su atención?

Imagen del o la usuaria ideal

Si pudiera imaginar un usuario /usuaria ideal ¿Cómo sería?

¿Qué características tendría que tener?

¿Qué características no tendría que tener?

¿Qué características dan igual estén o no presentes?

Imagen del proveedor de los servicios y su relación con los usuarios

¿Cómo creen que los usuarios los ven?

¿Qué dicen los usuarios de ustedes?

¿Piensan que ellos los identifican y aprecian diferente a los médicos, enfermeras y obstetras?

Cierre

¿Alguno de ustedes quisiera agregar algo sobre los temas tratados?

Les agradecemos su participación.