Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaria

Diagnóstico de necesidades de comunicación

MINISTERIO DE SALUD

PROYECTO 2000
Un Proyecto del Ministerio de Salud y USAID

USAID

CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD
DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA
(Diagnóstico de Necesidades de Comunicación)

CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD DESDE LA PERCEPCIÓN DE LA USUARIA

(Diagnóstico de Necesidades de Comunicación)

MINISTERIO DE SALUD – PROYECTO 2000
Lima - 2000

PERÚ. MINISTERIO DE SALUD-PROYECTO 2000

Calidad del Servicio de Salud desde la Percepción de la Usuaria.
(diagnóstico de necesidades de comunicación)
Lima, 2000. Ministerio de Salud – Proyecto 2000.
Hecho el depósito legal : 15012000-0865

Ministerio de Salud
Dirección General de Salud de las Personas
Av. Salaverry Cuadra 8 s/n
Tel. 431-9824
Lima 11, Perú

Elaborado para el Ministerio de Salud bajo contrato del Proyecto 2000 con el Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins.

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN

- Patricia Poppe, MA; MS Latin American Division Chief, JHU/CCP
- María Elena Figueroa, Ph.D. Senior Research and Evaluation Specialist, JHU/CCP
- Lic. Pedro Goicochea. Consultor JHU/CCP
- Marcela Tapia, MA Consultora JHU/CCP
- Lic.Carla Queirolo. Especialista en Comunicación y Capacitación JHU/PCS
- Lic. Max Tello Representante para Perú JHU/PCS

SUPERVISIÓN TECNICA Proyecto 2000
Lic. Flormarina Guardia

SUPERVISIÓN USAID:
María Angélica Borneck

Edición:
Lic. Patricia Cordoba

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América USAID (a través del contrato 527-0366-C-5049-00 suscrito con Pathfinder International). USAID no comparte necesariamente las opiniones vertidas en el presente texto.

Indice

Presentación 7

Introducción 11

CAPITULO I
Marco de referencia y metodología del estudio 13

CAPITULO II
Los establecimientos de salud 23

CAPITULO III
La interacción en la consulta 33

CAPITULO IV
El sentir de las usuarias 67

CAPITULO V
Punto de vista de los proveedores de salud 83

CAPITULO VI
Características de la usuaria 89

CAPITULO VII
Comunicación comunitaria 95

Conclusiones y recomendaciones 105

Anexos 125

Bibliografía 155

Presentación

La disminución de la morbi-mortalidad de niños menores de tres años y de mujeres en edad fértil, ha sido el propósito al cual, el Proyecto 2000 contribuyó desde su inicio, mediante sus diferentes intervenciones a fin de incrementar la utilización de los servicios materno-infantiles en sus doce ámbitos (Ancash, Apurimac, Ayacucho, Huancavelica, Ica, La Libertad, Moquegua, Puno, San Martín, Tacna, Ucayali y Lima Este.

Uno de los grandes componentes del proyecto que contribuye a lograr este propósito es el de fortalecimiento de los servicios de salud materno-infantiles y en este componente los aspectos de capacitación (PCMI) y de IEC (Información, Educación y Comunicación) resultan prioritarios para entender y responder adecuadamente al sentir y a las expectativas de las usuarias.

El estudio contenido en el presente documento "Calidad del Servicio de Salud desde la percepción de la Usuaria" fue realizado entre octubre de 1996 y junio de 1997 en el ámbito del Proyecto 2000 para el Ministerio de Salud del Perú, en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins y su Centro para Programas de Comunicación, gracias al apoyo de la Agencia para el Desarrollo Internacional del Gobierno de los Estados Unidos de América (USAID).

Esta nueva y realista visión de la usuaria de los servicios que plantea el diagnóstico, abre nuevas perspectivas y permite conocer profundamente temas vinculados a la interacción, empoderamiento y satisfacción de ésta con los servicios de salud.

El valor intrínseco del diagnóstico, está en su contribución como documento único que revela condiciones y circunstancias que rodean a la relación interpersonal proveedor-usuaria, desde la óptica de la comunicación, poniendo en evidencia los aspectos que constituyen barreras en el proceso, tanto a nivel interpersonal, como comunitario.

Esta publicación pone a disposición de personas e instituciones interesadas, profesionales de la salud y comunicadores, los resultados del diagnóstico de necesidades de comunicación.

Tenemos la convicción que a partir de este aporte, que consideramos valioso por la temática analizada, así como por su alcance, que lo hacen un documento sin precedentes; se promoverán nuevas investigaciones en otros ámbitos del país, los que siempre alentados por el Ministerio de Salud, contribuirán a mejorar los estándares de calidad de los servicios de salud.

El Proyecto 2000 del Ministerio de Salud ofrece los resultados de este estudio a las personas e instituciones interesadas en el tema analizado, con la seguridad de contribuir, a mejorar la calidad en la atención de los servicios de salud.

Introducción

El punto de vista de la usuaria en su relación comunicacional con el proveedor de salud, es un aspecto trascendente que orienta el análisis del presente informe. La usuaria que acude a los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), es un ser humano con potencialidades y limitaciones, pero sobre todo sensible, exigente y selectiva del servicio de salud que se le oferta.

El análisis de los resultados de los grupos focales y otras fuentes de información, como entrevistas y observaciones, relacionados a la comunicación interpersonal, es parte de un estudio más vasto cuya meta ha sido formular estrategias de intervención, procesos de capacitación y contenidos de comunicación que respondan a las necesidades y al contexto de las áreas de intervención de salud reproductiva y materno-infantil del Proyecto 2000.

En comparación con otros instrumentos utilizados en este estudio, el análisis de los datos recolectados durante los grupos focales se presta a la identificación de categorías que emergen espontáneamente del discurso de los participantes, respecto a la satisfacción o insatisfacción de éstos (confiabilidad, disposición, empatía, seguridad y elementos tangibles) lo cual resulta de gran utilidad en la triangulación y validación de los resultados obtenidos.

Hemos privilegiado aquí un método inductivo para el análisis de los resultados y la metodología que en la investigación social se conoce como triangulación, es decir la aplicación y combinación de diferentes métodos de investigación para abordar un mismo fenómeno, constrastando los puntos de vista del observador(a) externo(a), el del proveedor de servicios y el de la usuaria. Se ha querido indagar no sólo qué está sucediendo, ni cómo se manifiestan los distintos tipos de comunicación interpersonal proveedor-usuaria, sino también explorar el por qué, identificar cuáles son los mecanismos subyacentes a las distintas interacciones. Consideramos que sólo descubriendo estos mecanismos podemos llegar a conclusiones y recomendaciones coherentes y operacionales a corto plazo.

La confrontación y contraste de las categorías emergentes con distintos marcos teóricos, da consistencia a la discusión de los resultados. Hemos podido constatar, por otro lado, que las categorías que han emergido espontáneamente del discurso de los participantes coinciden claramente con la información recopilada a partir de métodos de recolección de datos más estructurados (vgr. Entrevistas cerradas, observaciones, inventario), lo cual consolida la validez de datos obtenidos.

Si bien hemos logrado cubrir más allá de nuestras expectativas con relación a los objetivos trazados para este diagnóstico rápido de necesidades de comunicación; es necesario señalar ciertas limitaciones en el presente análisis. El análisis es predominantemente descriptivo y comparativo de los resultados, en función del método de investigación cualitativa utilizado, sin llegar a profundizar de manera sistemática en un análisis crítico de los mismos. Por otro lado y como corolario a esta primera limitación, no se ha profundizado el aspecto teórico de los hallazgos que hubiera ayudado al lector en la comprensión más cabal de las implicancias de las situaciones analizadas y las recomendaciones propuestas.

Estos son temas que deberán ser explorados con más profundidad posteriormente a nivel teórico y que, de manera muy concreta, han sido de mucha utilidad para el diseño y elaboración de estrategias de intervención, orientación de procesos de capacitación y contenidos, que respondan a las necesidades de calidad en los servicios de salud y al contexto de las áreas de intervención de salud reproductiva y materno infantil del Proyecto 2000.

Capítulo I

Marco de Referencia

El presente estudio, se propuso llevar a cabo un diagnóstico de necesidades de comunicación en las áreas geográficas asignadas por el Ministerio de Salud (MINSA) al Proyecto 2000, que sirviera de base para la formulación de un programa de comunicación (interpersonal y comunitaria) y el diseño de estrategias de intervención, procesos de capacitación y contenidos/mensajes, que respondieran a las necesidades, contextos culturales y sociales de dichas áreas.

Para ello se adoptó como marco de referencia un esquema conceptual que integra los aspectos de calidad de la atención desde el punto de vista de "*la oferta*" (proveedores y servicios en general) con un innovador enfoque de calidad que enfatiza el rol de "*la demanda*" (la usuaria) para obtener, a través de la consulta en el servicio, una usuaria *satisfecha* que asume prácticas saludables (preventivas y curativas) que la conviertan en una potencial promotora de estas prácticas y de los servicios de salud que brinda el MINSA en el país.

Este marco de la calidad en la atención como se aprecia en el Gráfico N°1, considera que existen tres elementos principales que interactúan para proporcionar un servicio de calidad en la consulta que responde a las necesidades y expectativas de la usuaria. Estos elementos son:

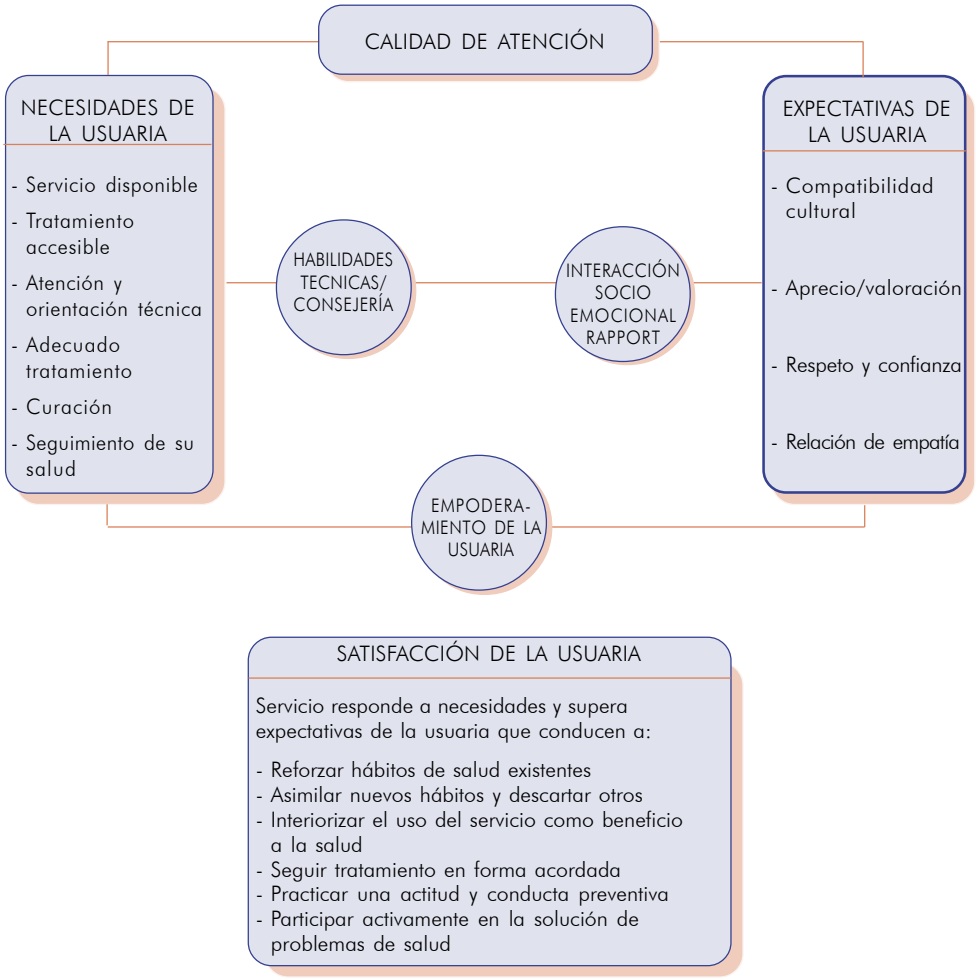
1) Habilidades y técnicas de consejería
2) Interacción socio-emocional o "Rapport"
3) Empoderamiento de la usuaria.

Los dos primeros se relacionan con la oferta del servicio y están referidos a las actitudes y habilidades del proveedor del servicio para establecer una relación de calidad con la usuaria, a partir de proporcionar información técnica y servicios adecuados a sus necesidades. El tercer elemento, *empoderamiento de la usuaria*,

tiene que ver con la participación activa de la usuaria y su involucramiento en el diálogo de la consulta, formulando sus necesidades a los prestadores de los servicios de salud al momento de comunicarse en la consulta.

Estos tres elementos interactúan y se retroalimentan entre sí produciendo un efecto contínuo de reforzamiento de la práctica de consejería y de la participación activa de la usuaria.

Gráfico 1



ENFOQUE DEL ESTUDIO

Un aspecto clave en el enfoque de la investigación es la consideración de que el empoderamiento de la usuaria es un componente de alta significación para el logro de una saludable práctica preventiva.

El empoderamiento de la usuaria se da en tanto el proveedor de servicios de salud le reconozca sus derechos, expectativas y obligaciones. De este modo, los tres elementos que interactúan se retroalimentan, produciendo un efecto de reforzamiento en las prácticas de intercambio.

Por ello el estudio asume la perspectiva de género, es decir aborda el análisis de la interacción partiendo del reconocimiento que " las desigualdades estructurales entre los géneros, puedan ser abordadas, sustentándose en la propia capacidad, principalmente de las mujeres, de incrementar su autoconfianza y autonomía, a fin de influir en la dirección de cambio". (Weedwn &Weiss,1993).

Es bajo este enfoque que se construyeron **indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería**, para medir diferentes aspectos del empoderamiento de la usuaria, tanto en sus acciones como en las que el proveedor de servicios le dirige a ella. Para observar el enfoque de género se tomaron en cuenta los siguientes indicadores:

- Proveedor da importancia a preocupaciones y puntos de vista de la usuaria (autoestima/valoración).
- Proveedor explica/describe cómo es que tradicionalmente se cura (autoestima/valoración).
- La usuaria expresa libremente/confiadamente temores y preocupaciones (equidad).
- No hay dominio de ninguna de las dos partes (equidad).
- Proveedor alienta la participación activa de la usuaria (participación activa).
- La usuaria pide aclaraciones, explicaciones o mayor información sobre el tratamiento o método (participación activa).

Con estos indicadores se buscó identificar estrategias de capacitación en **comunicación interpersonal y comunitaria** referidas al empoderamiento de las usuarias de servicios de salud, a fin de contribuir a revertir la condición de discriminación de la mujer en su relación con el servicio.

1.1. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL

Identificar aquéllos elementos de comunicación interpersonal que se encuentran presentes y aquellos que son necesarios introducir o reforzar en la interacción usuaria – proveedor para mejorar la calidad de la comunicación en la consulta y lograr una usuaria satisfecha del servicio; así como los recursos humanos e infraestructura dedicados a actividades de comunicación en los servicios de salud y la población, e investigar las necesidades de información en salud materno perinatal e infantil.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la percepción del proveedor hacia la usuaria y de ésta hacia el proveedor y los servicios de salud en general.
- Conocer las características y tipo de interacción, en términos de comunicación interpersonal, que establece el proveedor con la usuaria en los diversos niveles del servicio.
- Identificar aquellas habilidades de comunicación interpersonal que favorecen el desarrollo de una relación de calidad con la usuaria, así como aquellas que la obstaculizan o debilitan.
- Conocer la opinión de la usuaria sobre la calidad del servicio recibido e identificar aspectos ausentes para lograr su satisfacción.
- Conocer la opinión del proveedor sobre el servicio otorgado y aspectos que contribuirían a lograr la satisfacción de la usuaria.
- Identificar condiciones que permitan una participación más activa de la usuaria en su interacción de consulta con el proveedor.

En Comunicación Comunitaria

- Conocer los recursos humanos, técnicos, infraestructura, y productos de IEC con que cuentan los establecimientos de salud para planificar e implementar acciones de comunicación.
- Analizar la demanda de acciones de comunicación, tanto por parte de los proveedores y directivos de los servicios, así como de la población a la que sirven.
- Conocer las condiciones en que las acciones de comunicación han sido o vienen siendo implementadas.
- Conocer el perfil de consumo y preferencia de medios y procesos para comunicar mensajes de salud.
- Identificar formas y recursos técnicos locales de comunicación interpersonales, grupales y masivos.

1.2. Metodología del estudio

El énfasis del método de investigación utilizado ha sido eminentemente cualitativo y se utilizó el método cuantitativo para el análisis descriptivo y comparativo de los datos. La combinación permitió investigar a fondo el tema de estudio a la vez que facilitó la validación de la información obtenida por las diferentes fuentes.[1]

Se adoptó la metodología, que en la investigación social se la conoce como **"triangulación",** que consiste en la aplicación y combinación de diferentes métodos de investigación para abordar un mismo fenómeno. Para efectos del diagnóstico de la comunicación interpersonal en la consulta, la observación y la entrevista fueron instrumentos de medición para el análisis comparativo de los datos y se obtuvieron a partir de la información desde la perspectiva de:

el **proveedor de servicios**, (se aplicó entrevistas)
la usuaria (con grupos focales y entrevistas) y

[1] Ver Anexo Tabla N° 1

observadores externos de la consulta (a cargo de los grupos focales y las entrevistas).

Es decir los observadores externos, los proveedores de salud y las usuarias fueron la fuente informativa de un mismo fenómeno de estudio es decir, la consulta y la atención en los servicios de salud materno infantil.

La triangulación permitió, además de capturar una imagen más completa, del objeto de estudio, validar y comparar los resultados obtenidos a través de la aplicación de los diferentes instrumentos, asi como identificar diferencias ó "inconsistencias" entre ellos. La identificación de estas diferencias fue de particular interés ya que aportó elementos que aproximaron aún más, al conocimiento de los componentes de la calidad del servicio visto a través de diferentes ángulos (el proveedor, la usuaria y el observador).

Asi mismo, se realizaron **entrevistas a los directores** de hospitales, a los **responsables de servicios de salud del niño y de la mujer** y se aplicaron formularios de preguntas a **líderes comunitarios sobre medios de comunicación.**

Se combinó la técnica de grupo focal con las técnicas etnográficas de entrevista grupal, con uso de fotografías, ello permitió más participación e identificación de las usuarias.

Los **grupos focales y las entrevistas a líderes de la comunidad** contaron con la participación de los equipos locales.

Las técnicas de recolección de información e instrumentos utilizados fueron los siguientes:

1. Formulario de observación de las características del establecimiento de salud.
2. Formulario de observación de habilidades de comunicación interpersonal.
3. Entrevista de salida a usuarias.
4. Entrevista a proveedores de servicios.
5. Entrevista a Directores de las Direcciones de Salud, Coordinadores de Programas, Responsable de IEC.

6. Guía de observación de recursos en comunidades y para entrevista a líderes comunitarios.
7. Guía para grupo focal con usuarias.

1.3. DISEÑO MUESTRAL

La muestra se mantuvo en un número reducido de casos debido a que la presente evaluación de diagnóstico fue un estudio de tipo primordialmente cualitativo, con ello se facilitó el análisis en profundidad de los datos obtenidos. La muestra seleccionada fue aleatoria a fin de evitar cualquier tipo de sesgo en el estudio.

Los criterios que se siguieron para la selección de las unidades de observación y el tamaño de muestra fueron los siguientes:

1. Identificación de áreas geográficas tomando en cuenta que representaran:

   a) Variedad de condiciones de los establecimientos de salud.
   b) Diversidad cultural de la población peruana.

2. Selección aleatoria de los establecimientos de salud, según niveles de complejidad (hospital, centro y puesto) y de los proveedores responsables de la atención de las consultas a ser observadas.

3. Obtención de un número de observaciones (entre 2 y 3) por proveedor, a fin de ofrecer suficiente información de diagnóstico, evitando recolectar datos de poca contribución informativa, incrementando el tamaño de la muestra, innecesariamente.

Para seleccionar los establecimientos en los cuales se iba a desarrollar el estudio se usó la base **GESLIC** diseñada en el marco del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud del Ministerio de Salud.

Siguiendo los criterios anteriores, la muestra quedó conformada de la siguiente manera:

1. Cuarenta y un (41) establecimientos pertenecientes a diez (10) Redes de Salud de las Direcciones de Salud de: Chavín (Callejones de Huaylas y Conchucos), La Libertad, San Martín, Ucayali, Ayacucho, Chanka-Andahuaylas, Huancavelica, Moquegua, Puno (zona aymara y quechua) y Tacna.

2. Un establecimiento por nivel de complejidad (hospital, centro y puesto de salud) en cada red seleccionada.

Cuadro Nº 1

Distribución de establecimientos observados en el país.

Ambito Geográfico	Hospitales	Centros de salud	Puesto de salud	Total
Costa	3	2	3	8
Sierra	9	11	6	26
Selva	1	4	2	7
Total	**13**	**17**	**11**	**41**

Se realizaron tres observaciones por cada proveedor de salud ubicado en hospital y centro de salud, y dos observaciones en cada puesto de salud seleccionado. En total se observaron cuarenta y un establecimientos y se llevaron a cabo un total de 148 observaciones de interacción proveedor/usuaria, correspondiendo a 11 por cada ámbito geográfico.

De manera similar se realizaron 148 entrevistas de salida a las usuarias y 45 entrevistas a proveedores del servicio (médicos, enfermeras, obstetrices y técnicos de enfermería).

En cada ámbito seleccionado, se recopiló información sobre medios de comunicación locales, infraestrucutura de comunicación instalada, e infraestructura disponible (medios masivos, comunicación tipo interpersonal y grupal).

Se entrevistó a 50 coordinadoras de programas de Salud de la Mujer (planificación familiar y salud materna) y Niño Sano (PAI, CRED) y Niño Enfermo (IRA y EDA). En cuanto a informantes de altos cargos jerárquicos, se aplicaron entrevistas a nueve de los diez Directores de las Direcciones de Salud[2].

Se llevaron a cabo 18 grupos focales con participación de usuarias de los servicios de salud. En el 30% de ellos, participaron parejas/familiares-varones de las usuarias.

Las actividades de campo se iniciaron en la segunda semana de diciembre de 1996 y culminaron en abril de 1997. Las visitas a cada una de las Direcciones de Salud (DISAs), tuvo una duración entre 7 y 10 días, durante los cuales se aplicaba cada uno de los instrumentos de los diferentes objetos de interés del estudio.

El equipo de trabajo, estuvo conformado por dos miembros de JHU/CCP y por cuatro miembros locales de cada DISA visitada, en estos equipos participaron dos o tres integrantes del equipo IEC de cada DISA una o dos personas de una ONG (organización no gubernamental) local, invitadas a participar en el estudio.

1.4. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de la información recolectada se orientó a obtener mediciones para cada uno de los diferentes indicadores planteados en el marco de referencia. En

[2] Sólo uno de los 10 directores de las Direcciones de Salud no fue entrevistado.

particular, el análisis destacó patrones de comportamiento y actitudes en la relación proveedor/usuaria, así como contenidos, preferencias de medios y beneficios de comunicación comunitaria.

Con el objetivo de lograr un análisis fino de la información obtenida en cada uno de los diferentes formularios aplicados, se recurrió a su diferenciación. Los formularios 01, 02 y 03 y parte del 04 se digitaron utilizando un formato de captura diseñado en Epi Info versión 5.

Los formularios 04 y 05 fueron ingresados a una base de datos de texto diseñada en CDs Micro Isis versión 3.0 lo que ayudó a una mayor flexibilización en la búsqueda de variables analizadas, el formulario 06 fue ingresado en una base de datos de tipo "directorio" diseñada en Visual Fox Pro versión 3.0 y los grupos focales fueron transcritos e ingresados al programa QSR NUD-IST versión 3-0-4d

El análisis del formulario 01 se basó en la interpretación sencilla de la distribución de frecuencias de las diferentes variables estudiadas con la versión STATA versión 5 y para los grupos focales la metodología de Miles y Huberman[3].

[3] Milles, Metthew B. Huberman, A.Michael; Qualitative Data Analysis: A Sourcebook of New Methods. SAGE Publications, 1984

Capítulo II

Los Establecimientos de Salud

Se visitaron 41 establecimientos de salud y fueron tres los elementos que se observaron acerca de la apariencia del establecimiento: a) el sistema de señalización -entendida como indicaciones destacadas sobre las paredes, columnas, puertas de consultorios, que hacen referencia a los servicios y guían a las usuarias hacia ellos-; b) la limpieza del lugar -es decir, paredes limpias, sin manchas, pisos limpios- y c) la comodidad ofrecida a las usuarias de los servicios –entendida como la disponibilidad de salas de espera, mobiliario en áreas de consulta y salas de espera de las usuarias.

La información obtenida a modo de lista de verificación, permitió identificar una serie de indicadores que abordan aspectos de apariencia del establecimiento, así como la disponibilidad de materiales de IEC y sistemas de comunicación que pudieran ser utilizados para la transmisión de mensajes al interior de los establecimientos[4].

2.1. Características de los establecimientos de salud

Señalización

En 33 de los establecimientos visitados, se observó que estos contaban con algún sistema de señalización, como carteles, afiches, letreros e indicaciones en las puertas de los consultorios, así como guías para las usuarias, siendo los hospitales los establecimientos que mayor señalización mostraron (92%).

---

[4] Ver Anexo Tabla N° 2.

Es interesante anotar que en términos de regiones naturales (Costa, Sierra y Selva), los establecimientos de salud de la sierra contaban con una mejor señalización (70%) en relación a los de la costa (21%) y los de la selva(9%).

Limpieza y apariencia del establecimiento

En segundo lugar se observó aspectos de limpieza y apariencia de los establecimientos, se cuantificó el estado de las paredes, de los servicios higiénicos y la existencia de útiles de limpieza (jabón, papel higiénico, toalla). Se encontró que un poco más del 50% de los establecimientos presentaban los pisos y las paredes limpias y contaban con servicios de agua, pero tan sólo 15 (37.5%) tenían servicios higiénicos; se halló que en algunos no se diferenciaba el uso del servicio para varones y mujeres y en otros se cobraba para mantener la higiene del mismo. Donde no se hallaron servicios higiénicos habia una letrina.

2.2. Comodidades ofrecidas a las usuarias

Privacidad en la consulta

Un aspecto importante que interviene en la relación proveedor/usuaria durante la consulta es la posibilidad de tener privacidad, es decir, el espacio íntimo que posibilite el examen clínico y la conversación con el proveedor de salud. Se observó que en 36 establecimientos los consultorios contaban con niveles de privacidad, concentrados mayormente en los hospitales (92%) de la costa (88%). Se considera privado a aquellos locales con división o separación de otros espacios, ya sea con paredes, tabiquería, biombos o cortinas.

Tiempo de espera

Al momento de realizar la observación se midió el promedio de tiempo que espera una usuaria para ser atendida en la consulta, resultando ser de 55 minutos la espera cuando la consulta estuvo referida a salud reproductiva o planificación

familiar, pero la espera se redujo a 35 minutos cuando la usuaria se dirigía a los servicios de perinatal e infantil.

Salas de espera

La comodidad ofrecida a las usuarias de los servicios se observó a partir de la existencia o no de salas de espera, si éstas estaban amobladas, si este mobiliario era suficiente en proporción al público y si se encontraban en buenas condiciones. De los 41 establecimientos visitados, 37 contaban con una sala de espera que variaba de acuerdo al diseño del establecimiento, en algunos casos se ubican de manera improvisada en pasadizos habilitados con mobiliario o en pequeñas habitaciones, donde escasamente se exponía u ofrecía material informativo disponible para la usuaria.

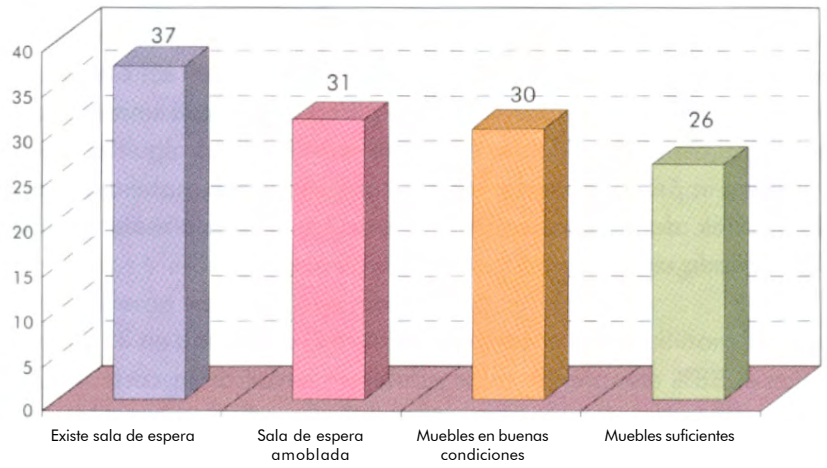
En relación al mobiliario, se encontró que éste era adecuado en 31 salas de espera, de ellas el 88% comprende a los establecimientos de la costa. No obstante, sólo en 13 establecimientos se observó mobiliario suficiente para la cantidad de público que asiste a los servicios materno-infantiles.

Finalmente, sólo 30 establecimientos, contaban con energía eléctrica al momento de la observación en horas de atención, lo cual permitía que en algunas salas de espera se colocara un televisor.

El siguiente gráfico muestra la comodidad en los establecimientos de salud observados.

Gráfico Nº 2

Condición de confort ofrecida en los establecimientos de salud observados



2.3. EQUIPAMIENTO Y MATERIALES DE INFORMACIÓN, EDUCACIÓN Y COMUNICACIÓN (IEC)

La mayoría de los establecimientos (34) contaban con materiales gráficos, muchos de los cuales estaban pegados en las paredes. Si bien el contenido de dicho material, en la mayoría de los casos, tenía enfoques vigentes, en 20 de ellos, se halló que los contenidos no eran culturalmente apropiados para la zona. Escasamente se observó material disponible al público para ser recogido libremente en las salas de espera.

Sólo 12 establecimientos contaban con aparatos de televisión en el momento de la observación, de los cuales 6 eran hospitales y 6 centros de salud, distribuidos 3 en la Costa, 8 en la Sierra y 1 en la Selva.

2.4. RECURSOS HUMANOS

EL PERSONAL PROVEEDOR DEL SERVICIO

Se entrevistó a nueve de los diez Directores Generales de las Direcciones de Salud y a 45 proveedores de salud a quienes se les preguntó sobre asuntos concretos de información, educación y comunicación.

Los entrevistados mencionaron no contar con material de apoyo suficiente para informar a los usuarios, preocupándose más por aquellos temas como la salud materno infantil, que carece de materiales informativos o de difusión; mencionaron que cuentan con abundante material para aspectos de planificación familiar, salud reproductiva y cartillas de desarrollo del niño. Esta carencia impide a los proveedores dar continuidad a las acciones de comunicación en ciertos programas.

Cabe resaltar que en las entrevistas se preguntó específicamente sobre la participación o existencia de personal dedicado al trabajo de comunicaciones. La mayor parte de las regiones dispone de recursos humanos dirigidos hacia el periodismo, las relaciones públicas, la organización de eventos y la imagen institucional. No obstante, se está constituyendo en un proceso de ampliación de sus funciones hacia la comunicación en apoyo a los programas.

El recurso humano, experto o no en comunicaciones, dedicado a IEC, se halla inserto en diferentes niveles dentro la organización de salud:

- Personal no especializado en comunicaciones coordinando funciones de IEC en los programas.
- Personal especializado en comunicaciones disperso en los diversos programas que disponen de recursos de IEC.
- Personal ubicado en departamentos de relaciones públicas, comunicaciones o prensa de las regiones.
- Personal ubicado en servicios externos dedicados a apoyar a las necesidades de las DISAs.

Parte de este personal ha recibido capacitación en IEC a través de HealthCom (Proyecto de Supervivencia Materno Infantil USAID-MINSA), PASARE y/o del Proyecto 2000.

En todas las Direcciones de Salud se disponen de espacios o ambientes donde realizan eventos de capacitación, contando con recursos de apoyo audiovisual como video y retroproyector.

Dentro de estos recursos se cuenta también con presupuesto de cada región para realizar actividades de IEC en el contexto de cada programa específico. Estos recursos provienen del tesoro público directamente, a través del Proyecto 2000 y a través del programa de Planificación Familiar. Según las entrevistas con los Directores de las Direcciones de Salud, hay consciencia de la importancia de coordinar los diversos recursos de comunicación existentes, cuya utilidad está comprobada en las campañas y acciones de IEC. El recurso humano del proyecto ha sabido utilizar diversos medios para difusión a través de la radio, televisión, charlas, rotafolios, folletos, afiches, trabajo interpersonal con profesores, e instituciones como los colegios.

De los 45 proveedores de salud entrevistados 13 declararon haber recibido capacitación en comunicación interpersonal y en consejería, pero principalmente en Planificación Familiar. La solicitud de los proveedor estuvo referida a la necesidad de recibir capacitación en técnicas de relación con sus pacientes, en "como llegar a la gente" en el interior de la consulta o en una charla educativa; también se sugirió que estos temas debieran incorporarse en el currículum de estudio profesional.

Los coordinadores de los programas de las Direcciones de Salud manifestaron que por lo menos existe una persona que maneja el componente de IEC al interior de su equipo. En algunos casos, este componente es manejado específicamente por cada coordinador de programa y, en otros casos, este servicio es compartido por un grupo de personas que desarrollan esta actividad.

Los responsables de IEC se encuentran, estructuralmente, al interior de las direcciones de Capacitación, Participación Comunitaria o Relaciones Públicas de sus

respectivas DISAs, lo cual significa que comparten responsabilidades con estas otras áreas de trabajo.

Sólo en el caso de dos Direcciones de Salud, existía una oficina específica de IEC encargada de coordinar las acciones de comunicación para la salud, compartidas con la de imagen institucional (relaciones públicas). Esto se debe tal vez a que, como mencionara un Director de una Dirección de Salud, la comunicación -entendida como la actividad orientada a promocionar la salud- no existe estructuralmente en el nivel central del MINSA en forma de programa, por tanto no tiene presupuesto que distribuir, y se hace difícil replicar contenidos de comunicación en otras instancias descentralizadas.

Por otro lado, las actividades de IEC cuentan con poco presupuesto y dependen directamente de los programas. Existe tan sólo una partida destinada a IEC en las transferencias de la Unidad Especial del Proyecto 2000, destinada a cubrir necesidades de promoción de las actividades del proyecto en salud materno-infantil. No obstante, existen programas que cuentan con presupuestos específicos para IEC como es el caso del Programa de Planificación Familiar y el del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA. Estos recursos se usan mayormente para campañas de movilización de la comunidad, en especial utilizando medios locales como banderolas o paneles. Estos recursos son ejecutados a nivel administrativo por las Regiones y Sub Regiones, no obstante los centros y puestos de salud no cuentan con partidas para desarrollar sus propias actividades de IEC. Cuando llega el caso, estas actividades se financian con ingresos propios, según manifiestan los funcionarios.

El recurso humano del programa realiza la producción de materiales y mensajes (afiches, folletos, cuñas radiales), desarrolla charlas definiendo la temática según las necesidades de la población. Por ejemplo, IRA en el invierno; EDA en el verano; salud reproductiva y PF durante todo el año; PAI, durante las campañas del VAN; etc. Otras actividades también hacen énfasis en la producción de material de difusión como almanaques, llaveros, polos, etc. .

El personal de salud realiza trabajo de IEC: campañas basándose en sus objetivos y planes anuales de salud en cada Dirección de Salud. Define perfiles epidemiológicos y, sostiene coordinaciones con instituciones y organizaciones lo-

cales, tanto privadas como del sector público (Ministerio de Educación, Agricultura, Defensa, Policía Nacional, Ejército, colegios) y con organizaciones no gubernamentales (CARE, REPROSALUD, PRISMA, etc.).

Este esfuerzo se incorpora a los que realizan organizaciones del sistema de Naciones Unidas -UNICEF, UNFPA, OPS/OMS- y en su mayoría, emplean estrategias de movilización de la comunidad o aprovechan los espacios de mayor concentración de personas (mercados, campos deportivos, plazas, ferias, vía pública, etc.). No obstante, los medios considerados como más eficientes, según lo manifestado por los coordinadores de Salud, son la radio y las visitas casa por casa.

La inversión en recursos humanos y producción de material de comunicación para estas iniciativas es bastante alta; volantes, folletos, murales, banderolas, pancartas, cuñas radiales, pastillas para el perifoneo, etc. sin embargo, no existen mecanismos de monitoreo o evaluación de impacto de dichas iniciativas, tampoco en actividades de comunicación interpersonal o consejería.

Se recogió opinión respecto al recurso existente de material de IEC y sobre cómo se utilizaba. Dada la escasez de materiales, los proveedores manifestaron que explican a la madre o usuaria con ayuda de folletos, afiches o trípticos. Siguen los pasos que en él se indican, pero no entregan el material a la usuaria porque deben usarlo para la siguiente consulta. En el caso de los rotafolios, éstos son usados tanto en la consulta individual como en las charlas, no en vano es uno de los materiales más demandados por los proveedores. Ellos consideran necesario y reclaman material impreso para entregar a las usuarias después de la consulta.

Tanto los funcionarios de las DISAs, como los proveedores de salud, reconocen que las actividades de capacitación en comunicación son necesarias desde todo punto de vista, porque dotan de instrumentos al personal y con ello transfieren habilidades técnicas para la elaboración de intervenciones de comunicación. En muchos casos, los talleres de capacitación se sustentan sobre resultados de estudios o investigaciones tomando en cuenta el contexto y la realidad cultural concretas de la usuaria, lo cual contribuye a mejorar la interacción interpersonal proveedor-usuaria, como la comunicación comunitaria entre establecimiento de salud y comunidad.

La capacitación en IEC recibida por el personal de salud entrevistado data de 1994 y contó con cursos sobre *"Diseño de estrategias de comunicación para la supervivencia infantil"* desarrollada en el marco del proyecto USAID/ HealthCom con la asistencia técnica de la Academia para el Desarrollo Educativo; los talleres *"Comunicación Interpersonal y Consejería"* y *"Taller de Comunicación Comunitaria"* llevados a cabo en el proyecto PASARE realizados por el Servicio de Comunicación en Población de la Universidad Johns Hopkins; con el Proyecto 2000 se llevó a cabo el *"Taller Nacional de IEC para Personal de Salud"* con eventos macro regionales en las DISAs Chavín y Huancavelica. Otras organizaciones como UNICEF y la Agencia de Cooperación Técnica del Japón, JICA han llevado a cabo esfuerzos de capacitación en los temas de comunicación comunitaria y mercadeo social; agencias como Pathfinder International y CARE Perú también han implementado contenidos de comunicación interpersonal en sus procesos de capacitación al personal de salud, en especial del programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva. Aun así, los proveedores de salud demandan algunos otros temas para su capacitación como algunas técnicas de investigación operativa, de monitoreo y evaluación de impacto.

Capítulo III

La Interacción en la consulta

En este capítulo se presentan los resultados del análisis de la interacción proveedor- usuaria, a partir de comparar la apreciación del proceso de comunicación de cada una de las lecturas parciales reportadas por el observador externo, la usuaria y el proveedor. Cabe destacar, que este formato de investigación triangular en el que se comparan diferentes enfoques de un mismo proceso, no se ha realizado en ninguna investigación anterior dirigida a estudiar la interacción usuaria/proveedor. La mayoría de los estudios sobre la materia, se basan en entrevistas a las usuarias y/o proveedores u observaciones de consultas, pero ningún estudio ha analizado un mismo evento, en este caso, la consulta a través de la comparación de tres diferentes perspectivas.

El análisis de los resultados obtenidos se realizó primero en forma descriptiva para cada uno de los participantes y luego de manera comparativa buscando los puntos de consistencia y diferencia entre lo reportado por las tres partes interventoras. Este proceso ha sido de particular importancia para este estudio ya que ha permitido acercarnos aun mas al conocimiento de los elementos que subyacen en la relación usuaria-proveedor y que sólo un análisis de tipo comparativo permite conocer.

3.1. Características de las consultas observadas

En total se observaron 148 consultas vinculadas a la salud de la mujer y el niño, lo cual explica la poca presencia de consultas en las que se registran varones atendidos. La tercera parte de estas consultas (34%) correspondieron a la atención de niño sano (inmunizaciones, crecimiento y desarrollo) seguidas de consultas de planificación familiar (26%) y servicios de niño enfermo (22%). Los porcentajes menores correspondieron a consultas de ginecología y obstetricia, (18% del total).

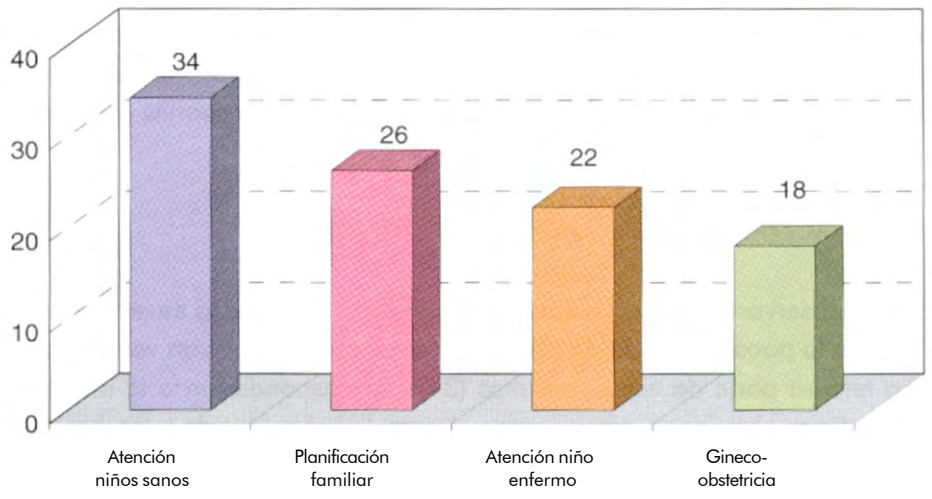
Según tipo de establecimiento, fue alta la proporción de consultas observadas en centros de salud (41%), seguidas de consultas en hospitales (37%) y en puestos de salud (22%).

Las consultas se hicieron en castellano (87%), con una baja proporción en quechua (12%) y sólo se observó una consulta en aymara. La mayoría de las consultas observadas fueron de usuarias antiguas del servicio 67% y, el 33% de las consultas se realizaban por primera vez.

Casi la totalidad de las usuarias observadas fueron mujeres jóvenes (un 70% menores de 29 años) y sólo se observó la presencia de cuatro varones en la consulta. La mayor parte de los motivos de consulta, fueron por enfermedad y control de infantes (56%) y fue notoria la baja demanda del servicio de ginecología y obstetricia.

Gráfico N°3

Consultas observadas por tipo de servicio
(Distribución porcentual)



Estos resultados sugieren la conveniencia de desarrollar programas de comunicación que informen sobre la importancia de obtener exámenes gineco-obstétricos periódicos para la prevención de enfermedades de la mujer como son los cánceres intrauterinos y mamarios.

3.2. RELACIÓN ENTRE PROVEEDOR DE SERVICIOS Y USUARIA

La observación del proceso de interacción entre el proveedor de servicios y la usuaria en la consulta, se realizó tomando en cuenta tres momentos:

- el procedimiento del diagnóstico,
- la interacción socio-emocional "rapport" y
- el empoderamiento de la usuaria.

Una de las hipótesis del marco de referencia propio del estudio es que estos tres componentes están estrechamente relacionados, y que en particular las acciones de interacción socioemocional y las de empoderamiento de la usuaria se retroalimentan entre sí para crear una atmósfera de confianza entre la usuaria y el proveedor que redundan en un servicio que satisface las expectativas de la usuaria y generan una usuaria con iniciativa e interés en sus condiciones de salud.

El protocolo de observación registró acciones que permitieron contabilizar las acciones de participación proveedor/usuaria y en general, los datos mostraron que las acciones asociadas con procedimientos de diagnóstico, tendían a ser ligeramente más constantes que las acciones investigadas para los otros dos componentes.

A) ACCIONES DE DIAGNÓSTICO

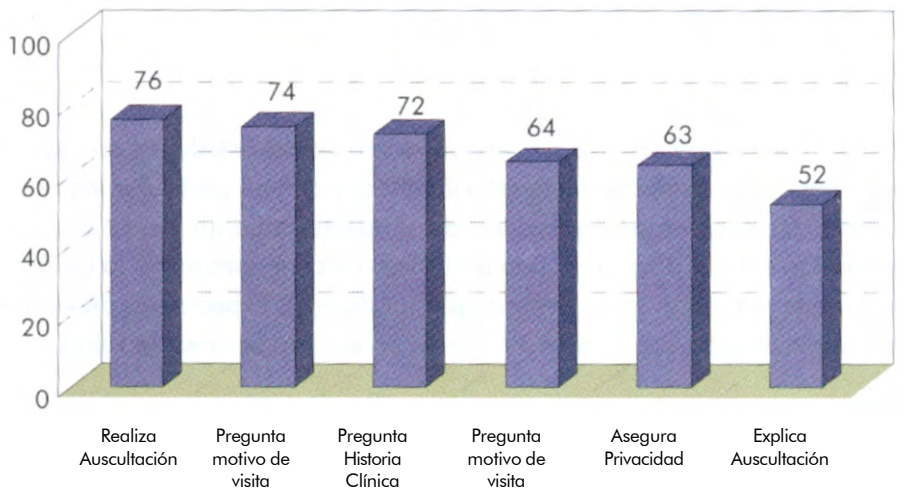
De las 19 acciones comunes a todo tipo de consulta dentro del componente de diagnóstico[5], sólo seis fueron observadas en más del 50% de las consultas. Estas

[5] Ver Anexo Tablas N° 3 y 4.

acciones corresponden a: *Auscultación, preguntas sobre motivo de visita, preguntas sobre historia clínica, asegura privacidad en el área de consulta, programa visita de seguimiento, y explicación de los resultados de la auscultación.*

Gráfico N° 4

Acciones de diagnóstico y tratamiento observadas con alta frecuencia (Distribución porcentual)

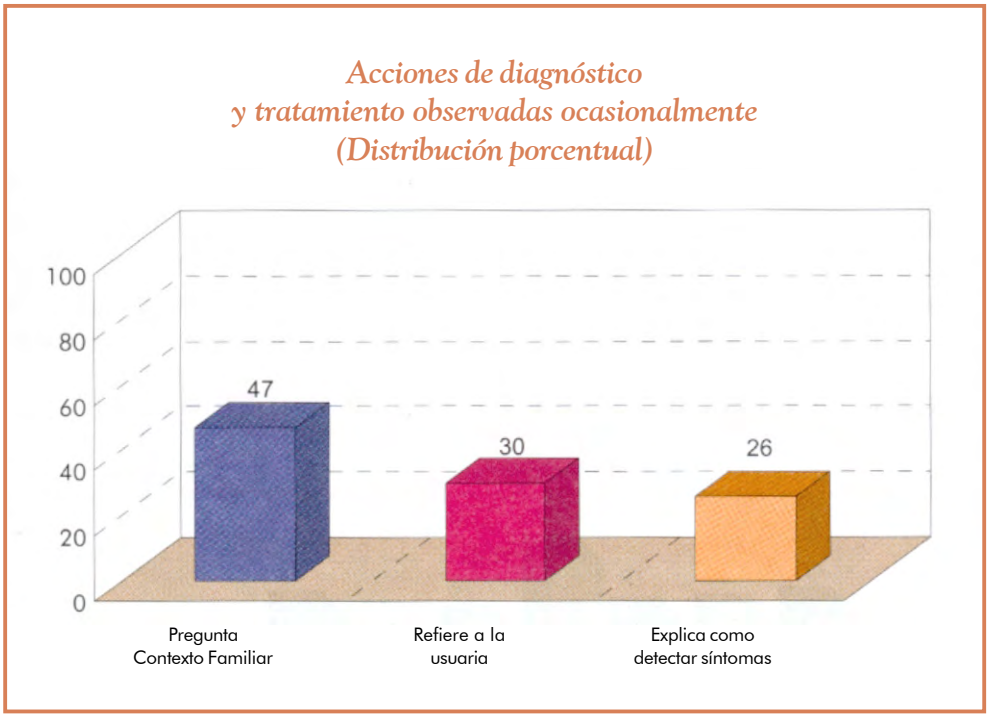


En general, tomando en cuenta todo tipo de consultas, el número promedio de acciones de diagnóstico observadas es de 5.8 de un total de 25, el promedio máximo de 12 y el promedio mínimo de 2 acciones.

Las acciones que se presentaron ocasionalmente (entre 25% y 50% de las veces) fueron aquellas que se alejan del estándar de diagnóstico pero que están relacionadas con el mismo. Entre éstas destacan acciones como el *Hacer preguntas sobre el contexto familiar y social del individuo* (condiciones de salud en el hogar o

en la comunidad, número de hijos, etc.). *Refiere a la usuaria a otros servicios* y *explica a la usuaria cómo detectar los síntomas.*

Gráfico N°5

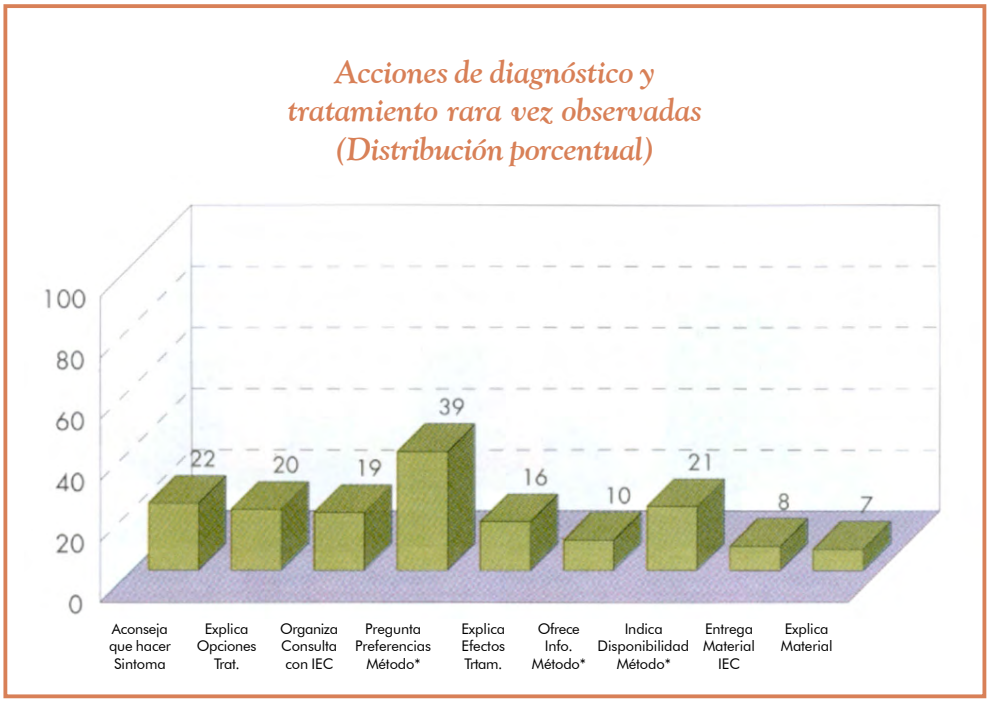


Entre las acciones raramente observadas (menos del 25% de las veces) se encuentran las que corresponden al *Uso de materiales de IEC* y a la *Explicación sobre efectos colaterales del tratamiento o método de planificación familiar*.

Según tipo de servicio, el número promedio y la mediana del número de acciones de diagnóstico, no parece presentar diferencias respecto del comportamiento observado para el total de consultas. Para los servicios de niño sano y de ginecología y obstetricia, el promedio de acciones correspondientes al diagnóstico es ligeramente superior a 6 (6.3 y 6.2, respectivamente) y la mediana es de 6. Las acciones observadas más frecuentemente están distribuidas en la misma

proporción que para el total de consultas. Una ligera diferencia se observa en consultas de niño enfermo donde el promedio de acciones disminuye a 5.4 y la mediana es de 5, esto a causa, principalmente de acciones relacionadas con el uso de materiales de IEC que se observaron con muy baja frecuencia.

Grafico N° 6



B) ACCIONES DE INTERACCIÓN SOCIO-EMOCIONAL O "RAPPORT"

El segundo componente investigado corresponde a las acciones de interacción del proveedor con la usuaria. En este componente, un total de 25 acciones comunes a todo tipo de consulta fueron objeto de observación[6]. De este total, los resulta-

[6] Ver Anexo Tablas N° 5 y 6.

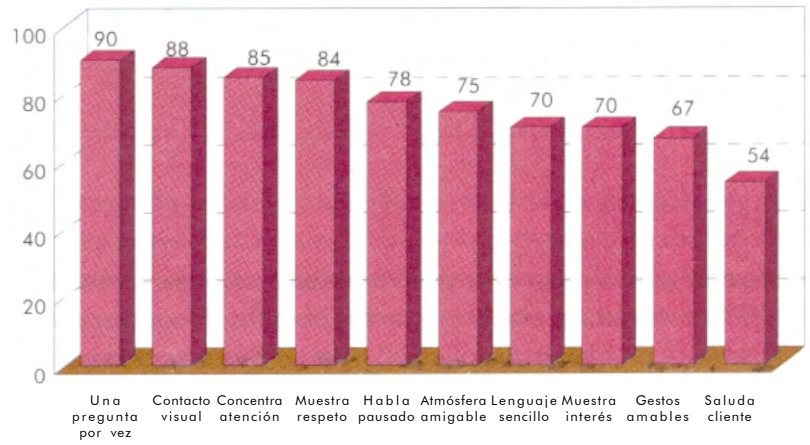
dos del estudio muestran que el número promedio de acciones de interacción realizadas por el proveedor es de 9. El número mínimo de acciones observadas de este conjunto de 25, fue de uno y el máximo de 17.

Se observaron muy ligeras variaciones por tipo de servicio. Para el caso de consultas de planificación familiar fue agregada una variable más, a fin de investigar la ayuda que el proveedor brinda a la usuaria en la selección de un método anticonceptivo. En este tipo de consultas el promedio de acciones observadas fue de 9.3.

Diez del total de acciones investigadas en este componente presentan alta frecuencia (porcentajes mayores al 50%). Entre estas destacan el *Hablar despacio*, *Hacer sólo una pregunta a la vez*, *Concentrar atención en la usuaria*, *Mostrar respeto por la usuaria*, *Mantener contacto visual* y *Mostrar interés para resolver el problema de la usuaria*.

Gráfico N° 7

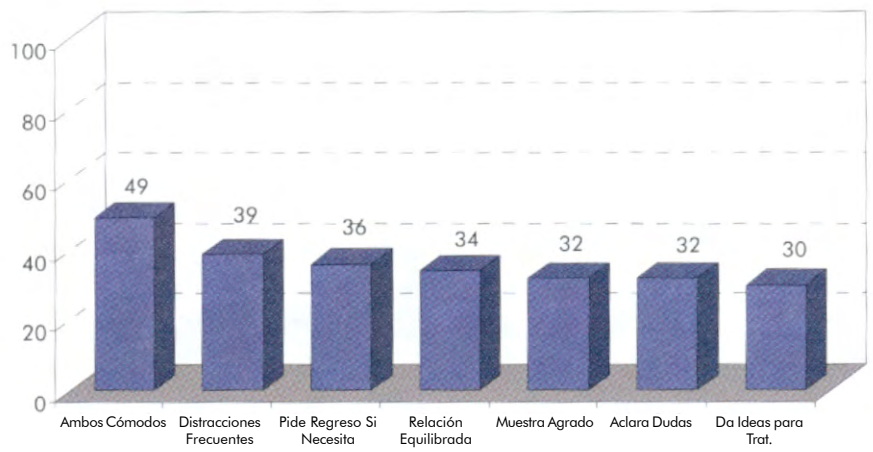
Acciones de Interacción socio-emocional observadas con alta frecuencia (Distribución porcentual)



Las acciones que se presentaron ocasionalmente (25% a 50% de las veces) fueron, entre otras: *Solicitar a la usuaria que regrese si tiene problemas o dudas*, *Mostrar agrado por la visita de la usuaria*, *Aclarar dudas* y *Dar ideas para aplicar el tratamiento o método.*

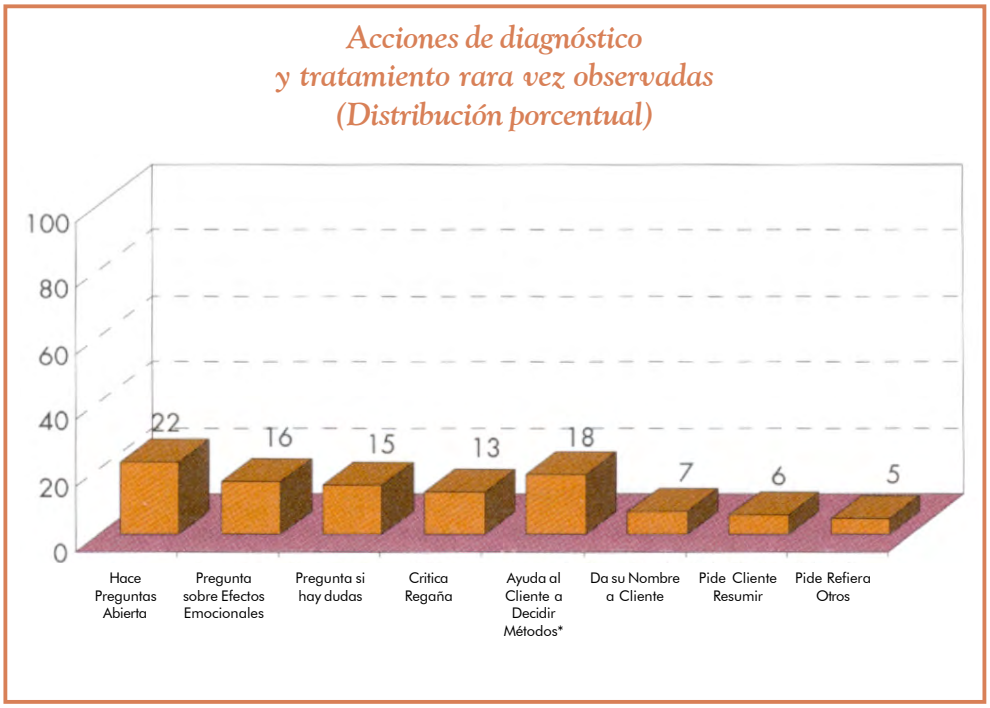
Gráfico N° 8

Acciones de interacción socio-emocional observadas ocasionalmente (Distribución porcentual)



De las acciones de este componente que raramente se observaron (porcentajes inferiores al 25%) destacan: el *Hacer preguntas abiertas*, *Preguntar como le afecta emocionalmente el problema de salud* y *Preguntar a la usuaria si tiene dudas o preguntas.*

Gráfico N° 9



* Incluye solo consultas de Planificación Familiar.

c) ACCIONES DE EMPODERAMIENTO DE LA USUARIA

La acción de empoderamiento de la usuaria es el tercer componente de la relación analizada entre proveedor y usuaria del servicio de salud, la cual se visualiza en el siguiente listado de acciones. Se ha considerado aquellas acciones que expresan mayor autoestima o empoderamiento por parte de la usuaria, así como las acciones del proveedor que contribuyen a que ella aumente su actitud participativa en la consulta[7].

[7] Ver Anexo Tablas N° 7 y 8.

Cuadro N° 2

Empoderamiento de la usuaria	
1	Usuaria hace preguntas libres es espontánea.
2	Usuaria pide aclaraciones, explicaciones / mayor información sobre el tratamiento/método de PF.
3	Usuaria da respuestas completas / de manera amplia.
4	Usuaria expresa temores / preocupaciones sobre el problema de salud/método.
5	Usuaria explica cómo tradicionalmente se cura/ se trata.
6	Usuaria proporciona información sin que le sea solicitada.
7	Usuaria confirma entendimiento de indicaciones sobre tratamiento /método.
8	Proveedor valora/ alienta los puntos de vista/ participación activa de la usuaria.
9	Proveedor hace sentir tranquila a la usuaria.
10	Proveedor da suficiente tiempo a usuaria para describir su situación personal.
11	Usuaria expresa preferencias hacia algún(os) tratamiento (s)/ método(s).
12	Usuaria selecciona un método de PF.

Los datos para este componente nos muestran que de las 12 acciones investigadas, comunes a todo tipo de consulta, el promedio observado fue de tan solo 3.3 con una mediana de 3.

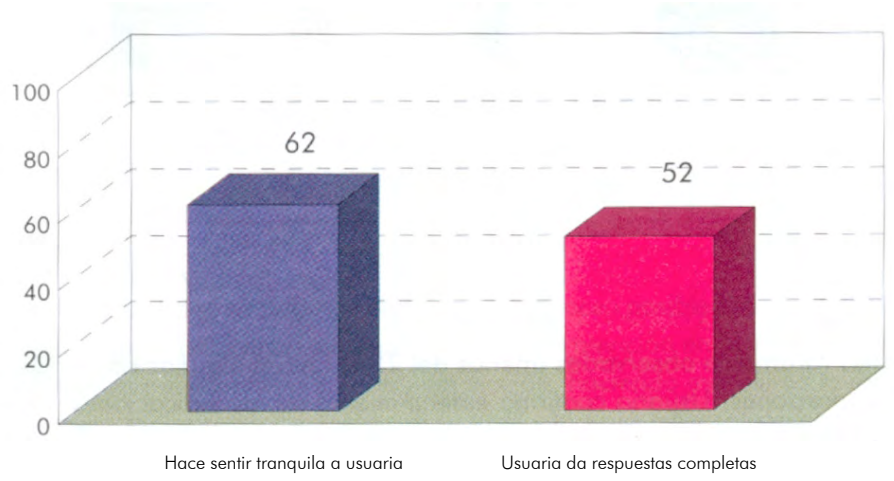
Por tipo de servicio, se observan ligeras diferencias. Para el caso de consultas de Niño Sano, la mediana y la media de las acciones de empoderamiento se mantienen como en el total de consultas, sin embargo en consultas de Niño Enfermo, el promedio aumenta a 3.9 y la mediana a 4. Este incremento refleja posiblemente una mayor inquietud por parte de la madre para conocer más sobre la enfermedad del niño, proporcionar información y entender las indicaciones sobre el tratamiento[8].

[8] Ver Anexo Tabla N° 9.

Considerando el total de consultas observadas, de las 12 acciones de empoderamiento que con mayor frecuencia se observaron (porcentajes mayores a 50%) fueron: el proveedor *hace sentir a gusto la usuaria* y *participación de la usuaria dando respuestas completas (que incluyen acciones como:* Hablar despacio, hacer sólo una pregunta a la vez, concentrar atención en la usuaria, mostrar respeto por la usuaria, mantener el contacto visual y mostrar interés para resolver el problema de la usuaria).

Gráfico N° 10

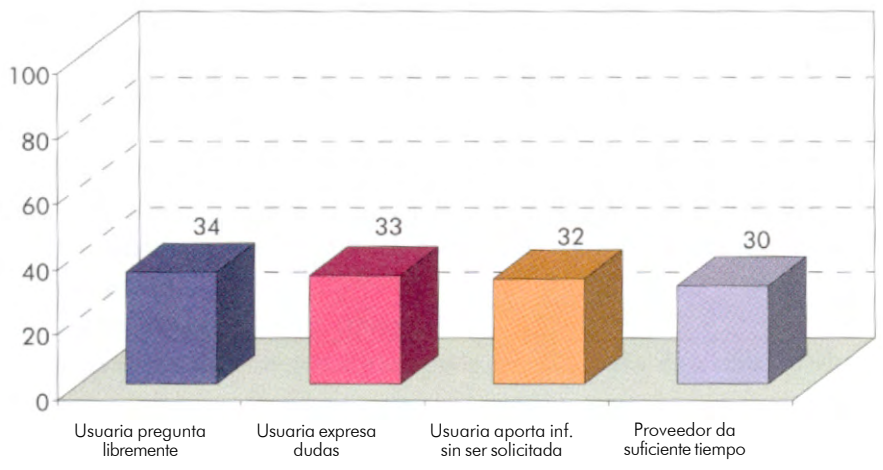
Acciones de empoderamiento observadas con alta frecuencia (Distribución porcentual)



Acciones observadas ocasionalmente (25% al 50% de las veces) fueron: la usuaria *hace preguntas libremente y espontáneamente*, usuaria *expresa dudas sobre el tratamiento o método*, usuaria *proporciona información sin que le sea solicitada*, y el proveedor *da tiempo suficiente a la usuaria para expresarse*.

Gráfico N° 11

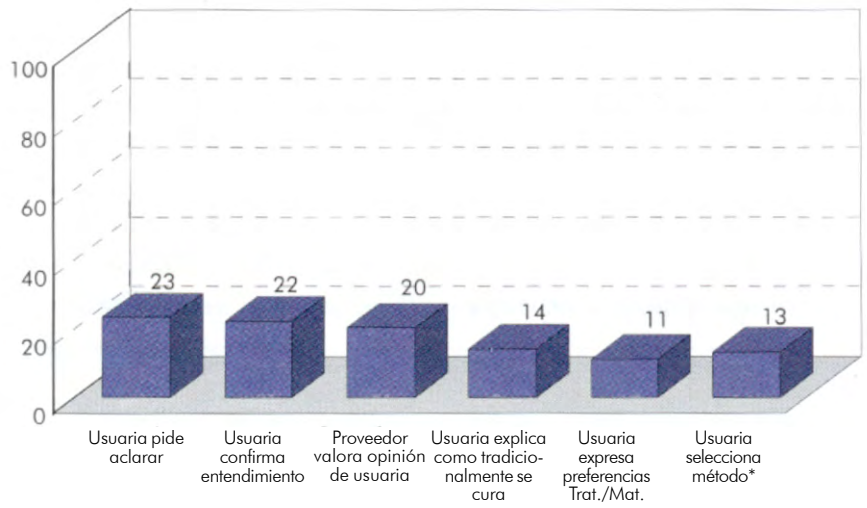
Acciones de empoderamiento observadas ocasionalmente (Distribución porcentual)



Acciones raramente observadas (menos del 25%) fueron algunas como: Usuaria *pide aclaraciones*, Usuaria *confirma entendimiento de las indicaciones*, Usuaria *expresa preferencias sobre el tratamiento o método* y proveedor *valora la opinión de la usuaria*.

Gráfico N° 12

Acciones de empoderamiento rara vez observadas
(Distribución porcentual)



Se considera que hay una serie de condiciones que hacen posible el empoderamiento de la usuaria, que posibilitan mejorar la calidad de atención en la medida que si la usuaria es más participativa y solicita información, haciendo más fluida la relación con el proveedor de servicios, mejorará su trato y logrará estar satisfecha del servicio. El componente empoderamiento permitirá más adelante observar la calidad de interacción que se da entre el proveedor y la usuaria.

Cuadro N° 3

Acciones favorables al empoderamiento de la usuaria	
Concentra su atención en la usuaria	78%
Mantiene contacto visual	78%
Examina/Ausculta	73%
Muestra respeto por la usuaria	67%
Pregunta sobre la historia clínica	65%
Muestra interés	59%
Pregunta motivo de la visita	57%
Asegura privacidad en el área de cosulta	55%
Crea una atmósfera amigable	52%

3.3. PROCESOS DE INTERACCIÓN PROVEEDOR/USUARIA

El estudio ha permitido identificar tres tipos de interacción entre el proveedor de salud y la usuaria que van de la más participativa a la menos participativa. Estos tres casos están determinados por el tono y el tipo de interacción. Es excepcional el caso en que la usuaria tome la iniciativa e interpele al proveedor si siente que no ha sido bien atendida. El tipo más frecuente en la interacción es la llamada "vertical" con matices que se orientan hacia interacción de tipo paternalista o de humanitarismo asistencial.

a) INTERACCIÓN VERTICAL O EN ÁNGULO RECTO

Este tipo de comunicación se reconoce por una baja o nula relación de intercambio entre emisor y receptor. El contexto en que se desarrolla está caracterizado porque el receptor de la consulta manifiesta temor, intimidación, timidez, impotencia o hasta dependencia frente al emisor o proveedor de servicios de salud. Esta interacción efectuada en el establecimiento de salud cuenta con dos actores únicos los cuales reflejan claras situaciones del contexto:

- El proveedor se dirige a la usuaria y le hace preguntas; le explica o indica.
- La usuaria asume un papel pasivo y no se siente capaz de preguntar -ni de interactuar- puesto que no siente confianza, es tímida y, depende para su respuesta de la actitud del proveedor. Siente que éste le "hace un favor", por lo cual se ubica a sí misma en una situación de desventaja.

Esta comunicación vertical, ubica en ángulo recto a los actores y la actitud de la usuaria puede conocerse como de "invitado de piedra", vale decir, que el paciente acude al servicio y no se expresa adecuadamente, pudiendo atribuirle a esta deficiencia comunicacional un factor cultural.

Tomando la idea de la "cultura del silencio", formulada por el pedagogo Paulo Freire, reconocemos en esta interacción, lo que para el autor constituye una de sus principales características:

> *"se presenta en la medida que existen relaciones desiguales entre los polos de la interacción comunicativa".*

En este caso, nos hallamos frente a una situación de dependencia de la usuaria respecto al proveedor, al ser éste quien maneja el conocimiento. Esta relación es conocida como vertical o de ángulo recto. Esa verticalidad implica una acción unilateral: la acción del que explica, enseña e indica al receptor:

ACCIÓN Proveedor de servicios
"Explica"
"Enseña"
"Indica"

El análisis de interacción realizado permite, por otro lado, ubicar la condición en que se sitúa la usuaria: se siente inferior frente al proveedor de servicios y tiene dificultades para comprender.

En caso extremo, la incomunicación en los servicicios de salud puede ser a causa del idioma (que la usuaria sólo hable quechua u otra lengua nativa y el proveedor no) o por aspectos socio-culturales. La usuaria es pasiva, no comunica y es por estas características, que hicimos alusión anteriormente al "invitado de piedra" en referencia a la usuaria que no facilita la relación y que, por el contrario, genera una ruptura en la comunicación, sin hallar en la usuaria esfuerzos por entablarla, a pesar de ser él o ella quien se acerca al establecimiento de salud.

b) La interacción directiva. De la vertical a la oblicua.

En este tipo de interacción comunicacional, a diferencia de la comunicación vertical, la actitud del proveedor varía y se puede caracterizar como humanitaria, paternalista o autoritaria. La eficiencia en el intercambio está cruzada por la falta de claridad en los mensajes emitidos, tomando en cuenta que los sujetos que interactúan responden al típico intercambio médico-paciente, vale decir, se hallan en un contexto de atención médica, de actividad y pasividad, asesoramiento - cooperación y participación mutua. Ambos están cohesionados en un mismo interés, de atacar el mal y lograr la mejora de la salud. Las actitudes del proveedor en este caso analizado pueden ser sucesivamente de tres modos:

ACTITUD Proveedor(a) de servicios
HUMANITARIA
PATERNALISTA
AUTORITARIA

Estas actitudes de interacción parten del proveedor y presentan una serie de yuxtaposiciones. Mientras la actitud humanitaria predomine, el trato puede ser a su vez paternalista, por ejemplo, que el médico trate al paciente como inexperto, como un niño con poco juicio o poco conocimiento. A su vez, la actitud autoritaria también sale a relucir cuando le repite las instrucciones o da órdenes en lugar de sugerencias. El profesional de la salud espera que se cumplan sus indicaciones al "pie de la letra".

Así se resume la interacción directiva que visualmente la imaginamos como oblicua, situación en la que la usuaria sigue instrucciones del médico, acepta sin condiciones y ofrece entonces cierta respuesta.

Considerando que existe una desigualdad entre los interlocutores, ésta se hace visible en su diferente ubicación socio-económica y en su nivel de instrucción. El proveedor de servicios de salud ha estudiado mucho más que la usuaria, por tanto es notoria una desventaja, así como lo es el reconocimiento o admiración de parte de la usuaria hacia el proveedor. Debe tomarse en cuenta el diferente origen cultural de ambos, lo que implica reconocer el manejo de dinámicas diferentes para entablar un diálogo. En el contexto del establecimiento de salud, los proveedores parten de la siguiente premisa:

Proveedor(a) posee conocimiento	La usuaria no posee conocimiento. No entiende, no sabe.

Por ello, una forma de relación que establece el proveedor con la usuaria se traduce en: una receta, una prescripción:

Receta, Dosis Procedimiento, Tratamiento
Prescripción

Un elemento clave para la mejora de la situación de la salud en todo grupo social, es dotarlo de herramientas y conocimientos para prevenir enfermedades y evitar situaciones de riesgo. Según resultados obtenidos en el presente estudio, la prevención está presente en la conciencia colectiva de las usuarias, sin embargo este tipo de interacción directiva, que constatamos se da continuamente entre proveedor y usuaria, no deja espacio para el desarrollo de actitudes preventivas en salud. El contenido de las relaciones de consulta se limita a dar recetas, dosis, enseñar procedimientos y explicar tratamientos en una comunicación unidireccional donde el emisor ordena, establece criterios de cura, impone su punto de vista, evitando involucrar elementos ajenos del contexto racional. Lo afectivo no interviene, pues se busca "eficiencia y objetividad".

Dentro del contexto de la consulta, la comunicación de información contiene un tipo de mensaje claramente ubicado como prescripción médica, la que una vez explicada permite la participación activa de la usuaria para preguntar y resolver dudas.

En este caso, uno de los dos interlocutores domina el espacio comunicacional, creando en esta relación una direccionalidad oblicua, en tanto el receptor responde y tal vez consulta. Esta participación, según lo observado, pudo estar dentro de la búsqueda del empoderamiento de la usuaria.

Las bases de la participación, según Díaz Bordenave[8], son la base instrumental y la afectiva, las que deben encontrar un equilibrio para evitar conflicto. Recomienda el autor, preocuparse de lograr resultados de participación prácticos y útiles dentro de la comunicación interpersonal, para a su vez satisfacer el logro del interacción socio-emocional o "rapport".

En resumen, la relación directiva vista en el punto a) constituye un estadío de relación insuficiente para una interacción en consultorio. No ofrece condiciones para la calidad de atención más aún en casos de consultas materno infantil o de salud reproductiva. En este sentido el proveedor cumple un papel esencial ya que está en sus manos pasar a asumir un rol directivo y facilitar con su interacción, posibilidades de calidad total en el servicio. El proceso es largo y lento puesto que requiere de seguimiento.

---

[8] Díaz Bordenave, Juan E. Oque é participaçõo. San Pablo. Brasil: Editora Brasiliense, 1983.

c) LA INTERACCIÓN HORIZONTAL O PARTICIPATIVA

En este tipo de interacción, los roles del proveedor y de la usuaria deberán tratar de interactuar en la misma lógica cultural, lingüística y psicosocial; deberá haber confianza, empatía y apertura de parte de ambos. La iniciativa puede venir de cualquiera de los interlocutores y los roles deberán ser intercambiados constantemente.

El papel del emisor en una interacción horizontal es de facilitador en busca de consenso. Los mensajes serán claros, precisos y transparentes para evitar dudas. Es un contexto posible de empoderamiento de la usuaria como receptora. Puede marcar igualdad de oportunidades entre ambos para comunicarse dentro de un proceso horizontal. En este contexto, es entendido como un modo óptimo de comunicación. Es participativo y horizontal.

3.4. BARRERAS DE LA COMUNICACIÓN

El estudio permitió identificar algunas **barreras que se presentan en la comunicación durante la interacción** entre proveedor y usuaria. Estas barreras serán consideradas más adelante dentro del contexto de la insatisfacción de la usuaria respecto a su relación con el proveedor de salud.

a) Barreras psicosociales y culturales.

Son aquellas dificultades que limitan la comunicación proveedores/usuaria. Las usuarias cuentan con experiencias personales y con "memoria" acerca de lo que es un establecimiento de salud, además de otros factores más tangibles que les pone una barrera para acudir al establecimiento. Estas barreras se puede entender como una **falta de identificación entre los que interactúan**. Aparece a menudo -según se detectó- en dos regiones, en Sierra y en Selva.

En la Sierra la usuaria comenta:

"Si nuestra enfermedad ya es un poquito más grave, no le vamos a decir al doctor que estamos tomando hierbas porque él no va a entender". (Huancavelica).

En la Selva la usuaria tiene reticencia a ir o volver a un establecimiento de salud, más aún cuando se siente incomprendida por el médico tratante.

"... sentiría más confianza si el prestador fuera mujer para hacerle más preguntas".

"no es fácil...depende de cómo me haya tratado para decirte cómo me fue en la consulta, si me contestas mal ya no quiero volver con mi hijo ni que me sane a mi."(Puno)

"...como estamos yendo a pedirles un servicio a ellos ya nos atienden mal".

El eje principal del discurso, cuando se observó la barrera de comunicación de **falta de identificación** entre los interlocutores, se explica por su origen cultural. Ambos interlocutores son diferentes, y cuentan con numerosas -pero distintas- tradiciones relacionadas con la enfermedad, la curación y creencias arraigadas.

La **distancia cultural** es más notoria aún cuando se trata de una relación de consulta médica, pero sobre todo con el tema de planificación familiar. Las incomprensiones se hacen notar más, a causa de la distancia cultural en lo referido a la procreación, la muerte o la ruptura de la confidencialidad.

Diferente léxico

Se refiere a que el proveedor de salud no sabe expresarse empleando los términos de uso común de la población, lo cual constituye una barrera.

"...este, este señorita en este hospital ya hay médicos pues de trascendencia no? por decir el doctor (X) que es nato de acá, que ya se esta haciendo viejo en este hospital... después otro doctor (Y) mas, que son antiguos esos doctores y que hablan mas o menos como nosotros" pero los doctores jóvenes que vienen de Lima, de Trujillo no".

"Es importante que te hablen el mismo idioma, igual no más que los de acá. No como los doctores jóvenes que no se dan a entender..."

Miedo a Preguntar

A veces las usuarias tienen miedo a la actitud o a la respuesta del proveedor. No tienen confianza:

"Yo tengo recelos de preguntar señorita porque algunos contestan renegando, y otros contestan bien.
(-¿Quiénes contestan renegando?)
- las enfermeras señorita".

Imposibilidad de aclarar dudas

"muchas veces no puedo entender las recetas, no le comprendo por su letra y tengo que volver a preguntar".

Otra barrera sociocultural mencionada antes como *"memoria"*, hace referencia a la experiencia anterior de la usuaria, la cual pudo haber sido negativa. Las usuarias, sobre todo las de Sierra y Selva son susceptibles de creer lo escuchado teniendo en cuenta que no son conocedoras de la medicina occidental.

"...si nuestra enfermedad ya es un poquito grave no vamos a decirle al doctor que estamos tomando hierbas porque él no va a entender..."(Sierra)

"No le contaría al médico que usan hierbas porque se molestan: para qué toman eso -pregunta- Eso no se toma sino los medicamentos."(Sierra)

"(...) te pregunta pues qué remedio le has dado...si uno le ha dado le tiene que decir tales cuales remedios y de acuerdo a eso puede darnos remedio que no choque con la hierba". (San Martín, Selva)

Las barreras mencionadas son elementos posibles de catalogar como de **deficiencia en el servicio - calidad** desde el punto de vista de las usuarias,

brecha que mencionan algunos autores (Berry et al, 1990); aquella que se establece en un modelo de representación, entre expectativas y resultados del servicio adquirido.

Mal trato

En primer lugar las usuarias reconocen que no siempre son mal tratadas pero se quejan que en algunos casos si. Las usuarias perciben como mal trato el hecho que les levantes la voz, la actitud indiferente, tosquedad en el trato por parte de algunos proveedores, la falta de cordialidad, entre otros.

> *"No tienen paciencia para nada, las técnicas por ejemplo hay veces que nos gritan, hay veces una está parada ahí a su costado y nos dicen: retírese que tenemos que atender a otros... pero a veces uno no puede... los niños no se ponen tranquilos pues a veces que reniegan; por eso sería que sean pacientes en todo aspecto".*

Idioma diferente

Un factor mencionado se refiere al idioma, que dificulta, que muchas veces impide la comunicación entre proveedores y usuarias.

> *"(...) entonces lo que se quiere es también una persona que le interprete. Hay médicos que solamente saben hablar el castellano, acá las parteras todas ellas son quechua hablantes, entonces allí viene el problema. Entonces como ellas no encajan..."*

B) Barreras tangibles

Costo de la consulta

Entre las barreras tangibles contamos con aspectos que limitan la asistencia fluida de las usuarias a los establecimientos de salud, los que siempre se presentan en mayor medida en establecimientos de Sierra y Selva. Estos factores son: la falta de dinero, la escasez de personal médico y el horario de atención.

"Es importante también la situación económica, porque a veces muchas que vienen acá...no tienen otra posibilidad, y se curan con hierbas por no venir y pagar la consulta".(Selva)

"Porque pagamos la consulta, pagamos una cuota no nos atienden gratis, el Estado le paga al prestador de salud para que nos brinde un buen servicio, no es gratis que te atienden". (Sierra)

"... y es muy caro también señorita"...3 soles nomás, pero a veces no es posible venir.

A pesar que el costo de la consulta no es alto, la falta de recursos impide la afluencia de poblaciones pobres a los establecimientos de salud. El factor "horario de atención", está referido a que es muy corto pues las usuarias vienen desde lugares lejanos, tienen que hacer cola, esperar a veces en lugares con aglomeraciones y no muy cómodos; este factor tangible se suma a la falta de personal profesional para la mejor atención de los enfermos.

"Ni llegan temprano ni se apuran para atendernos. Se van a tomar desayuno y uno tiene que esperar".

"Llegando desde lejos lo que uno espera es que por lo menos le digan un buenos días".

"Porque trabajan no saben de la necesidad que uno tiene que uno vive. Incluso yo les he invitado a mi casa y no querían: "converse con el médico - me han dicho". La señora asistente tampoco quiso ir, no deje sus documentos me dijo, y firme un papel y si me traes antes del 15 de enero una rebaja te voy a hacer, eso dijeron..."

Falta de medicinas y equipamiento

Estas carencias son motivo de insatisfacción de las usuarias:

"Los colchones están negros"
"ya nos da miedo pues echarse en esa cama sucia"

Otras usuarias reconocen algunas mejoras en el equipamiento:

> *"...pero ahora es distinto, ni bien entramos dicen ahi esta tu toalla o tal cosa para ti".*

También se quejan de falta de medicinas:

> *" Sí; tampoco hay remedios..."*
> *Lo que pasa es que no hay medicinas, hay algunas pero no las que te manda el doctor."*
>
> *"Las ampollas que me mandaron para planificación familiar no hay, y ahorita me estoy cuidando con eso y ya no queda. Las pastillas me chocan a la cabeza, y hace tres meses me estaba cuidando con ampolla, entonces me van a dar pastillas por este mes..."*

Privacidad

La privacidad en la consulta hace referencia directa al respecto a la intimidad de las usuarias. En ese sentido las usuarias muestran molestías y es causal de no regresar al servicio de salud, cuando el ambiente de la consulta no ofrece las condiciones de privacidad requeridas. También cuando en el proceso de la consulta, esta es frecuentemente interrumpida por otros proveedores que no participan directamente de la consulta.

c) Barreras afectivas

De las intervenciones de los grupos focales del diagnóstico, se deduce que las barreras afectivas son una gran traba para lograr la satisfacción o insatisfacción de la usuaria con el servicio de salud. La primera sensación al llegar a un centro de atención es la clara falta de acogida que viven las usuarias. Esta, fue expresada repetidas veces en las intervenciones, pues al llegar de lugares lejanos, con poco dinero, los pacientes no son recibidos cortésmente con un saludo amable, ni reciben una bienvenida.

Falta de atención

A veces, mencionan los entrevistados, *"ni nos miran ni nos atienden"*. Esta sensación de extrañeza al llegar a un lugar ajeno se agrava cuando reciben mal trato. Muchas veces la usuaria llega saluda y no recibe respuesta.

> *"Cansada llega uno desde lejos no más, para encontrarse caras largas, ni contestan tu saludo las señoritas".*
>
> *"Es muy raro tener derecho a preguntar, preguntan cuando es necesario y en esos casos les contestan.*
>
> *"Yo pido que me expliquen todo como puedo hacer, que indicaciones debo tomar en cuenta, pido todo que me expliquen... y no siempre te contestan amables."*

Desconfianza

El trato que se establece entre proveedor y usuaria hará que se fortalezca la confianza:

> *"Confiaría en una prestadora que sonríe".*
>
> *"Si sonríe me da confianza".*
>
> *"Todos los prestadores que trabajan aquí son buenos, te tratan muy bien".*

Sanción excesiva

Se presenta cuando el proveedor recrimina a la madre por el descuido del niño enfermo, y hace referencia a la supuesta "irresponsabilidad" materna. La sanción excesiva está referida a esa sensación de mal trato o reprimenda de la usuaria por parte del proveedor de salud. Esta llamada de atención tiene varias causas, puede ser por estar llevando un tratamiento en base a medicina tradicional, con hierbas o porque acudió muy tarde al establecimiento es decir, cuando la enfermedad se ha agravado.

"A veces me da miedo, no pregunto mucho. Me da verguenza. No me siento con seguridad para preguntarle, tal vez no me va a responder, no me va a entender que estoy curando con hierbas, distinto es él pues...no comprende".

Actitud paternalista

Hay usuarias que sienten una actitud de superioridad de parte del proveedor:

"...hubo un caso que a mí me recetaron para mi niña que no tenía apetito... me miró recetó algo que cuesta barato..."

Implícitamente, la usuaria siente que la miran para determinar que le recetan. Si le recetaron algo barato fue porque *"la miraron"* y no la miraron *"bien"*. A ella le entra la duda de si le estarán recetando algo eficaz o algo barato que no sea eficaz. Asume además un sentimiento de discriminación.

Discriminación

Es reiterativa la sensación que las usuarias expresan respecto al trato desigual que reciben por parte de los proveedores de salud. La sensación de discriminación incluye sentimientos de desconfianza y temor de ser engañada. Al no conocer los mismos códigos que los profesionales, las usuarias se tornan inseguras y desconfiadas, estas respuestas son provocadas por el trato paternal que reciben del personal del servicio.

"Dicen que las personas que se han atendido son sólo los de su clase, a personas como nosotros ya no los atienden ellos..."

(..) creo que los médicos atienden viendo la condición del paciente, o sea si es que va con una presencia regular...agradable, todavía puede platicar un poco mejor no? pero si el paciente no es una persona como (tal persona de la sala) la señora, entonces el médico le dice qué te duele, que te duele y le atienden no más..."

La combinación de la actitud paternalista, lleva consigo una actitud discriminatoria dado que la ubicación social, de clase, apariencia, y situación económica son factores que las usuarias consideran que son tomados en cuenta por los proveedores para determinar el comportamiento con ellas. Esta actitud les provoca una sensación de discriminación que la consideran de orden económico y social.

Abuso de poder

En los grupos focales se constató que las usuarias sienten que no tienen derecho a quejarse así reciban mal servicio. Se mencionaron casos en que las pacientes no fueron atendidas por el profesional de turno, y no obtuvieron por ello mayor explicación.

> *"Cuando hay quejas acá, las señoritas se molestan. El otro día decían : " no se metan con su carrera"; estaban molestas con una persona que se quejó... que vino el otro día, y no la han atendido"*

Falta de empatía

"Los médicos conservan su distancia", es lo que anota una usuaria. *"Nos ven diferentes", - dice-* y a esta sensación de discriminación se le suma la diferencia cultural y los barreras tangibles antes mencionadas.

La falta de empatía es expresada en la forma de trato recibido,

> *"lo hacen apurados, y lo hacen mal..."*
>
> *" ... aparte como vemos, dentro del hospital, existe cierto distanciamiento, a veces ni te preguntan, al resto no le interesan tus problemas materiales, ya le están hablando de otra cosa. ¿Qué has hecho? te comienzan a resondrarte, dicen ese problema no debe de existir porque generalmente no les importa. Muchas veces se pierde esa humanidad."*
>
> *"No nos entienden, no nos comprenden, (..) no comprenden esta realidad que vivimos nosotros"*

La falta de empatía es percibida como falta de comprensión cuando el proveedor no toma en cuenta el largo recorrido que ha debido realizar la usuaria para llegar a atenderse o cuando se rehusan a tratar a una persona con enfermedad grave sin explicar el por qué, ni ofrecer alternativas:

> *"Si, yo una fecha, una vez le traje a mi hija para hacerle pesar acá por la técnica, pero yo me olvidé la tarjeta ¿no? Yo le dije búscamelo su número de mi hijita (porque) me olvidé le dije, es lejos, yo esa fecha me vine desde Huaraz porque me tocó controlarla, pero ella no me aceptó".*

Falta de interés

Dentro de esta característica agrupamos expresiones de insatisfacción de la usuaria vinculadas a la falta de empeño del proveedor : A menudo se quejan de ser mal atendidas por largas esperas y consultas muy breves y rápidas. No sienten ser examinadas con minuciocidad.

> *" Es que a veces te atienden rápido porque son apurados, hay otros que te conversan, te explican, pero hay otros que son muy veloces".*

> *" Los profesionales a la hora de atender salen a tomar desayuno y ello indica una falta de diligencia al no respetar la espera y el horario de trabajo".*

> *"....hay otros que se presentan, te preguntan qué te duele, qué estás mal uy!! Él cree lo que le dices, de acuerdo a eso te da tratamiento ... pero hay otros que no tienen ese deseo y te dicen tal, tal tal cosa y ya está..".*

> *"Yo veo en el centro de salud que siempre uno acude para cualquier consulta y los médicos no toman empeño; pero en su consultorio están como se dice más minuciosos...".*

Cabe resaltar aquí las similitudes entre las barreras psicosociales recientemente mencionadas y lo que Berry et al (1990) definen como "los elementos de deficien-

cia en servicio/calidad desde el punto de vista de la usuaria"[9] es decir la "brecha 5" dentro de su modelo, que representa una posible discrepancia entre las expectativas de la usuaria con respecto a lo que le brinda el servicio.

Lo mencionado por las usuarias, se refiere también a sus percepciones con respecto al servicio recibido y para ello es determinante clave la expectativa que tengan y sus necesidades personales, así como su experiencia pasada y las opiniones provenientes del exterior acerca del proveedor de servicios.

El cuadro N° 4 muestra las barreras psicosociales que se identificaron en el análisis, haciendo un paralelo con los factores, que según Berry et al., influyen en las expectativas de las usuarias.

Como puede apreciarse, las expectativas pueden ser bajas o nulas en la medida que las usuarias no **sientan** la atención **como derecho sino como favor** otorgado por el proveedor. Esta situación se presenta sobre todo en zonas deprimidas de Sierra. Las expectativas nulas con respecto al sistema de salud, explican en cierto modo, su preferencia por la medicina tradicional.

Cada caso observado es particular, pero podemos generalizar las barreras de comunicación a causa de falta de identificación y falta de confianza, ambas con un correlato expresado en la dificultad de relacionarse horizontalmente. En el caso de las barreras tangibles, éstas están referidas en especial al aspecto económico de las usuarias.

Falta de competencia

En algunos casos las quejas son por falta de competencia, que va ligada al trato que los profesionales de la salud dan a las usuarias.

---

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

Cuadro N° 4

Barreras al servicio[10]	Determinantes claves de las expectativas de la usuaria (modelo de Berry et al)
Falta de identificación del proveedor de salud con la usuaria. Mala experiencia pasada. Discriminación. Temor al personal de salud y a otros empleados. Tienen más confianza en los establecimientos que cuentan con especialistas privados. Temor al costo que implique la visita. Temor a la ruptura de la confidencialidad.	Experiencias pasadas.
Barreras al servicio fuente: discurso de los participantes en grupos focales.	Determinantes claves de las expectativas de la usuaria : modelo de Berry et al.
Resistencia a los métodos de Planificación familiar. Falta de identificación entre proveedor /usuaria. Relaciones de género (equidad). Tradiciones arraigadas. Temor al costo que implique la visita. Temporalidad del calendario agrícola.	Necesidades personales.
Discriminación. Mala experiencia pasada. Temor a la muerte por enfermedad.	Lo que dicen terceros (rumores, comunicación informal).
Falta de identificación entre usuaria y servicio.	Comunicación del exterior (mensajes recibidos del proveedor de salud).

Coincidencia entre las barreras psicosociales identificadas en este análisis asociado a factores que influyen en las expectativas de las usuarias según modelo de Berry et al.

[10] Datos Obtenidos a partir de los 18 grupos focales realizados.

"...porque no lo revisó nada... cuando lo vieron, no me lo revisaron bien, su boquita, sus amigdalas no me lo revisaron bien... Ahora mayormente lo llevo al médico particular, no mas yo lo llevo al hospital".

"... además me hizo la sutura a los tres días y se me desataron los puntos. Me dijo que era una descuidada que yo había hecho un esfuerzo".

"...cuando le dieron ese jarabe era para la tifoidea...me dijeron antes que era resfrío, pero no sanó con los remedios; con ese jarabe se empezó a hinchar porque no era la medicina que necesitaba, entonces decía, no, no es la tifoidea lo que tiene; entonces ya el doctor dijo: el niño está grave..."

"Cuando fui a atenderme a Caritas lo pelaron toda esa parte de encima, no me di cuenta que estaba mal, no hacían completa la limpieza, regreso a mi casa y salía el pus de la herida ¿no?. El doctor no sabía en qué medida darme la ampolla, me fui a Caritas y me dijeron, ¿cómo vas a ponerte dos ampollas? es mucho!!, ahí me estuve dando cuenta que no sabían, tal vez..."

"...tampoco me gusta que me atiendan los practicantes..."

Falta de recursos humanos

Las usuarias expresan su insatisfacción por la falta de especialistas o de médicos prefieren que hayan especialistas como ginecólogos por ejemplo.

"...lo que hace falta es que haya un médico ginecólogo, no sólo uno general. No hay especialistas. Tenemos que ir a la ciudad cuando tenemos enfermedad".

"No hay médico estable (día y noche) en emergencia".

Inseguridad

Este factor fue expresado entre las usuarias en los focales. Refiriéndose a la consulta hablan explícitamente de inseguridad, algunos casos ligados a la incompetencia profesional y en otros casos sentimiento de inseguridad a partir del contexto global que rodea la consulta. Algunas se sienten "conejillo de indias" por ser observadas por los practicantes:

> *"...los practicantes tienen que estarla observando y estudiando a una, esto es así ..."*
>
> *" El médico es profesional capacitado, ellos no mas deben auxiliarse con la obstetra que tiene conocimiento... deben ser supervisados por profesionales los practicantes, los titulados deben supervisarle dentro del centro de salud, porque a veces dejan a los internos solitos..."*

3.5. FACILITADORES DE LA COMUNICACIÓN

Para este análisis se tuvo en cuenta las respuestas de todas las participantes en los grupos focales a preguntas como: *¿qué características o cualidades debe tener el* proveedor *de salud? o ¿con quiénes del centro de salud se siente Ud. bien? ¿qué le gustaría que cambie en el centro de salud, ¿qué le hace regresar a un mismo puesto de salud?* etc.; preguntas referidas a su satisfacción como usuaria del servicio.

Respondieron relacionando las categorías **confianza y empatía** como elementos importantes para adquirir su satisfacción. Fue notoria y repetitiva la noción de **seguridad** entendida como la que les proporciona el profesional en la consulta, sea bien por su competencia técnica como por la claridad en sus mensajes al darle las indicaciones, con explicaciones precisas.

La relación de satisfacción pudo medirse y sus resultados se trabajaron tomando en cuenta la oportunidad de interactuar contando con el importante nivel afectivo antes mencionado.

Se puede concluir del presente estudio, que la categoría **confianza**, tantas veces mencionada por las usuarias, está muy ligada a la posibilidad de intercambiar mensajes con el proveedor de salud, tomando en cuenta un posible trato afectivo. Es a partir de la posibilidad de adquirir esta confianza, que la usuaria logra **empatía** con el proveedor de salud, muy necesaria para establecer una comunicación fluida.

La tercera categoría mencionada fue **seguridad**, que exige, además de la relación de confianza un elemento que permita que la usuaria sienta que el proveedor tiene disponibilidad para atender, le dedica tiempo y es amable. En estos casos se genera seguridad y confianza. A ello podemos llamarle también ser diligente, reafirmar el buen trato y la necesidad de ofrecer un buen servicios a la usuaria.

Capítulo IV

El sentir de las usuarias

Los elementos, satisfacción, empatía y seguridad han sido observados como aquellos que permiten la satisfacción de la usuaria. Además de estos elementos, se cuenta con elementos de **calidad de atención,** estudiados por otros autores[11] aplicándolos a los servicios de planificación familiar.

Los elementos de calidad en la atención propuestos por Bruce son: Elección del método de planificación familiar; información ofrecida a la usuaria; la competencia técnica; las relaciones interpersonales; la continuidad y mecanismos de seguimiento y la organización apropiada de servicios. Estos elementos, reflejan aspectos de los servicios que las usuarias experimentan como críticos, los que en conjunto, constituyen la calidad de atención.

Desde esta perspectiva, se evaluó el eje del discurso de las participantes, metodología que se repitió en los grupos focales, lo cual hizo posible medir la satisfacción o insatisfacción de la usuaria. El método permite medir con instrumentos cuantitativos aspectos como los siguientes:

1) elementos tangibles; 2) confiabilidad; 3) disposición;
4) seguridad; 5) empatía.

La competencia del proveedor, vale decir, su calidad al atender, es considerada por las usuarias como categoría de confianza, que incluye otros elementos, como

[11] Bruce, Judith. "Elementos fundamentales de la calidad de atención: Un marco conceptual simple." Traducido del original en inglés "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework." Working Paper No. 1, Programs Division, The Population Council, New York, 1990.

la amabilidad y la cortesía, los que redundan en la credibilidad y ésta a su vez en la seguridad que adquiere la usuaria frente al proveedor.

La categoría empatía, también ubicada como importante elemento de identificación y satisfacción, incluye además el aspecto tangible de acceso al servicio, en el sentido de tener facilidades para establecer contacto humano, relación fluida con el proveedor de servicios.

La comunicación y la comprensión de las necesidades y expectativas de la usuaria por parte del proveedor de servicios, son elementos claves que permiten que se genere confianza, seguridad y empatía, por tanto satisfacción.

4.1. La usuaria satisfecha

Para este análisis se tuvo en cuenta respuestas de las participantes en los grupos focales a preguntas como *¿ que características o cualidades debe tener un* proveedor *de salud para que ustedes los recomienden a un amigo o amiga? ¿cómo son los* proveedores *de salud que le agradan a usted? ¿qué cosas le gustan y qué cosas cambiaría de los establecimientos de salud?*[12].

Las participantes, ante estas preguntas expresaron su satisfacción en determinado momento, cuando hallaron empatía, seguridad y confianza con los proveedores en el establecimiento de salud.

Una usuaria está satisfecha con el servicio cuando se siente bien atendida, cuando recibe un saludo cordial de bienvenida, una actitud de acogida, cuando le responden sus preguntas y halla disposición en el profesional para ser escuchada.

[12] Ver Tabla N° 10.

Cuadro N° 5

Satisfacción de la usuaria Buen trato/buena atención	
Oportunidades de interacción	**Nivel afectivo**
✓ Pregunta el motivo de la visita. ✓ Nos da muy buena atención. ✓ Nos preguntan qué deseamos, si vamos a consulta nosotras o los niños. ✓ Los proveedor preguntan y ahí recién nos recetan. ✓ Hay médicos de trascendencia, que hablan más o menos como hablamos acá. ✓ El proveedor contesta si tengo una pregunta. ✓ Un buen profesional induce al paciente a que siga preguntando. ✓ Me explica con calma. ✓ Te da consejos.	✓ son atentos. ✓ "te tratan amablemente. ✓ "la señorita enfermera es muy amable, es alegre" ✓ "...recomiendo (al prestador) por su profesionalismo y su trato..." ✓ "son bien tratables" ✓ "son buenos" ✓ "nos sonríen" ✓ "es buena gente, es sonriente" ✓ "...me han atendido muy bien: con ánimo..." ✓ "...las enfermeras nos atienden bien y con tranquilidad..." ✓ "...le agradezco a las señoritas que nos atienden bien, son atentas, bien conscientes..." ✓ La enfermera nos ayuda bastante, nos respeta y nos atiende bien. ✓ Amabilidad. ✓ Trata con cariño a los niños.

Confianza

El buen trato genera satisfacción con respecto al servicio. Es muy importante que el profesional de la salud proporcione información clara y de ser posible le repita o pregunte si comprendió las indicaciones del tratamiento e insista en resolver todas sus dudas. Este trato le da confianza y genera empatía:

> *"...todos los personales que trabajan aquí son buenos... en primer lugar nos orientan... son buenos".*

" ... estoy muy agradecida: he recibido apoyo."

"La enfermera colabora, nos ayuda en cualquier cosa".

"Tenemos preferencia por el doctor (X) un amigo de todos, es buen amigo, con una sonrisa siempre conversando, nos da buena atención".

"Confiaría en un prestador(a) que sonríe".

Otros comportamientos que dan confianza son la actitud amable, la sonrisa en tanto expresan buen ánimo y predisposición al buen trato:

"Nos sonríen y nos dan confianza".

... sonrientes contestan cuando ya te conocen".

" La señorita enfermera para riéndose, entretiene... pregunta y pregunta y para riéndose".

Finalmente no se enfatiza el hecho que el proveedor sea hombre o mujer, lo importante es que brinde confianza, que se les considere amigos. Las usuarias ponen especial atención a la conversación, al diálogo y la charla buscando horizontalidad para sentirse mejor.

Seguridad

Aparte de la relación de confianza para acceder a la satisfacción, destacó en el discurso de las usuarias la exigencia de sentir seguridad frente al profesional de salud. Esta seguridad hace referencia a la diligencia, disponibilidad y tipo de proveedor para sentirse seguro.

Diligencia:

Se refiere a la disposición de los proveedores respecto a su trabajo:

"son bastante esmerados".

"...él se preocupa de los demás, le gusta su trabajo...

"Tiene voluntad de trabajar".

Disponibilidad:

"...me han atendido bien en cualquier rato que llegue"

"van hasta a los caseríos"

" para el no hay horarios si alguien se pone mal"

"Nos visitan, nos orientan..."

".. a las cuatro de la mañana le aplicó la ampolla... me atendió normal"

"Siempre hay un médico en emergencia"

Un proveedor seguro:

Las usuarias coincidieron en apreciar que mayor seguridad (a nivel psicoafectivo) le inspira una proveedora mujer porque -dicen- el varón *"te manosea";*

"tenemos más confianza en la señorita"

" sería seguro siempre y cuando sea doctora"

Destreza que da seguridad:

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

"Siempre hay un doctor que es el más entendido... a ese yo voy no más"

Por más oportunidades de intercambio de preguntas y respuestas que se dé entre proveedor y la usuaria , si lo dicho por el profesional de salud no ha sido comprendido totalmente, sea por dificultades del idioma - en algunos lugares del país- o por mala comunicación, la usuaria no se sentirá segura. Fácilmente surgirán sentimientos de temor, incertidumbre o duda, por tanto no saldrá satisfecha del establecimiento de salud al que ha asistido.

Una usuaria satisfecha, afirma:

"el proveedor de servicios le explica bien, con calma y paciencia, todo lo que necesite saber".

La *"información"* formará parte del conjunto de certidumbres que la usuaria requerirá para sentir seguridad.

A continuación se presenta la priorización de los elementos que logran la satisfacción y/o la insatisfacción de las usuarias de los servicios de salud materno infantil, según los resultados de los grupos focales realizados para este estudio.

Cuadro N° 6

Satisfacción	Insatisfacción
1.- Relación	1.- Mala Relación
2.- Confianza/empatía	2.- Desconfianza
3.- Seguridad	3.- Falta de Diligencia
4.- Competencia	4.- Falta de competencia
5.- Elementos tangibles	5.- Escasez/falta/ elemento tangible
6.- Información	6.- Inseguridad
7.- Referencia/seguimiento	7.- Problemas de información
	8.- Referencia/seguimiento

4.2. LA USUARIA INSATISFECHA

Para el análisis de los elementos que producen insatisfacción en las usuarias de los servicios de salud, se tomó en cuenta, en los grupos focales las siguientes preguntas: *¿cuáles han sido sus experiencias en los establecimientos de salud? ¿por qué ha dejado de ir al establecimiento de salud? ¿por qué cree que su vecina,*

amiga no va al establecimiento de salud? ¿por qué tiene miedo de ir al establecimiento de salud? ¿qué cosa no la haría regresar al establecimiento de salud?[13].

Como resultado se identificaron las siguientes causales de insatisfacción:

Mala relación, desconfianza y falta de diligencia

Todo ello traducido en actitudes, como puede ser la poca oportunidad para preguntar que tiene la usuaria, la actitud paternalista del proveedor o lo que se vio anteriormente como abuso de poder. Todas ellas son barreras de comunicación que generan como resultado una usuaria insatisfecha.

Cabe señalar que las preguntas que dinamizaron los grupos focales con las usuarias de los servicios, se hicieron también en torno a su experiencia con los proveedores de salud:

- en relación a sus temores para asistir a los establecimientos de salud.
- para conocer por qué habían dejado de ir al establecimiento de salud.
- qué cosas le harían no regresar al establecimiento de salud.
- respecto a la mala relación entre proveedor y usuaria.
- sobre su desconfianza.
- sobre su inseguridad y
- sobre la falta de diligencia o
- sobre la falta de atención adecuada,
- se entiende que los proveedores no han sido lo suficientemente atentos a las preguntas de la usuaria o le han ofrecido poco tiempo en la consulta[12].

Mala relación, poca oportunidad de interacción:

Se encuentra mala relación a causa de la poca oportunidad de la usuaria de interactuar con el proveedor a causa por ejemplo de su léxico ajeno al lugar.

---

[13] Ver Anexos Tabla N° 11.

Quienes se sienten insatisfechas mayormente no se comprenden con el proveedor, sobre todo -recalcan- con los médicos jóvenes que vienen de las ciudades.

Esta opinión de las usuarias puede reflejarse en las siguientes frases:

> *" Entonces, lo que se quiere es también una persona que lo interprete. Hay médicos que solamente saben hablar castellano; acá, las parteras todas ellas hablan quechua, entonces, allí viene el problema. Entonces como ellos no encajan con ellas, no pueden dialogar y en la siguiente ocasión ya no desean ir al establecimiento de salud."*

Miedo a preguntar:

- *«Yo tengo recelos de preguntar señorita; algunos contestan renegando y algunos bien»*
- ¿Quiénes, quién contesta renegando?
- *«La enfermera señorita»*
- ¿las enfermeras contestan renegando?
- *«Si Srta.» En cambio los doctores no, ellos no»*

Nivel afectivo:

Falta de acogida: entendida como el mal recibimiento que tienen las usuarias al llegar al establecimiento de salud.:

> Así una usuaria de la Selva afirma:
>
> *" ...Yo quisiera que cuando yo llegue al hospital me respeten ¿no? (...) porque cuando nosotros a veces llegamos ni siquiera, por lo menos somos así, ni siquiera te saludan ni te dicen nada. Pero nosotros a veces venimos, decimos buenos días doctora, buenos días ellos ni te dicen nada, ni te reciben ni nada".*
>
> Y otra usuaria de la Sierra opina:

"Yo quisiera que cuando llega un paciente le atiendan, le pregunten que tienes, siéntate, te esperamos para atenderte y como dicen algunos compañeros que hay otros profesionales que si atienden bien y otros que atienden mal. Si pero últimamente me han atendido ya mal ... que en la atención traten bien a la gente."

Las usuarias también opinan que no les gusta recibir un trato *"tosco"* de proveedores *"malgeniados"* que se *"amargan"*, *"que vienen con sus problemas"*, que se *"molestan"*, que *"no tienen paciencia para nada"* y *"que tratan mal"*.

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

"...no mas las enfermeras son un poco malas... algunas atienden bien, algunas mal,... pues si se amargan cuando pedimos el ticket también...".

"Pero no son la mayoría, son cierto número de profesionales que son descorteses, desatentos, faltos de paciencia...".

DESCONFIANZA

En esta categoría se agrupan elementos referidos a la ruptura de confiabilidad, sentimiento de ser engañada, actitud paternalista, abuso de poder, discriminación y falta de empatía, algunos de ellos anteriormente tratados. Explícitamente, la usuaria pierde confianza en el servicio por los siguientes aspectos:

Ruptura de confiabilidad:

Es cuando la usuaria se siente intimidada:

"Yo he tenido problemas porque yo vine una fecha a atenderme y eso me dijeron delante de mi esposo: claro indirecto le dijeron "cuando una mujer viene por tal cosa... así le dijeron, claro le puedo mencionar el nombre

> *pero el de repente se entera y me puede hacer problemas, ese hombre porque yo se como es el carácter de ese enfermero". (Sierra)*

La ruptura de la confiabilidad lleva a la usuaria a no regresar al establecimiento; otros casos se presentan cuando se cuenta con la presencia de los practicantes de medicina mientras se desenvuelve la consulta ginecológica por ejemplo.

Sentimiento de ser engañada:

Este sentimiento está en relación a la pérdida de confianza. Se presenta cuando en el establecimiento a la usuaria le solicitan donación de sangre, de dinero, medicinas o instrumentos, que después no utilizan con el paciente.

> *"... al rato había dado a luz y me han hecho comprar un montón de medicinas y no le han puesto. Al día siguiente yo me voy y le digo no pues, si no he utilizado la dextrosa ni eso, cómo voy a dejar y no me devuelve... (...) de eso hay que hacer una investigación ¿no de las medicinas, cómo desaparecen". (Selva)*

> *" ...para ese rato ya mi suegra estaba muerta y mi tío retirado en la cama que le sacaban sangre del brazo y en el otro le ponían suero, creo... Hasta le traían caldo de la cocina para que tome. Después cuando ya amaneció como a las cinco de la mañana nos dijeron, la Sra. ha fallecido. Y la sangre hemos reclamado que le devuelvan a mi tío; una botellita no más le han devuelto pero la otra ya no le han devuelto le han dicho que le pusieron a mi suegra." (Sierra).*

Otros casos que aportan para la insatisfacción de la usuaria son la actitud paternalista, el abuso de poder, la discriminación, y la falta de empatía.

Falta de diligencia

Acá se reúnen varios sentimientos que expresaron las usuarias: la falta de empeño en la atención, la mala disposición o disponibilidad de algunos proveedores;

las consultas demasiado cortas y rápidas, el no respeto por los horarios o que éstos no son adecuados a la disponibilidad de tiempo de las usuarias.

> *"es que a veces los médicos ni conversan ni te explican son muy apurados".*
>
> *"Hay enfermeras que no tienen paciencia para atender".*
>
> *"...entras al consultorio y te dicen ¿qué tienes? ¿qué sientes? y ya, te hacen la receta."*

Falta de competencia

En muchos casos esta percepción de falta de competencia técnico-profesional está ligada a las "consultas veloces".

> *"Una vez me han vacunado aquí del tétano y casi me he muerto también, desde allí arriba he vino y ya no, a mis hijos ya no, no quiero señorita. Además no vacunan bien los que no son los médicos".*
>
> *"Llegué a dar a luz a las 5 de la mañana, tuve mi hijita a las 7 y los médicos no llegaban todavía. Me atendieron la obstetriz y las enfermeras, y me hicieron un corte pero la tijerita parece que estaba tosca ¿no? y me hizo tres cortes... pero ya en exceso era, me cortó demasiado. En eso yo, noté que se miraban entre ellas , la sangre bajaba y bastante, ellas se miraban y se miraban, hasta que llegó el médico y le dijeron ... él me miro, para eso yo no estaba muy bien, no me sentía bien, más con ellas preocupadas porque me cortaron.."*

Elementos tangibles

Dentro de esta categoría tenemos en cuenta por ejemplo, el costo de la consulta, el cobro por materiales, o la obligación de compra de éstos por escasez en el hospital o establecimiento (falta de insumos) sobre todo por tratarse de usuarias de muy bajos ingresos carentes de medios económicos que optan por tratarse por *"medios naturales ... antes de venir a chequearse, porque es lo que realmente tienen"* - a decir de los proveedores.

"Generalmente ¿quiénes van a atenderse? van los niños, esa gente que no tiene muchos medios . Aparte de eso a la posta de salud no alcanzamos, solamente venimos en casos extremos."

"Optan por atenderse en su casa... además es más gasto traerla acá, en pasaje nomás cuánto se le va, en cambio en la casa la cuidamos más, no dejamos que le pase nada, no la dejamos que se levante de la cama..."

"No hay remedios, no hay frazadas, uno nomás tiene que traerse todo".

"Por ejemplo en las postas no tienen ni luz, las personas que vivimos cerca a la posta no acudimos allí, cuando si pasa algo de noche vamos hasta el hospital."

Inseguridad

En los grupos focales, se mencionaron casos que generan inseguridad en las usuarias, por ejemplo, al ser tratadas por practicantes de medicina les da la sensación de ser "conejillo de indias". A esta crítica responden con la demanda de una actitud de seguridad de parte de los proveedores.

"Justo cuando llegué el doctor salió y yo no quería que me atiendan las practicantes, a mí no me gustaba...entre ellas se preguntaban ¿está bien? y ya me habían puesto el espéculo, todo, y una preguntaba ¿le pongo o no le pongo la "T"?. Yo, en ese momento agarré,- como las veía a todas indecisas-, y les dije: Yo me voy, otro día vuelvo, y logré salirme. Si se están preguntado entre ellas es porque sentían duda ¿no? y eso porque no saben". (Sierra)

Problemas de información

Si bien se identificaron problemas de información que contribuyen a la insatisfacción de la usuaria, sólo en una DISA de la Sierra, los elementos que salen a relucir en el discurso son significativos y tal vez son representativos de lo que estaría sucediendo en otras DISAs.

" Nunca hay nada para varones, siempre al club de madres... hemos pedido que hayan charlas para los varones pero nunca ha habido, solamente para las mujeres planificación y planificación..."

Por otro lado, numerosas mujeres expresaron su "*agobio*" por los mensajes de planificación familiar.

- Usted dice que está cansada de la planificación familiar?
  "*si*"
- Pero exactamente sobre planificación familiar, ahora a ustedes ¿qué les gustaría saber? ¿ qué cosa de planificación familiar les gustaría saber?

"A mi, ya nada señorita"

- ¿porqué nada?
  " Porque ya estoy cansada ya".

En resumen, se quejan de que la información no llegue a los varones, por otro, que el tema de planificación familiar está al alcance de las mujeres con una sobrecarga de información hacia ellas.

REFERENCIA

> *" Hay pacientes que viven con su enfermedad, que no saben dónde acudir, que médico es su especialidad para que la atienda. Entonces, ella viene y dice, quiero ir a tal médico, le dan su ficha ¿no? y total, ese médico no es el indicado... el servicio no indica especialistas..." (Selva)*

Esa falta de orientación confunde a la usuaria, dando la sensación de ser tratada mal y que pierde su tiempo al no contar con apoyo, sin saber a que especialista referirse o al hecho de ser referida a un especialista que no le corresponde.

4.3. EL PROVEEDOR DE SALUD IDEAL

Para resolver problemas de comunicación los proveedores(as) apelan al manejo de cuatro ejes: 1) la relación de interacción (generar confianza, afectividad empatía); 2) lenguaje e idioma: 3) procesos de educación; 4) procedimientos clínicos.

Desde otro lado de la observación, las usuarias ven al médico, a la enfermera, a la obstetriz o el técnico sanitario como superiores en la medida que cuentan generalmente con más estudios que las usuarias del servicio.

En el conjunto de los ámbitos del estudio, el proveedor de salud es bien visto y respetado, es considerado una autoridad.

El proveedor de salud "ideal" combina las **características** de todo buen médico o una buena enfermera: Según las usuarias:

- saluda amablemente a la usuaria
- responde a sus preguntas
- muestra confianza
- explica con claridad las indicaciones del tratamiento
- explica el problema de salud en términos claros
- se hace entender por la usuaria.

La referencia al proveedor de servicios de salud "ideal" responde a lo que **las usuarias exigen**:

- ofrece confianza
- permite identificación con la usuaria
- presta seguridad a la usuaria.

Entre estos elementos, el proveedor de salud "ideal" debería hablar el idioma o lengua de la localidad para impedir cualquier dificultad en la comunicación. La barrera de comunicación idiomática y la falta de proveedores que dominen el quechua para las zonas de Sierra es muy importante.

El idioma es considerado como una caracterización clave, incluso por los propios proveedores de salud. En su opinión, no dominar el idioma de la zona es una limitación que no permite romper la barrera de comunicación idiomática detectada.

4.4. SOLUCIÓN A PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE PROVEEDOR/ USUARIA

En la Costa los proveedor de salud explican que un ambiente adecuado para la **interacción** (primer elemento de solución) se da, principalmente con un trato afectuoso, conversando con la usuaria: darle una palmadita en el hombro; sonreírle; preguntarle como están sus niños y hacerle sentir su amiga, ser amigable. El segundo elemento es el **idioma**, que se menciona como gran necesidad para una aproximación y para perfilar al proveedor "ideal"; el tercer elemento es el **proceso educativo.** Este último está referido a los esfuerzos del proveedor para lograr que la usuaria se exprese en la consulta comprobando que entendió las indicaciones o las palabras técnicas, si se usaron. Es una interacción de comunicación dentro de la consulta, que se basa en el respeto, a decir de una enfermera:

> *"doy trato con educación y respeto, utilizo un tono de voz suave, los reoriento y les explico"*

El proceso de educación al que se refieren, es el esfuerzo para que las usuarias entiendan por completo lo que el profesional de la salud indica o pregunta. Se entiende que el proveedor "ideal" deberá ser amable, orientador, respetuoso; deberá dar el diagnóstico en detalle confirmando que la usuaria haya entendido.

A partir de las 45 entrevistas a proveedores del servicio de salud respecto a qué imagen creen que tienen de ellos las usuarias, se pudo conocer que ellos piensan que las usuarias los perciben como personas con cualidades :

> *"... que son amigables, confiables, paternales (maternales) y respetables".*

Capítulo V

Puntos de vista de los proveedores del servicio de salud

Como resultado de las entrevistas aplicadas a 45 profesionales de la salud se obtuvo información sobre los problemas de comunicación que tienen con sus usuarias[14], así como sus puntos de vista sobre las condiciones que debería reunir una **usuaria ideal** y una no ideal[15].

5.1. La usuaria ideal: opinión de los proveedores

Son características propias de la usuaria ideal las siguientes:

a) que se sienta responsable de su salud
b) que sea comunicativa y activa en la consulta
c) que hable castellano
d) que tenga "cultura"

Que se sienta responsable de su salud

Significa que sigue el tratamiento indicado por el proveedor, así no tenga enfermedad o dolor; visita los establecimientos cada cierto tiempo a modo de prevención; cuida su higiene personal, deja que la ausculten, se controla y lleva el con-

[14] Ver Anexo Tablas N°12, 13, 14 y 15.
[15] Ver Anexo Tablas N°16 y 17.

trol de sus menores hijos periódicamente, cumple con las citas programadas; colabora con la consulta, acepta la medicina occidental.

Que sea comunicativa y activa en la consulta

Es decir, que la usuaria esté dispuesta a establecer empatía, a generar confianza, que dé información verdadera, que no mienta.

Como afirma con preocupación un médico:

> *"Uno de los problemas que afrontamos es no saber si el paciente miente ... a veces es una persona que demora en hablar, que no es colaboradora..."*

QUE HABLE CASTELLANO.

El idioma dificulta la relación de interacción entre el proveedor y la usuaria. Los profesionales de salud sostienen que en la Sierra es difícil comunicarse cuando la usuaria no domina el castellano.

> *"es incómodo para mí si la usuaria no habla castellano...me gustaría aprender quechua, a veces la señora me da los datos pero yo no la entiendo".*

Que tenga "cultura"

Los proveedores opinan que una **usuaria ideal** debe conocer el sistema de consulta; conocer métodos de planificación familiar y de paternidad responsable, *"que tengan nivel cultural..."* se refieren a una persona con instrucción, puede ser con primaria o secundaria, pero que le permita comprender cuando el profesional de la salud le da indicaciones.

5.2. LA USUARIA NO IDEAL

Los proveedores de salud fueron entrevistados respecto a su interacción con las usuarias del servicio de salud. Ellos son muy conscientes de la necesidad de apelar a niveles afectivos para generar empatía con las usuarias, para poder así crear un clima de confianza con ellas. Consideran que la usuaria no es ideal cuando:

A) Es analfabeta.

Esta es una gran dificultad para los proveedores del servicio salud: que la usuaria tenga bajo nivel de instrucción o carezca de ella.

> *"A veces ni sabe su edad, no puede leer lo que se le indica, tiene total desconocimiento de la salud."*.

B) Es tímida o apática

Cuando la usuaria es tímida no es suelta para describir su enfermedad, no sabe explicarse y no expresa con facilidad sus temores. No muestra confianza suficiente y es difícil preguntarle, puede ser que no sepa ofrecer información al ser preguntada. En esos casos, el proveedor de salud asume que debe tener mucha paciencia y deberá formular preguntas de manera simple, para que la usuaria se sienta cómoda y pueda describir la enfermedad.

C) No acepta el tratamiento.

Es característica de la usuaria "no ideal" su resistencia para aceptar las indicaciones del profesional de la salud, puede ser por falta de confianza o por desconocer los fundamentos de la explicación de la receta. Este tipo de usuaria no es previsora y los problemas de salud no los resuelve, en la medida que no acepta el tratamiento y/o no lo cumple.

D) No habla el mismo idioma.

En las zonas de Sierra puede ser que la usuaria hable quechua o aymara, lo cual dificulta la interacción. Los proveedores consideran que en el proceso de consulta es importante la información que brinda a la usuaria, pero cuando no hablan el mismo idioma la situación es delicada.

Elementos como el idioma o la timidez están relacionados con el desempeño cultural de las usuarias en zonas rurales de la sierra y de la selva. La preocupación de los proveedores, es brindar un buen servicio, pero su deseo lo expresan tratando con mucho respeto a la usuaria, sin ser posible romper algunas barreras como la idiomática.

Los profesionales de salud deben detectar si con un mal manejo del idioma la usuaria será capaz de recordar las indicaciones. Ellos mismos recomiendan insistirle a la usuaria que regrese, si no comprendió o si tiene dudas sobre las indicaciones.

Es difícil trabajar con una paciente NO ideal, pues no realiza una interacción adecuada. Este tipo de usuaria es quien requiere, con mayor necesidad, privacidad en la consulta, generalmente es temerosa, desconfiada e insegura. Está a la espera que el proveedor le dé indicaciones y no es capaz de preguntar sobre sus dudas. En la medida que el proveedor se encuentra continuamente con este tipo de usuarias, deberá tomar precauciones y seguir algunas sugerencias que permitan mejorar la relación de interacción, considerando los factores psicosociales y culturales que en el presente estudio ha identificado.

El siguiente cuadro nos permite comparar las características de ambos tipos de usuarias.

Cuadro N° 7

Desde la perspectiva del Proveedor: Usuaria ideal y no ideal	
Usuaria ideal vs. Usuaria no ideal	
Ideal	**No ideal**
(+) Que sea comunicativa y activa en la consulta	(-) Que sea apática y tímida
(+) Que se sienta responsable de su salud (obediente, aseada)	(-) Que no acepte el tratamiento
(-) Que hable castellano	(-) Que no hable el mismo idioma (del proveedor)
(-) Que tenga cultura (algún grado de instrucción, información)	(-) Analfabeta (con poca instrucción con sistema de creencias arraigado)

Capítulo VI

Características de la "usuaria senti-pensante"

Los resultados del estudio, permitieron identificar que las usuarias de los servicios de salud son "senti-pensantes"[16], es decir sujetos que piensan y sienten a la vez. El prefijo "senti"-seguido por el adjetivo "pensante" representa con justeza la dualidad indisoluble entre los sentimientos (dimensión de las emociones) y la practicidad (dimensión ligada al raciocinio).

En ese contexto se apreció su desempeño como una persona con derechos, con capacidad de participación y asunción de responsabilidades frente a sí misma y frente a su familia. Debido a que el 97% de las consultas observadas correspondieron a usuarias mujeres, se consideraron las relaciones de género en las entrevistas y en la observación de interacción y de interacción socio- emocional o "rapport".

Además de la observación en la consulta, se aplicó un cuestionario en otro espacio relacionado con la consulta: en la sala de espera y después de la consulta, lo que permitió recoger experiencias vivenciales de su comportamiento.

6.1. Participación y comprensión

Derecho a la salud

Las usuarias de los servicios de salud, hacen constante referencia al pago realizado por cada consulta y por la compra de medicinas, que evidencia que tienen presente sus derechos a ser atendidas con calidad profesional y buen trato. Para estas usuarias el derecho al servicio está basado en el pago que realizan por el servicio y que les da derecho a ser atendidas con calidad.

[16] Concepto extraído del libro. Galeano, Eduardo, El libro de los abrazos, Montevideo: Ediciones del Chanchito, 1989.

En ese mismo sentido, hay otras usuarias que se sienten impedidas de ejercer su derecho al uso del servicio por no contar con recursos económicos. De otro lado, también existen usuarias que se sienten agradecidas y piensan que están recibiendo un favor al solicitar atención en el establecimiento de salud.

> *" (...) porque pagamos consulta a ellos les pagan y nos atienden. El Estado brinda el servicio y nos deben tratar bien, por eso no es gratis el servicio."*

Se expresaron diferencias frente al tema de derechos, distinguiéndolo de la responsabilidad individual de asumir el cuidado de su salud, tanto de ella misma como de su familia. El Estado -mencionan- tiene responsabilidad de crear puestos de salud, la usuaria de acudir a consulta apenas se presente el mal, y no a último minuto, cuando ya no hay remedio de cura.

> *"Llevan a la posta a su hijito cuando vomita, cuando está mal no más...si tiene resfrío lo tratan en casa con hierbas no más, pero ya cuando el niño está muy muy enfermo ahí recién reaccionan y van al establecimiento...". (Selva)*

Confianza - seguridad.

La actitud de la usuaria frente al establecimiento de salud puede ser de confianza, cuando ha obtenido anteriormente un buen servicio o ha escuchado que así lo brindan, o de desconfianza, si recuerda o le han comentado un caso fracasado de curación o mal trato. La adquisición de confianza se traduce en una actitud cómoda de la usuaria que le permite dirigirse al proveedor de servicios, preguntarle con confianza, y comunicarse libre y espontáneamente confiando en que será bien tratada. De lo dicho se desprende que una usuaria satisfecha es una usuaria confiada, con seguridad y libertad de acción (para exigir, para felicitar o para quejarse).

De parte de las usuarias observadas, se vió gran inhibición para participar en su consulta, frente a la presencia del médico, retrayéndose o inhibiéndose de la posibilidad de hacerle preguntas. Sólo en un grupo focal, se presentó el caso de

una usuaria que declaró sentirse libre de preguntar; la mayoría expresó estar cohibida o nerviosa sobre todo la primera vez que acude a consulta; una de las causas es el temor a ser mal tratada.

Otras usuarias aseguran sentirse bien recibidas y por tanto con seguridad para solicitar explicaciones acerca de la enfermedad o del tratamiento que le recomiendan. Es mayor el número de usuarias de la Sierra, que expresaron tener "miedo" o "vergüenza" de preguntar y por tanto no atreverse a participar, sobre todo si la consulta trata de métodos anticonceptivos o sexualidad.

Empoderamiento - participación

En el desarrollo de los grupos focales no se obtuvo mayor evidencia que supusiese la posibilidad de empoderamiento de la usuaria. Por ello se considera que éste se facilita si es que el proveedor le ofrece buen trato, entendiendo por ello: invertir un tiempo prudente en la consulta, darle seguridad, información, escucharla con atención, explicarle hasta que entienda, respetarla, etc. Este trato estaría valorando a la usuaria lo cual facilitaría su autoestima y acceso al empoderamiento.

> *"La atención es rápida, a veces ni has terminado de decir algo y ya te dieron la receta".*

Esta falta de tiempo indica falta de atención y de valoración a la usuaria. Es comprensible que la usuaria se sienta algo despreciada y se inhiba.

En las observaciones de la usuaria senti-pensante se hace referencia a la importancia del trato recibido , lo que definirá si la usuaria regresa o no a la consulta.

6.2. RELACIONES DE GÉNERO

Este tema se investigó también con la metodología de grupos focales. La interacción fue concebida como un factor clave del empoderamiento de la usuaria.

Las asistentes fueron preguntadas sobre la igualdad, diferencias y semejanzas que consideraban tener las usuarias frente a los proveedores. La percepción de sí mismas y la percepción de los otros, estuvieron íntimamente ligadas en varias ocasiones. Se mencionaron elementos de especial relevancia como la necesidad de establecer, desde las usuarias, una relación activa y protagónica durante la consulta; también se mencionó la necesidad de participar e interactuar con el proveedor sin diferenciarse o jerarquizarse.

Los puntos de vista respecto a las relaciones de género son diversos. Respecto a la pareja, por ejemplo, hubieron opiniones acerca de la necesidad de avisarle al esposo para acudir al establecimiento de salud, o de pedirle permiso. Una usuaria mencionó sentirse descalificada por el proveedor cuando lleva a su hijo enfermo y éste la responsabiliza de no haberlo cuidado adecuadamente, desmereciendo de esta manera el trabajo de las madres con sus hijos.

Las recriminaciones son por dos situaciones concretas: Porque sus hijos enferman y por utilizar hierbas. Ambos aspectos, muy sentidos por las usuarias, minimizan el papel de la mujer como madre centrándose en aspectos básicamente culturales y en la falta de conocimiento sobre prevención y temas de salud.

Se llegó a escuchar a alguna usuaria decir que se siente igual que los doctores, *"aunque ellos tienen más conocimientos"*. Sin embargo se sienten mal tratadas cuando éstas se exceden y las juzgan como únicas responsables de la enfermedad de sus hijos.

> *"...mayormente para resfrío les damos matecito de eucalipto, huamanripa, eso sí aceptan los doctores, algunos no más te ordenan hierbas, otros se molestan..."*

Capítulo VII

Comunicación comunitaria

El estudio ofreció la posibilidad de rescatar de las participantes en los grupos focales y en las entrevistas realizadas[17], información sobre las preferencias y el uso de medios de comunicación, así como un listado de necesidades y recursos comunicacionales existentes en las diferentes zonas. Estos deben ser considerados en el diseño de estrategias locales de intervención comunicativa para la promoción de practicas saludables y el autocuidado de la salud materno infantil[18].

Recursos locales de comunicación

Se encontraron diferencias entre los ámbitos rural y urbano por el tipo de medio de comunicación que utilizan. En la Costa, las usuarias están más acostumbradas al uso de medios masivos como la radio y la televisión; en la Sierra, la radio local y nacional es el medio mas utilizado, acompañada de otros espacios como las ferias, las fiestas cívicas y patronales. El teatro de la calle o teatro popular en la Costa y la Selva parecen ser efectivos. Por otro lado, los altoparlantes son un medio muy generalizado en las zonas periurbanas de las ciudades de la Costa y en algunas de la Sierra y Selva; por lo tanto el uso de este medio para la transmisión de mensajes

---

[17] Información recopilada principalmente a partir de cuatro instrumentos: a) el inventario de recursos comunicacionales comunitarios, b) la entrevista a los prestadores); c) los grupos focales (Formulario 07); y d) las entrevistas a los directores generales y coordinadores de programas y de IEC de las Direcciones de Salud visitadas. Información complementaria es incorporada a partir de la reunión técnica *Taller de Interpretación de Resultados de la Evaluación/Diagnóstico Rápido de Necesidades de Comunicación* desarrollado en Lima entre el 14 y 16 de mayo de 1997 en la que el Proyecto 2000 se convocó a los equipos de IEC de las 12 Direcciones de salud del ámbito del Proyecto 2000 para discutir los hallazgos del estudio.

[18] Ver Anexo Tabla N° 18.

de salud es potencialmente una alternativa. Estos parlantes son comúnmente colocados o utilizados en los mercados, reuniones, fiestas y actividades comunales.

En el conjunto de los ámbitos del estudio, se han identificado como instancias de intermediación comunicacional a las organizaciones sociales, considerando entre ellas los clubes de madres y los comités del vaso de leche.

Cuadro N° 8

Mezcla de recursos comunicacionales por región y ámbito		
Región	**Ámbito urbano**	**Ámbito rural**
Costa	Radio Televisión Paneles Clubes de madres Ferias Establecimientos de salud Escuelas	Radio Paneles Murales Clubes de madres Comités del vaso de leche Ferias Fiestas Establecimientos de salud Escuelas
Sierra	Radio Televisión Clubes de madres Perifoneo Ferias Murales	Radio Perifoneo por alto parlantes Ferias Charlas Teatro
Selva	Radio Televisión Paneles Teatro Ferias Comités del vaso de leche Clubes de madres	Radio Teatro Perifoneo por alto parlantes Reuniones comunales Fiestas Ferias Líderes nativos

Canales de comunicación desde la perspectiva de las usuarias

El intercambio de opiniones entre las participantes en los grupos focales, sobre sus expectativas respecto a los canales por los cuales les gustaría recibir información sobre salud, da como resultado un marcado interés y preferencia en procesos de comunicación interpersonal, grupal y actividades de promoción. Esto nos estaría diciendo que todo proyecto que aspire a introducir innovaciones a nivel local o comunitario debe tomar en cuenta estas preferencias.

Cuadro N° 9

Canales de comunicación en la percepción de la usuaria								
	Medios		Espacios		Eventos		Organización	
Situación/ Referencia	Actual	Deseada	Actual	Deseada	Actual	Deseada	Actual	Deseada
Alta	Radio Afiches	Comunicación Interpersonal	Establecimiento de salud	Establecimiento de salud	Charlas	Charlas Promoción		
Media	Folletos TV Perifoneo	Folletos Afiches Radio		Mercado		Ferias	Clubes de madres Comités de vaso de leche	Clubes de madres
Baja	Láminas Muestrario Video Volante	Video Perifoneo	Consulta Mercado Colegios Calles	Sala de espera Colegios	Ferias			

Este perfil de medios percibidos y deseados no se repite en la mayoría de las regiones estudiadas, confirmando que las mezclas de medios son diferenciadas por ámbitos, tal como afirman los especialistas de comunicación de las regiones entrevistados durante la investigación

Situación actual de los canales

Los medios de comunicación más usados en los ámbitos estudiados, se caracterizan por su bajo costo y la percepción de una menor dificultad en su manejo. Entre estos recursos comunicacionales se encuentran: las charlas, afiches, folletos y radio.

Hay un segundo grupo de canales, de mediano uso, estos son: folletos, espacios organizados como clubes de madres, televisión y perifoneo. Se trata de medios

Cuadro N° 10

Canales de comunicación referidos por las usuarias (Grupos Focales)	
Referencia alta	Charlas Radio Afiches Establecimientos de salud
Referencia media	Folletos Clubes de madres, comité de vaso de leche Televisión Promoción Perifoneo
Referencia baja	Consulta Láminas Mercado Colegios Ferias Muestras Video Volantes Calles

que son más difíciles de manejar como la televisión, o que significan una inversión de recursos, como los folletos, o que requieren de una mayor inversión de tiempo como la vinculación con los espacios de organización social.

Un tercer grupo de canales, los de bajo uso, lo conforman espacios como: mercados, colegios, ferias, volantes, calles.

Los canales de comunicación referidos en los grupos focales son expresión de los criterios de selección de medios aplicados en las regiones. Los medios de mayor referencia son aquellos que se caracterizan por el bajo costo y la menor exigencia para su manejo. Charlas, afiches, folletos y radio, son medios de bajo costo, que exigen un menor conocimiento tecnológico para manejarlos.

En relación a las charlas, su empleo supone dos aspectos que deben ser objeto de reflexión: a) son un medio poco atractivo visualmente, el tratamiento de las mismas por lo general es informativo y reproducen una interacción vertical que viene desde la escuela y no favorece procesos de empoderamiento en las usuarias; b) por otra parte, son de fácil manejo y potencialmente muy interactivo, pudiendo ser el espacio para recoger la posición de las usuarias, sus dudas, sus temores y responder a ellos con el impacto que sólo la interacción cara a cara puede dar.

Los afiches y folletos son igualmente medios de bajo costo, sin embargo, la atomización de su producción en las diversas subregiones eleva sus costos y dificulta la posibilidad de establecer un proceso de producción de materiales de largo plazo. La diversidad del material impreso tampoco contribuye a desarrollar identidad corporativa en los mensajes de salud del MINSA, compitiendo entre si por la atención de una audiencia ya bastante confundida con sus problemas de salud.

Y la radio, medio reconocido como el de mayor penetración en el país, ha mostrado su accesibilidad para transmitir mensajes de salud. Los trabajadores de salud tratan regularmente con la gente de radio. Juntos producen formatos más bien convencionales como la entrevista y el spot de convocatoria, pudiendo pasar a formatos que tienen que ver con el sociodrama o el spot de motivación.

En general, hay otros criterios de selección de medios que no son tomados en cuenta:

a) Conveniencia del medio para los objetivos y potencial educativo: hay medios y formatos de mayor capacidad educativa que el tríptico, como el folleto-cuaderno o el radiodrama, que requieren mayor elaboración.

b) Frecuencia posible: un sistema de promoción comunitaria utilizando líderes locales capacitados y empoderados para difundir conductas saludables, conducidos por trabajadores de salud sobrepasaría el procedimiento de charlas convencionales.

c) Credibilidad: Tampoco se percibe una preocupación por seleccionar los medios y espacios en razón de este criterio.

Si consideramos que los principales criterios para la selección de medios son:

- Cantidad de audiencia cubierta
- Conveniencia para el objetivo de comunicación
- Costo
- Frecuencia posible
- Credibilidad
- Potencial educativo
- Capacidad para manejar el medio

Se podría afirmar, que en los ámbitos estudiados priman los criterios de costo y capacidad para manejar el medio, lo cual supone la posibilidad de desarrollar un conjunto de capacidades para optimizar el manejo de medios en función de criterios que posibiliten una mayor cobertura y efectividad.

En general, de parte del proveedor de servicios de salud, no hallamos clara conciencia de planificar estratégicamente el uso o conveniencia de medios, ni de potenciar el empleo de los recursos comunicacionales presentes en la población. En este sentido, por ejemplo, se podría realizar un sistema de **promoción comunitaria** con el aporte de los líderes locales capacitados para difundir conductas saludables.

Es numerosa y diversa la cantidad de materiales educativo comunicacionales en salud recogidos de los ámbitos de estudio. Esta diversidad de mensajes y medios, carentes de un estilo identificatorio, no contribuye a desarrollar una identidad del MINSA, frente al gran segmento de beneficiarios de la salud pública. Debieran ser uniformes para no aparecer como compitiendo entre sí, a fin de llamar la atención de una misma audiencia, tal como se presenta hoy esta comunicación comunitaria.

Los mensajes emitidos desde el MINSA se caracterizan por su bajo costo de elaboración, en percepción de los usuarios entrevistados al respecto. Notan también falta de especialización y de capacidad en el manejo de medios. Se impone la necesidad de desarrollar un conjunto de capacidades que permitan optimizar el manejo de medios, en función de los importantes criterios que requieren los mensajes de salud; se lograría con ello mayor cobertura y efectividad de impacto de los mensajes, de los cuales aún no se han realizado evaluaciones, ni medición de impacto.

Canales. Situación Deseada

El análisis, de la información que se presenta en el Cuadro N° 11 permite apreciar que las expectativas por parte de las usuarias respecto a canales, son principalmente interpersonales: Charlas, Comunicación Interpersonal, Establecimiento de salud, Promoción, Visita domiciliaria.

Sin embargo, en las expectativas de referencia media podemos encontrar una mayor mención a folletos, es decir, de material individual para ser llevado a casa. Y referencia a espacios sociales mercados, clubes de madres y ferias.

La menor referencia al video, sala de espera, colegios, y perifoneo, puede tener diversas razones: no reconocer a la sala de espera o la emisión de mensajes a través de alto parlantes (perifoneo) como medios, o al desconocimiento de las posibilidades del video como instrumento educativo.

Cuadro N° 11

Referencia de canales deseados para la emisión de mensajes de salud	
Referencia alta	Charlas Comunicación interpersonal Establecimiento de salud Promoción, visita domiciliaria
Referencia media	Folletos Afiche Radio Mercados Clubes de madres Ferias
Referencia baja	Video Sala de espera Colegios Mensajes para varones Perifoneo
Ninguna referencia	Consulta Láminas, rotafolio

La promoción de la salud se realiza de diferentes maneras en cada una de las Direcciones de Salud participantes del estudio.

Las organizaciones sociales de base son a nuestro entender un recurso, que junto con las ONG, los gremios y las Juntas Vecinales, participan activamente en la promoción del trabajo.

En las zonas rurales prima la organización de ferias, fiestas cívicas que son momentos de promocionar eventos de salud; actos deportivos y fiestas patronales. También destacan las actividades realizadas por los Agentes Comunitarios de Salud.

Otros actores del proceso de promoción de la salud son los directores regionales, quienes al haber sido entrevistados para el presente diagnóstico, hicieron referencia a la importancia y la necesidad de la comunicación para orientar esfuerzos hacia la comunidad. No muestran sin embargo, una posición referida a la IEC, -Información, Educación y Comunicación-, lo cual entendemos, significa el reconocimiento de una carencia y una dificultad para continuar las acciones de comunicación en los programas, por no contar con personal especializado que pueda sostener una unidad de investigación y producción de actividades de comunicación.

Los temas presentes y los temas deseados

Respecto a los temas de los materiales de IEC principalmente recordados por la audiencia estudiada, se puede distinguir tres temas de alta referencia; planificación familiar en primer lugar, seguido de neumonía y papanicolaou; y con menor referencia, rehidratación y diarrea, sarampión, vacunas, y cuidados durante el embarazo. Temas con muy poca frecuencia de recordación fueron, el cólera, crecimiento y desarrollo y nutrición.

Según las investigaciones en comunicación, se considera que el interés de la audiencia por un tema específico, tiene una relación directa con el conocimiento del mismo. Es decir, tener conocimiento sobre un tema permite que la usuaria incremente continuamente su información sobre éste y, es así como se genera a su vez más interés, formándose entonces una espiral de conocimiento.

Por esta razón, no es de extrañar que temas como el cólera, cuidados durante el embarazo, SIDA, Hepatitis, tifoidea, bronquitis no sean mencionados o recordados, debido a que aún es baja la información sobre éstos entre las usuarias entrevistadas.

El tema más demandado es planificación familiar, le siguen la neumonía, la deshidratación/diarrea y el Papanicolaou. No obstante, hay que considerar que son estos temas los que han sido más promocionados.

Finalmente, el hecho de que no se haga referencia a temas como vacunas/inmunización, sarampión y nutrición, podría interpretarse como que existen ya estrategías

desde el Ministerio de Salud que aseguran que estas medidas de protección de niños menores de un año se llevan a cabo; como son los constantes barridos de las campañas de vacunación casa por casa. No obstante, esto nos lleva a pensar en la necesidad de estrategias de comunicación que contribuyan a acompañar dichos procesos en términos de información a las madres sobre efectos o reacciones hacia algunas vacunas, o a la necesidad de la culminación de las dosis que aseguran un niño protegido antes del año.

Uso de los mensajes de salud por las usuarias

En referencia a los materiales de IEC, las usuarias participantes de los grupos focales mencionaron dos usos básicos:

Ayudan; en el sentido que brindan información para el cuidado de su salud y la de los miembros de la familia:

> *"Nos ayuda por decir como cuidar a nuestro niño, por decir yo recibí un folleto del cólera, cómo prevenirnos, cómo tener, cómo prevenir a nuestro niño más que todo."*
>
> *"Para prevenir señorita de la neumonía, de la diarrea en nuestro niños, no; junto con las vacunas todo." (Ancash)*

Explican una conducta

> *"Nos explican para no llenarnos de hijos señorita."*

Y en menor medida refieren funciones como:

> Prevención
>
> *"Claro me ayudan a tomar consciencia y también para uno mismo le sirve porque en qué situación nos encontramos hoy en día, que a veces el sueldo de lo que trabajamos ya no nos alcanza para poder mantener más hijos, así es." (Huancavelica)*

Enseñanza

"Para aprender más señorita." *(Ancash)*

Si se considera un modelo de elaboración de mensajes que tenga en cuenta los siguientes componentes básicos:

- Las necesidades de la audiencia
- Presentar el beneficio a la salud de la nueva actitud o conducta ofrecida
- Establecer argumentos de apoyo
- Convocar a la acción

Se podria afirmar, que los mensajes son percibidos en función de dos de las cuatro características: ayudan a la audiencia y convocan a la acción.

Este es un uso esencialmente informativo. Cabe resaltar que los aspectos afectivos del mensaje comprendidos en la presentación del beneficio a la salud y en la argumetación no son destacados. Por otra parte, este reconocimiento de funciones, esencialmente de respuesta a necesidades y de llamado a la acción, soslaya procesos esencialmente formativos de una cultura de la salud, como reconocimiento de beneficios y establecimiento de argumentos de apoyo. Los usuarios no sienten que se educan con los mensajes, no hay un uso instrumental de los mismos, sino meramente consumatorio.

Esto se ilustra en las siguientes citas de los grupos focales:

"Para cuidar a nuestros hijos, abrigarlos y de alguna manera saber atender a los hijos cuando tengan alguna enfermedad no, por ejemplo la diarrea." (Huancavelica)

"Por ejemplo cuando uno escucha por las radioemisoras ya sabemos cuando van a haber campañas de algo para ir. Si el hijo de uno estás con una transpiración muy fuerte, entonces ya tenemos que estar en alerta." (Puno)

"La consulta es cuando tu entras y hablas con el médico no cierto, o con la enfermera, …. quiere explicar más te da un folletito y te explica, mira acá en el folleto dice tal cosa, o saca sus laminas grandes para que vean ¿no?.. ¿ No hacen eso?" (Puno)

Conclusiones

El Diagnóstico de Necesidades de Comunicación ha constatado y revelado una serie de aspectos de la comunicación tanto al interior de la consulta como entre los establecimientos de salud y la comunidad.

Algunos de los resultados descritos en las páginas anteriores podrían haberse supuesto de manera empírica, a partir de la cotidianeidad del trabajo, pero el importante esfuerzo de diagnóstico impulsado a iniciativa del Proyecto 2000, permite definir con información más cercana a la realidad, líneas de trabajo y estrategias específicas dirigidas a cubrir las necesidades identificadas y apuntalar un servicio con equidad, eficiencia y calidad.

Características de los establecimientos

1. Las usuarias de los servicios reconocen que los establecimientos de salud han cambiado para mejor, expresiones como *"están bonitos"*, *"están lindos"*, manifestados por participantes de los grupos focales y los entrevistados a la salida de las consultas nos indican que se percibe un cambio positivo con respecto a la apariencia de los locales.

2. Algunos establecimientos cuentan con mobiliario tal vez precario o escaso, especialmente en los puestos de salud de zonas o comunidades rurales. No obstante es interesante también observar que es precisamente en estas comunidades en donde el trabajo comunal organizado contribuye y colabora con el establecimiento de salud a través de aportes que realiza donando/prestando muebles y enseres.

3. Por otro lado, se puede apreciar el esfuerzo de las Direcciones de los Programas a Nivel Central por promover el cuidado de la salud y prevenir la enfermedad a través de la producción de una gran variedad piezas comunicativas (afiches, folletos, carteles, rotafolios, etc.). En algunos casos dichos materiales identificados en los diferentes establecimientos visitados durante el estudio, no guardaban correspondencia con las caracteríticas culturales locales. También, se recogieron muestras de materiales producidos localmente, con adaptaciones o diseños originales que constituyen un importante esfuerzo de promoción y difusión.

4. El uso de los medios electrónicos de comunicación (televisor, reproductora de VHS, sistemas de perifoneo interno) para hacer emisión y promoción de mensajes de salud en las salas de espera de los establecimientos de salud, no está muy difundido. Escasamente se encontró algún establecimiento que lo usara de esta manera y es que los pocos establecimientos que contaban con este equipamiento lo usaban básicamente para actividades de capacitación, por lo que el equipo estaba en custodia en la dirección. Esto pone de manifiesto la necesidad de considerar la posibilidad de contar con equipo electrónico para las unidades/coordinaciones/oficinas de capacitación así como para las unidades/coordinaciones/oficinas de IEC de los establecimientos. Pero no sólo es importante tener el equipamiento si no, además, dotar de material a los establecimientos para contar con mensajes que difundir.

Características de las consultas

1. El tipo de servicio en las consultas observadas sugieren que la atención infantil (tanto de Niño Sano como de Niño Enfermo) es el principal motivo de visita a los establecimientos de salud en las regiones investigadas, seguido de servicios de planificación familiar. Estos resultados no son diferentes de otros estudios realizados en países de América Latina, en donde las políticas de salud han estado dirigidas a la promoción de la salud materno-infantil, particularmente enfocada al cuidado

prenatal, del parto, las inmunizaciones y nutrición infantil así como a la planificación familiar. Este resultado sin embargo, nos sugiere la importancia de promover con intensidad la utilización de servicios más amplios de salud reproductiva, tanto entre mujeres como hombres de las zonas incluidas en el estudio. Para propósitos de la intervención de comunicación, los resultados señalan la necesidad de introducir los servicios de salud reproductiva entre la población de las comunidades a fin de que se conozcan y se promueva la visita a las unidades de salud en busca de dichos servicios.

2. Los hallazgos de este estudio, asi como de otros sobre demanda de servicios, han encontrado que los hombres hacen poco uso de éstos comparados con las mujeres. Algunas de las interpretaciones que se han dado a estos hallazgos, además de las razones propias de género (enfermedades de la mujer), son la inconsistencia de horarios entre el servicio de salud y las jornadas de trabajo, pero también se ha señalado, la falta de promoción de servicios dirigidos a hombres y la falta de conocimiento de problemas de salud propios del varón. Asimismo, los resultados indican que es importante elaborar mensajes dirigidos a los varones, propiciando mayor involucramiento en las acciones de salud de su familia y de la comunidad .

Con respecto a las características de la consulta misma, es importante destacar los siguientes puntos:

1. De los tres componentes investigados, las acciones de participación de la usuaria son las que se observaron en menor proporción. Esto implica que la intervención de comunicación comunitaria debe promover y/o reforzar la autoestima entre la población de las comunidades, promoviendo una participación más activa en acciones de salud tanto a nivel familiar, como en búsqueda y uso de los servicios de salud.

2. Existe una asociación positiva entre el número de acciones de interacción y el número de acciones de empoderamiento de la usuaria, es decir, a ma-

yor número de acciones de interacción por parte del proveedor, mayor número de acciones de empoderamiento. Este resultado es de gran importancia para elaborar estrategias orientadas a la mejora de la calidad en la comunicación interpersonal. Este resultado implica que, en la medida en que el proveedor de servicios desarrolle un ambiente de comodidad y de confianza para la usuaria, es decir que exista mayor interacción socio-emocional (rapport) entre ambos, mayor será la participación de la usuaria en la consulta, lo cual, de acuerdo con el marco de referencia del estudio dará como resultado una usuaria satisfecha y comprometida con la atención de su salud, la de su familia y la de su comunidad. Para propósitos de la intervención esto implica reforzar la práctica de interacciones socio-emocionales (rapport) por parte del proveedor en todo tipo de consultas y con todo tipo de usuarias.

Conclusiones de la "triangulación" y lectura del proceso de interacción en la consulta:

1. La usuaria de los servicios materno infantiles en las áreas del estudio "percibe" el entorno en que se desarrolla la interacción con el proveedor y es "capaz de recordar" no sólo acciones objetivas y concretas de la interacción, sino incluso los aspectos emotivos de la misma. Es decir, que el buen trato por parte del proveedor es "percibido por la usuaria y ciertamente revivido" como parte de sus experiencias con el sistema de salud, lo que en su momento le motivará y o desmotivará a hacer uso de los servicios en el futuro. En este sentido, la intervención debe poner especial énfasis en que los proveedores sean conscientes del impacto que su comportamiento puede tener en la utilización futura de los servicios de salud por parte de la población.

2. Los proveedores saben que las interacciones socioemocionales (rapport) le apoyan en su comunicación con las usuarias de los servicios y le facilitan su participación y comprensión durante la consulta. Sin embargo, los resultados muestran que la práctica de estas habilidades no se realiza en forma constante, debido quizás a que el proveedor no es

consciente del valor de estas habilidades. En este sentido, el diseño de la intervención debe resaltar la importancia de estas habilidades en la interacción y enfatizar su práctica constante.

3. Finalmente, cabe resaltar que en la medida en que los proveedores muestren mayor empatía e interacción soci-emocionales (rapport) con la usuaria, ellos mismos estarán creando al "paciente ideal" que muchos describen, como más participativa y menos reacia a dejar su "propia idiosincrasia" y aceptar las indicaciones del proveedor. *"Uno hace al paciente ideal, cada paciente es un mundo, lo difícil a veces es llegar a ellos"* (proveedor de la sierra).

Aspectos de satisfacción de la usuaria

El estudio ha permitido identificar siete elementos en el servicio que producen satisfacción en la usuaria : 1) relación con el proveedor (oportunidad de interacción, nivel afectivo); 2) confianza / empatía; 3) seguridad (diligencia, disponibilidad y disposición del proveedor, tipo de proveedores que inspiran seguridad); 4) competencia/ destreza técnica; 5) elementos tangibles (medicina, contexto, atmósfera); 6) información; y 7) referencia/seguimiento .

De manera simultánea se ha podido identificar aquellos elementos que son causa de insatisfacción de la usuaria; 1) mala relación con el proveedor; 2) desconfianza; 3) falta de diligencia; 4) falta de competencia; 5) elementos tangibles (escasez); 6) inseguridad; 7) problemas de información; y 8) falta de referencia/seguimiento.

Es importante resaltar, en este esfuerzo por identificar los elementos de satisfacción e insatisfacción de la usuaria, el valor que tiene el componente de relación en la consulta, estrechamente vinculada a la afectividad y el buen trato. El análisis de los grupos focales ha permitido llegar las siguientes conclusiones:

1. La relación entre la usuaria y el proveedor de servicios es una realidad **compleja y dinámica**, que no puede definirse en términos simplistas Tanto los tipos de interacción, como los resultados con respecto al

empoderamiento de la usuaria, muestran una gama de posibles acciones, interacciones e internalizaciones que pueden jugar, ya sea un papel positivo o un papel negativo en el proceso de comunicación proveedor-usuaria. [19]

2. Para comprender las causas de la resistencia al uso de los servicios, se debe considerar las expectativas de las usuarias: sus experiencias pasadas con el servicio, lo que han escuchado con respecto a dichos servicios, y sus necesidades percibidas.

3. Las usuarias de los establecimientos del MINSA, aún en las zonas más lejanas y de bajos recursos del país, tienen una idea (a veces bastante clara), y distintos grados de consciencia, con respecto a sus responsabilidades y derechos en lo que concierne a su salud y tienden a saber lo que quieren y lo que les corresponde obtener en un servicio de salud de calidad. Esta/os usuarios/as intentan, en distintas medidas, obtener en los establecimientos de salud lo que necesitan y lo desean tanto a nivel de trato (vgr. nivel de interacción y nivel socio-afectivo) como de tratamiento (vgr. competencia técnica, insumos, equipamiento ¼).

4. El análisis de los elementos que producen la satisfacción o la insatisfacción de la usuaria, permite apreciar que ambas están íntimamente ligadas a las oportunidades de interacción con el proveedor, así como la interacción socio-emocional (rapport) que se establezca entre ellos. En segundo lugar, pero también de manera importante, entran en juego los juicios de valor de las usuarias con respecto a la competencia técnico-profesional del proveedor y a la disponibilidad de elementos tangibles necesarios para un tratamiento exitoso.

---

[19] Siguiendo el modelo de Szasz y Hollander, reconocemos que incluso en algunas ocasiones el PS debe "bloquear" la comunicación con la/el cliente si esto redunda en un mejor tratamiento, por ejemplo, en casos de suma emergencia o en los que la/el paciente está en coma. Por otro lado, nos damos cuenta de que el papel de "desbloqueador" de la comunicación del PS, como lo hemos llamado en este informe, puede en efecto ser un signo positivo de su apertura a la comunicación con la usuaria.

5. Las usuarias de los establecimientos de salud del MINSA son seres **senti-pensantes,** son exigentes, humanos y selectivos a la vez. Los criterios con los que evalúan (implícita o explícitamente) los servicios de salud, deben ser tomados en cuenta en el momento de desarrollar estrategias de comunicación interpersonal y comunitaria para mejorar la calidad de los servicios del MINSA. Estos criterios aparecen en el siguiente orden en el discurso de los participantes: la confianza y la empatía que logren desarrollar con el proveedor, la seguridad que sientan con respecto al proveedor, la competencia técnico-profesional, la información (completa) que reciban, y el hecho de ser referidas o que se les ofrezca un seguimiento adecuado.

6. Los proveedores poseen indudablemente conocimientos que pueden impartir a las usuarias. La clave -que conducirá al empoderamiento de los actores involucrados en la interacción- está en cómo los proveedores imparten o, más bien, cómo **comparten** estos conocimientos con las usuarias.

7. El estudio ha permitido identificar tres modalidades de interacción en la consulta: a) vertical o de ángulo recto, en ella la interacción se da de manera jerárquica, el proveedor es el elemento activo y dirige la interacción, limitando a la usuaria a un papel pasivo, sin iniciativa. b) la oblicua, en este tipo de interacción el proveedor oscila de una forma de comunicación "directiva" hacia otra mas bien "paternalista" "humanista", en este tipo existe mayor posibilidad de intercambio de roles emisor/receptor, sin embargo la comunicación se encuentra supeditada al proveedor de salud; c) la comunicación horizontal, en que ambos desarrollan una comunicación activa, es esta última la que hace posible el empoderamiento de la usuaria.

8. El tipo de relación más frecuente entre proveedores/usuarias, identificado en el estudio, corresponde a la interacción directiva. Este tipo de interacción constituye en ocasiones un estadio necesario hacia formas de relación más participativas. Sin embargo, este tipo de interacción no facilita necesariamente el empoderamiento de la usuaria (y su corola-

rio, la satisfacción con el servicio), ya que no incentiva su participación activa en la consulta.

9. Los mensajes que acompañan la interacción directiva tienden a ser prescripciones y ordenanzas. De igual manera, los hallazgos del estudio indican que el diálogo y la educación de la usuaria, que son esenciales para operacionalizar la función preventiva en el sistema de salud, parecen estar relegados a un segundo plano por distintos motivos. Existen factores limitantes externos que darían por resultado esta priorización de la curación sobre la prevención -tales como el tiempo y el número de la/os usuaria(os) a atender — así como factores limitantes de orden psicosocial y cultural- tales como las internalizaciones (valores, creencias, formas de ser, de ver y de pensar) de los actores involucrados en la interacción proveedor-usuaria.

10. La usuaria se siente más satisfecha dentro de un tipo de relación horizontal. Este tipo de interacción es la que menos se da, como se ha podido apreciar tanto en la observación de la consulta, entrevistas y grupos focales de las tres regiones, por lo que se le ha denominado "contra-cultura del diálogo." Así pues, sólo en contadas ocasiones se cumplen las condiciones necesarias hacia el logro de "una situación de habla ideal"[20] — más igualitaria y horizontal — que facilite el empoderamiento de la usuaria, y que posibilite el desarrollo de su autoestima, y la adopción de conductas orientadas al auto cuidado de su salud.

11. La participación activa de las usuarias tiene directa relación con la calidad de la atención, la combinación de la interacción socio-emocional (rapport) con la participación activa de la usuaria, facilita su empoderamiento y con lleva a su satisfacción. En este contexto dialógico la prevención de la salud toma mayor importancia.

---

[20] Tomamos prestado los términos acuñados por Jürgen Habermas y nos inspiramos en la epistemología que sirve de base a sus reflexiones sobre la comunicación como proceso dialéctico.

Recursos y Necesidades de Comunicación.

1) Los recursos institucionales del Sector para actividades de información, educación y comunicación se pueden clasificar en: recursos organizacionales/estructurales, financieros, humanos, logísticos, y recursos locales y comunitarios.
Los recursos organizacionales/estructurales son aquellos concebidos al interior de la estructura organizativa de la institución. En este sentido, una de las grandes debilidades del Ministerio de Salud es no tener claro de qué manera incorporar las actividades de educación y promoción de la salud al interior de su estructura.

2) Las instancias responsables de IEC dependen en algunos casos de las coordinaciones de Participación Comunitaria, Capacitación y/o Relaciones Públicas. Existen algunas Direcciones de Salud en las que se han formado oficinas de IEC como es el caso de las DISAs de San Martín, Puno, La Libertad y Tacna siendo ésta ultima bajo otra dirección ejecutiva. El hecho de no contar con estructuras especializadas, en la perspectiva de algunos directores y coordinadores de programas, dificulta la continuidad de acciones de comunicación de los programas, pues no permiten la planificación de acciones, ni estrategias de mediano y largo aliento. Por lo tanto sería pertinente crear una instancia de IEC que posibilite el desarrollo de planes sostenidos de IEC que obedezcan a las necesidades de los planes locales de salud.

3) Por otro lado, en varias de las Direcciones de Salud del ámbito del estudio, se encontró que contaban con personal responsable de las actividades de IEC capacitados para tal efecto; pero desarrollando actividades en los diversos programas. La ausencia de instancias especializadas origina la pérdida de los recursos capacitados y con experiencia. Existen, además, otras modalidades de recursos externos que son contratados específicamente para el desarrollo de actividades puntuales.

4) El Proyecto 2000 se ha preocupado por proporcionar la logística para el desarrollo de actividades de IEC tales como cámaras fotográficas,

retroproyectores de transparencias, megáfonos, monitores de TV y reproductoras de video etc. que contribuyen a facilitar dichas acciones.

Experiencias y necesidades de capacitación

Las experiencias de capacitación en comunicación y educación para la salud reportadas por los entrevistados datan de 1994 con el proyecto *"Comunicación para la Supervivencia Infantil"* llevado a cabo por HealthCom con la asistencia técnica de la Academia para el Desarrollo Educativo y el auspicio de USAID. A estas actividades de capacitación le han seguido iniciativas en el marco de otros proyectos como PASARE-Perú y la de otras agencias como la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, la Agencia de Cooperación Técnica del Japón (JICA), CARE, Pathfinder International, entre otras.

Muy pocos de los proveedores entrevistados manifestaron haber recibido capacitación en algún aspecto de comunicación, ya sea comunicación interpersonal o promoción de la salud a nivel comunitario. Dichos proveedores tienen grandes expectativas al respecto de la capacitación en habilidades de comunicación, en especial de comunicación interpersonal. Los proveedores consideran y reconocen la importancia del entrenamiento en técnicas que les permitan entenderse mejor con la(os) usuarias(os) *"...como llegar a la gente..."* tanto al interior de la consulta como en una *"...charla educativa..."* Algunos manifiestan que los sistemas de capacitación del MINSA han colapsado, y demandan nuevos métodos de capacitación y de aproximación a contenidos.

Recomendaciones para el diseño de una intervención

> *Un buen servicio ya no basta...El cliente es quien debe guiar su diseño, operación y evaluación.*[21]

> *Yo quisiera agregar algo...Sería importante pues que se complemente al personal de salud, que les den charlas, seminarios de las relaciones o sea, no discriminar a nadie...*[22]

La politica de modernización del sector salud propugna alcanzar los servicios de salud a la población en términos de calidad, equidad y eficiencia. Entendida la calidad como *un sistema organizado en función del cliente, refundado con su ética y cultura institucional, fiel a su misión institucional, practicante del culto a la excelencia en el cumplimiento del servicio*[23].

Los resultados del estudio, han permitido identificar los elementos que permitirán enfocar el diseño de la intervención de comunicación en torno a dos ejes: 1) en relación a las necesidades y expectativas de las usuarias, desarrollar estrategias apropiadas de capacitación en comunicación interpersonal dirigidas particularmente a los proveedores de servicios y — de manera indirecta — a las usuarias y; 2) en relación a la comunicación comunitaria, diseñar intervenciones que

---

21 BERRY, Leonard; *La Entrega de un servicio de calidad.*

22 Participante en un grupo focal en la Sierra.

23 MINISTERIO DE SALUD, *Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000*. Lima, Perú, 1996, pág. 32.

incrementen los niveles de información de la población sobre aspectos de la salud materno infantil y perinatal y servicios de salud disponibles en la comunidad.

a) Comunicación Interpersonal:

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Gracias al conocimiento respecto a las expectativas y necesidades de las usuarias en relación a la calidad de atención, se presentan a continuación las siguientes recomendaciones:

1. Desarrollar estrategias de comunicación dirigidas a superar las barreras que limitan la continuidad y/o uso de los servicios del MINSA, tomando como base el conocimiento adquirido sobre las determinantes claves de las expectativas[24] de sus usuarias actuales y potenciales.

2. Difundir los resultados del estudio, entre los proveedores y equipos de gestión del nivel central y local del MINSA, con el objetivo de enriquecer el conocimiento para la toma de decisiones , sobre el mantenimiento y/o mejora de la calidad de atención brindada a las usuarias en las distintas regiones del país.

3. Con la finalidad de mejorar la calidad de atención a las usuarias, se propone una estrategia de capacitación en comunicación interpersonal que tenga en cuenta los siguientes elementos:

   a) Tomar en cuenta las expectativas y necesidades de las usuarias y sus criterios de evaluación de los servicios con la finalidad de mejorar la calidad de atención. Tanto los resultados de grupos focales, como los de las tres lecturas del proceso, muestran una usuaria que es perceptiva

[24] Estos determinantes engloban las experiencias previas de las usuarias, las experiencias de terceros, y los mensajes provenientes de los establecimientos.

del trato del proveedor y es capaz de recordar eventos o acciones "deseables" por parte del proveedor pero no presentes en la consulta.

b) Usar como línea conductora y principio de base, aquello que ha sido identificado como núcleo de la satisfacción y empoderamiento de la usuaria, es decir, el **aspecto afectivo** de la interacción que propicia su participación activa en el proceso de comunicación con el proveedor. Los resultados del estudio demostraron que existe una *retroalimentación* entre acciones de rapport socioemocional y participación de la usuaria.

c) Tener en cuenta el hecho de que se tendrá que vencer resistencias entre los proveedores, y que el cambio rápido y rotundo de un día para otro, tal vez no sea el más auténtico y durable. Veremos los resultados de este esfuerzo de capacitación, a mediano y largo plazo. La capacitación debe, sin embargo, considerar que, algunos de los proveedores poseen varias de las habilidades deseables de comunicación interpersonal, y la capacitación debe apoyar el reconocimiento de tales habilidades y propiciar su práctica más constante. El monitoreo y seguimiento serán, en este sentido, piezas claves que ayudarán a consolidar los cambios que se generen en el proceso de capacitación.

d) Ofrecer en los talleres dirigidos a los proveedores, el bagaje de conocimientos obtenidos en el marco del presente diagnóstico, sobre las expectativas y necesidades de la usuaria. Este conocimiento los ayudará, en términos generales, a relacionarse mejor con las usuarias en el futuro y a entender que la calidad de su interacción con ellas, tiene repercusiones para la utilización futura de los servicios por parte de la población y por consiguiente de las condiciones de salud de la comunidad.

e) Proporcionan a los proveedores herramientas que los ayuden, cuando sea necesario, a armonizar sus habilidades técnicas con su capacidad de desarrollar una interacción socio-emocional (rapport)

con la usuaria, y promover la toma de consciencia de su papel, en lo que respecta al empoderamiento de la usuaria y a la utilización futura de los servicios por parte de la población. La capacitación deberá incluir ejercicios que refuercen los aspectos de escucha activa, así como técnicas y procedimientos para facilitar el diálogo proveedor-usuaria. Todo esto con la finalidad explícita de **facilitar el empoderamiento de la usuaria**, lo cual redundará en el desarrollo y/o reforzamiento de la autoestima, el sentimiento de autoeficacia (capacidad de ejercer exitosamente la habilidad demandada) y la autonomía crítica de los dos polos de la interacción.

f) Usar dinámicas de grupo e individuales que lleven a la reflexión y auto-reflexión sobre los valores y modos de interacción preponderantes en el medio, y aquellos que resultan ser los más adecuados en determinadas circunstancias y para el logro de determinados objetivos. Esto requerirá la participación activa de los proveedores en los talleres, así como el énfasis constante en la valoración de la participación de la usuaria durante una visita o consulta.

g) Trabajar durante la capacitación las causas que, desde los proveedores y usuarias, podrían estar impidiendo el proceso de empoderamiento, y proponer ejercicios de reflexión y auto-reflexión sobre la imagen de sí mismo y del otro (incluyendo modos de ser, de pensar, de actuar, conocimiento y prejuicios con respecto al otro y a uno mismo) que ayuden a disminuir la distancia psicosocial entre el proveedor y la usuaria.

h) Resaltar la importancia de los aspectos culturales en la comunicación. Es clave que los proveedores sean *"formados valóricamente"* en el respeto a las expresiones culturales locales, entre ellas la medicina tradicional. Esta perspectiva contribuye a la autovaloración y auto-eficacia que debe ponerse en relieve durante el proceso de capacitación.

i) Apoyar la elaboración de estándares de calidad de atención haciendo uso de las categorías emergentes del discurso de los participantes en los grupos focales como *Relación, Confianza, Empatía, Competencia Técnica, Seguridad, Elementos Tangibles* que, como hemos visto, encuentran su sustento en investigaciones previas y que constituyen criterios de evaluación de la calidad de los servicios del MINSA desde el punto de vista de la usuaria.

j) Toda propuesta de estrategia de capacitación debe ir acompañada de políticas que la apoyen y la sustenten dentro de un proceso de desarrollo más global y a largo plazo. El reconocimiento y apoyo de la propuesta dentro del sistema de salud pública resulta sumamente importante para, incentivar a los proveedores dentro de un proceso de cambio, y para institucionalizar la propuesta y asegurar su buen funcionamiento a largo plazo. El sistema adoptaría así una "cultura de calidad".

- Ofrecer la capacitación dentro del marco Programa de capacitación materno-infantil u otros sistemas de perfeccionamiento de los proveedores existentes, con la finalidad de asegurar su institucionalización dentro del sistema.
- Desarrollar estándares de calidad de atención como parte de la política de intervención y de la evaluación de las labores de los prestadores(as) en los establecimientos del MINSA (aspecto de la normatividad dentro del sistema).
- Establecer un sistema de incentivos para los proveedores con la finalidad de asegurar una mejor receptividad del programa de capacitación, valorando los esfuerzos del personal en este sentido y aumentando su sentimiento de auto-eficacia (aspectos de valoración y auto-eficacia personal).

INTERVENCIÓN DE COMUNICACIÓN COMUNITARIA

1. Que los programas de comunicación a nivel comunitario: a) difundan entre la población aspectos de salud materno-infantil y reproductiva

del varón y de la mujer; b) promuevan la utilización de los servicios de salud en estos campos; y c) refuercen los niveles de autoestima/ empoderamiento de la población en la comunidad contribuyendo así a la construcción ciudadana.

2. Promover la participación más activa del varón en acciones de salud de su familia y de la comunidad. Los resultados del estudio demostraron una vez más que los hombres son los que menos utilizan los servicios de salud. Si bien esto puede explicarse por el cruce de horarios del servicio con jornadas de trabajo, también puede ser el resultado de un servicio que promueve principalmente la atención materno infantil y no invita al varón a acercarse.

3. Hacer uso de los diferentes medios y espacios de comunicación local, para la emisión de mensajes en forma efectiva a los grupos objetivo. Igualmente, propiciar espacios que faciliten el intercambio de información sobre salud entre la población, como medio para reforzar los mensajes que se difundan a través de medios masivos de comunicación. Esta práctica propicia además un mayor acercamiento entre los servicios de salud y la comunidad.

4. La capacitación en Comunicación Comunitaria debe tomar en cuenta los ejes temáticos de interés e importancia a nivel local, en el marco de de una estrategia de planificación de la comunicación comunitaria para la promoción y el autocuidado de la salud. El proceso incorpora los siguientes pasos:

   - Identificación (diagnóstico) de los problemas de salud.
   - Investigación de audiencia.
   - Definición de objetivos de comunicación.
   - Selección de medios, canales y redes comunitarias.
   - Diseño de mensajes y actividades.
   - Validación de los materiales con la población.
   - Programación.
   - Aplicación.

5. El objetivo de la capacitación debe de estar orientado a desarrollar fortalezas en las Direccciones de Salud para que ellas puedan planificar y gestionar sus propias estrategias de promoción de la salud materno-infantil.

6. Las estrategias locales de comunicación comunitaria deben focalizarse en contenidos que para el país son relevantes y que se vienen trabajando en el marco el Proyecto 2000, como son:

   - La reducción de la mortalidad materna y perinatal. Lo que supone estrategias de: Promoción del control pre natal; difusión de los signos de alarma durante el embarazo,parto y puerperio, cuidados del recién nacido y promoción del parto institucional

   - Reducción de la mortalidad infantil por infección respiratoria aguda (IRA) y enfermedad diarreica aguda (EDA). En términos de contenido las estrategias deben: Educar a los padres sobre la manera de identificar los signos de alarma de la neumonía en niños menores de cinco años, promoviendo su inmediato traslado a un establecimiento de salud; educar a los padres sobre manejo de la infección respiratoria aguda (IRA); educar a los padres sobre el reconocimiento de los signos y síntomas de alarma de la deshidratación severa; educar a los padres sobre manejo de la EDA en casa.

   - Respecto a la salud del niño sano: Promover el control del crecimiento y desarrollo del niño y la vacunación infantil, lograr la culminación de las dosis adecuadas de vacunación para la protección del niño menor de un año.

   - En planificación familiar: Promover los beneficios de la planificación familiar mediante:

     (a) Estrategias de promoción de las diversas opciones anticonceptivas y de la decisión informada.

(b) Estrategias de prevención del embarazo no deseado, dirigidas a jóvenes y adolescentes.

Las estrategias de **comunicación comunitaria** deben tomar en cuenta ciertos principios necesarios para establecer una relación adecuada entre el establecimiento de salud y la comunidad, ello supone considerar los siguientes aspectos:

Autoestima de la Usuaria:

Hay una subvaloración de la importancia de la propia salud y de la salud de la familia (pareja, hijos, etc.) por parte de la usuaria, en función de destinar esfuerzos y recursos a satisfacer necesidades básicas. Esta baja autoestima se ve afectada más aún por la relación poco horizontal entre el proveedor y la usuaria, debido a toda una tradición social que ha priorizado las relaciones verticales.

Empoderamiento de la Usuaria

Las usuarias de los servicios asumen una pasividad frente a la decisión de los proveedores no sólo en la interrelación; sino en su participación en el proceso de conocimiento, decisión y adopción de conductas saludables. El débil empoderamiento de la usuaria no le permite decidir sobre su salud y menos demandar un servicio de calidad. Al no demandar un servicio de calidad, tampoco puede apreciar los cambios positivos que se vienen dando en los servicios, porque considera que estos cambios estan fuera de su esfera de intereses o de su competencia.

Involucrar al varón

La salud materno infantil se ha posicionado en las comunidades como un tema de interés femenino. En la repartición de roles en la pareja, generalmente el hombre no acompaña a su esposa, ni lleva a sus hijos. Se aprecian algunos

cambios en las parejas jóvenes, ello debe ser tomado en cuenta en el diseño de las estrategias de comunicación.

Participación de líderes locales:

Toda actividad de promoción de la salud debe procurar incorporar la participación de autoridades públicas, líderes comunitarios –de organizaciones de base- y líderes de opinión, a fin de conseguir que sean protagonistas activos de la promoción de la salud y de las conductas saludables.

Enfoque interdisciplinario

Las estrategias de comunicación comunitarias requieren la incorporación de diversas y competencias de carácter multidisciplinario para lograr un mayor impacto en la salud comunidad.

Segmentación de audiencias:

Cada segmento de población supone estrategias específicas, por lo tanto, es necesario disponer de información de sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a los diversos temas de salud que abordamos. Esta información es trascendental para la toma de decisiones en la producción y difusión de mensajes. Sin embargo, los proveedores de salud, pese a disponer de gran cantidad de esta información operativa, no establecen una proyección de la misma en sus esfuerzos de promoción de la salud.

Canales múltiples de refuerzo:

En el conjunto de las Direcciones de Salud existen diversas maneras de combinar los medios y canales de comunicación. El adecuado uso de estos recursos en función a su costo, alcance, preferencia, etc, debe posibilitar una ópti-

ma relación costo-beneficio para llegar a la audiencia y alcanzar el impacto deseado.

Observación sistemática y ajustes:

Todo el proceso de comunicación debe sostenerse en el conocimiento producido para tomar decisiones. Se trata de realizar investigaciones formativas para cada etapa del proceso y sobre las distintas experiencias. El conocimiento de las personas, del funcionamiento de los procesos y del impacto de los mismos, enriquecerá cada vez más las habilidades de los equipos locales para desarrollar sus estrategias y será sustento esencial de su autosostenibilidad.

Continuidad:

La continuidad de las acciones de comunicación comunitaria se hace necesaria en razón de que los temas de salud son productos sociales que requieren un constante refuerzo. Las razones de esta continuidad son (a) la pérdida u olvido de los temas, lo cual acompaña una baja en la susceptibilidad percibida respecto a los mismos; (b) las resistencias a los cambios de conducta provenientes de agentes externos como actores recalcitrantes que presionan interpersonalmente contra la aceptación de prácticas saludables; (c) la cultura tradicional, que en ocasiones se resiste al cambio; (d) la incorporación cada año de nuevos individuos al grupo objetivo, con las consiguientes necesidades de IEC para condicionar un cambio de conducta.

Anexos

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
1. AMBIENTE FÍSICO E INSTITUCIONAL		
A. POLÍTICAS Y PRÁCTICAS INSTITUCIONALES		
Procedimientos de consulta especificados en directrices institucionales	Entrevista al Director del Establecimiento Entrevista al Coordinador de Programa de la Región	Cuestionario a Directivos
Apoyo Institucional y Financiero para IEC	Entretivsta al Director de Programa a nivel central	
Apoyo Institucional y Financiero para CIP/C	Entrevista a Director de Establecimiento	Cuestionario a Directivos
Entrenamiento en consulta a los proveedores	Entrevista a Director de Establecimiento Entrevista a Director de Establecimiento Entrevista a Coordinador de Programa de la Región Entrevista a Director de Programa a nivel central Entrevista a proveedores Entrevista a proveedores	Cuestionario a Directivos Cuestionario a Directivos Cuestionario a proveedores
Supervisión y monitoreo de las habilidades de comunicación interpersonal y consejería durante la consulta	Entrevista al coordinador del Programa de la Región	Cuestionario a Directivos
Todo el personal del establecimiento trata a la usuaria de manera amigable	Entrevista a proveedor Entrevista a la usuaria	Cuestionario a proveedores Cuestionario a usuaria
B. AMBIENTE FÍSICO	Observación	Guía de Observación
C. MATERIALES DE IEC		
Existencia de Ayudas y Materiales de Información		
Disponibles en salas de espera	Observación	Guía de Observación
Adecuados	Observación	Guía de Observación
Comprensibles	Grupos Focales	Guía de Pauta
Apropiados culturalmente	Grupos Focales Grupos Focales	Guía de Pauta Guía de Pauta

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería (cont.)

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
2. CONTENIDO Y PROCESO DE LA CONSULTA		
A. ATENCIÓN/SALUDAR Y ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN		
Proveedor saluda a la usuaria respetuosamente	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a Proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedores
Establece una relación cómoda y de confianza para la usuaria	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedores
Asegura privacidad	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedores
B. CONVERSAR CON EL CLIENTE		
El proveedor pregunta: motivo de visita	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
El proveedor ausculta/observa síntomas	Observación	Guía de Observación
El proveedor comenta/explica la auscultación	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
Pregunta sobre el contexto (familiares, sociodemográficas)	Observación Entrevista a usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
Pregunta sobre historia clínica	Observación	Guía de Observación
Escucha atentamente	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería (cont.)

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
C. COMUNICAR AL CLIENTE SUS OPCIONES		
El proveedor indica el tratamiento de manera didáctica	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
El proveedor indica exámenes	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
El proveedor usa materiales de IEC	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedor
D. AYUDA AL CLIENTE A DECIDIR		
El proveedor le pregunta: sobre temores	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedor
El proveedor busca si la usuaria tiene información incorrecta	Observación Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a proveedor Cuestionario a usuaria
El proveedor aclara información incorrecta	Observación Entrevista a proveedor Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a proveedor Cuestionario a usuaria
El proveedor discute con la usuaria las opciones, distinguiendo las convenientes de las inconvenientes	Observación Entrevista a proveedor Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a proveedor Cuestionario a usuaria
El proveedor ofrece el método requerido por la usuaria	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería (cont.)

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
Estimula la decisión de la usuaria	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
Confirma que la usuaria va a seguir el tratamiento	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a proveedor
E. EXPLICACIÓN DEL TRATAMIENTO / USO DEL MÉTODO		
El proveedor explica o demuestra la forma correcta de usar método/ tratamiento	Observación Entrevista a la usuaria Entrevista a proveedor	Guía de Observación Cuestionario a usuaria Cuestionario a proveedor
El proveedor identifica claves para facilitar uso/tratamiento	Observación	Guía de Observación
El proveedor explica posibles efectos colaterales y como resolverlos	Observación Entrevista a usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
El proveedor solicita a la usuaria que resuma la información y el tratamiento propuesto	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
El proveedor utiliza ayudas didácticas para explicar a la usuaria	Observación	Guía de Observación
El proveedor le da material impreso a la usuaria	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
Le pregunta a la usuaria si tiene dudas / preguntas sobre el tratamiento/método	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
F. ACORDAR VISITA DE SEGUIMIENTO		
Programa la visita de seguimiento	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria
Le dice que puede volver antes si tiene preguntas/problemas	Observación Entrevista a la usuaria	Guía de Observación Cuestionario a usuaria

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería (cont.)

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
Le dice que mande a otras personas que tienen problemas similares	Observación	
	Entrevista a la usuaria	Guía de Observación
Refiere a la usuaria a otros servicios si los necesita	Observación	Cuestionario a usuaria
	Entrevista a la usuaria	Guía de Observación
		Cuestionario a usuaria
3. INTERACCIÓN Y EMPATÍA		
El proveedor concentra su atención en la usuaria, sin interrupciones	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
	Observación	Guía de Observación
Hay interrupciones/distracciones frecuentes	Observación	Guía de Observación
Muestra respeto y valora a la usuaria	Observación	Guía de Observación
El proveedor desacuerda, crítica y desautoriza la información que le da la usuaria	Entrevista a usuaria	Cuestionario a usuaria
	Observación	Guía de Observación
Hace principalmente preguntas abiertas	Observación	Guía de Observación
Alienta la participación activa de la usuaria	Observación	Guía de Observación
Pregunta acerca de como se siente en esa situación	Observación	Guía de Observación
Da importancia a las preocupaciones y/o puntos de vista de la usuaria	Observación	Guía de Observación
	Observación	Guía de Observación
El proveedor usa palabras simples para explicar		
Usa comunicación no verbal apropiada (apariencia, postura, gestos, tono, expresión facial)	Observación	Guía de Observación
Usuaria y proveedor se muestran cómodos, en confianza, sin tensión	Observación	Guía de Observación
La información se presenta demasiado rápido como para que la usuaria la entienda	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
	Observación	Guía de Observación
El proveedor hace más de una pregunta a la vez	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
Es una relación que desarrolla con interés y compromiso	Observación	Guía de Observación
No hay dominio de ninguna de las partes (proveedor y usuaria)	Observación	Guía de Observación
	Observación	Guía de Observación

Tabla Nº 1
Indicadores de habilidades de comunicación interpersonal y consejería (cont.)

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
Atmósfera amigable	Observación	Guía de Observación
Se miran a los pojos (proveedor/usuaria)	Observación	Guía de Observación
4. EMPODERAMIENTO		
La usuaria hace preguntas	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria pide aclaraciones, explicaciones o mayor información sobre el tratamiento	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria da respuestas completas	Observación	Guía de Observación
La usuaria expresa temores y preocupaciones	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria proporciona información sin que le sea solicitada	Observación	Guía de Observación
La usuaria cree que ella tiene la responsabilidad y el derecho de participar en la consulta	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria hace preguntas sobre el tratamiento o uso del método	Observación	Guía de Observación
La usuaria repite las instrucciones importantes sobre el tratamiento o método	Observación	Guía de Observación
		Cuestionario a usuaria
La usuaria solicita un tratamiento o método	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria selecciona un método apropiado	Observación	Guía de Observación
La usuaria explica por qué el método/tratamiento seleccionado es mejor para la usuaria	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
La usuaria reacciona a lo que el proveedor dice	Observación	Guía de Observación
El proveedor reconoce como se siente la usuaria	Observación	Guía de Observación
El proveedor hace sentir tranquila a la usuaria	Observación	Guía de Observación
El proveedor tiene una actitud positiva	Observación	Guía de Observación
El proveedor reconoce y refuerza la participación activa de la usuaria	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria
El proveedor da al cliente suficiente tiempo para discutir su situación personal	Observación	Guía de Observación
	Entrevista a la usuaria	Cuestionario a usuaria

Tabla Nº 2
Características de los establecimientos de salud observados

VARIABLES	*HOSPITAL	%C	%L	CENTRO	%C	%L	PUESTO	%C	%L	COSTA	%C	%L	SIERRA	%C	%L	SELVA	%C	%L	# R
A1	12	92	36	13	76	39	8	73	24	7	88	21	23	88	70	3	43	9	33
A2	7	54	32	8	47	36	7	64	32	5	63	23	13	50	59	4	57	18	22
A3	7	54	30	7	41	30	9	82	39	6	75	26	15	58	65	2	33	9	23
A4	5	38	33	6	35	40	4	36	27	5	63	33	8	31	53	2	29	13	15
A5	7	54	30	11	65	48	5	45	22	7	88	30	13	50	57	3	43	13	23
A6	11	85	30	17	100	46	9	82	24	7	88	19	23	88	62	7	100	19	37
A7	10	77	32	13	76	42	8	73	26	7	88	23	18	69	58	6	100	19	31
A8	9	69	35	11	65	42	6	55	23	6	75	23	17	65	65	3	43	12	26
A9	11	85	37	10	59	33	9	82	30	7	88	23	19	73	63	4	57	13	30
A10	12	92	40	13	76	43	5	45	17	7	88	23	19	73	63	4	57	13	30
A11	12	92	34	16	94	46	8	73	23	7	88	20	22	85	63	6	86	17	35
M1	11	85	31	16	94	44	9	82	25	7	88	19	25	96	69	4	57	11	36
M2	12	92	35	15	88	44	7	64	21	6	75	18	23	88	68	5	71	15	34
M3	8	62	40	7	41	35	5	45	25	5	63	25	11	42	55	4	57	20	20
M4	0	0	0	1	6	50	1	9	50	1	13	50	1	4	50	0	0	0	2
M5	6	46	50	6	35	50	0	0	0	3	38	25	8	31	67	1	14	8	12
M6	5	38	56	4	24	44	0	0	0	2	25	22	7	27	78	0	0	0	9
M7	8	62	62	5	29	38	0	0	0	3	38	23	9	35	69	1	14	8	13
M8	7	54	70	3	18	30	0	0	0	2	25	20	8	31	80	0	0	0	10
M9	7	54	64	4	24	36	0	0	0	3	38	27	6	23	55	2	29	18	11
M10	3	23	60	2	12	40	0	0	0	1	13	20	3	12	60	1	14	20	5
TOTALES	13			17			11			8			26			7			

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Leyenda

A1: Señalización
Paredes limpias
A3: Pisos limpios
SS.HH. limpios
A5: Hay agua y jabón en los SS.HH.
Hay área de espera
Salas de espera amobladas
A8: Mobiliario suficiente
Mobiliario en buenas condiciones
A10: Hay fluido eléctrico
A11: Hay consultorios privados
%C: Porcentaje de columna;

M1: Existen afiches/folletos sobre salud pegados en las paredes
M2: Los afiches/folletos presentan enfoques vigentes
M3: La mayoría de afiches/folletos son apropiados culturalmente
M4: Existen folletos disponibles para coger libremente en las salas
M5: Existe televisor en el establecimiento de salud
M6: Existe VHS en el establecimiento
M7: El televisor está operativo
M8: El VHS está operativo
M9: Existe equipo de perifoneo en el establecimiento
M10: El equipo de perifoneo se utiliza también para transmitir mensajes de salud
%L: Porcentaje de línea;
#R: Número de respuestas a cada variable

A2:
A4:
A6:
A7:
A9:

Tabla N° 3
Distribución porcentual de acciones de diagnóstico y tratamiento observadas

Todas las consultas (N=148)

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Ausculta	113	76.4
Pregunta motivo visita	109	73.7
Pregunta sobre historia clínica	106	71.6
Asegura privacidad	94	63.5
Programa seguimiento	93	62.8
Explica resultado de auscultación	77	52.0
Pregunta sobre contexto familiar	69	46.6
Refiere a la usuaria a otros servicios	45	30.4
Explica como detectar síntomas	38	25.7
Aconseja que hacer cuando síntoma	33	22.3
Explica opciones del tratamiento/método	30	20.3
Organiza consulta con materiales de IEC	28	18.9
Pregunta preferencias de métodos	27	39.5*
Explica efectos colaterales tratamiento/método	23	15.5
Ofrece información sobre método requerido	15	26.3*
Indica disponibilidad de métodos	13	21.1*
Lee texto IEC y usa como guía	13	8.8
Entrega material IEC	12	8.1
Explica material IEC	10	6.8

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.
* Solo casos vistos en Servicio de Planificación Familiar (N = 38)

Tabla N° 4
Distribución porcentual de acciones de diagnóstico y tratamiento observadas por tipo de servicio

Consultas de Niño Sano y Recién Nacido (N=50)

Acciones	Porcentaje
Pregunta sobre historia clínica	80
Ausculta	80
Programa seguimiento	74
Pregunta motivo visita	60
Explica resultado de auscultación	58
Asegura privacidad	44
Pregunta sobre contexto familiar	44
Explica como detectar síntomas	34
Aconseja que hacer cuando síntoma	30
Refiere a a usuaria a otros servicios	30
Organiza consulta con material de IEC	28
Lee texto IEC y usa como guía	22
Explica opciones tratamiento/métodos	18
Entrega material IEC	16
Explica material IEC	16
Explica efectos colaterales del tratamiento/método	14

Consultas de Niño Enfermo (N=33)[1]

Acciones	Porcentaje
Ausculta	93.9
Pregunta motivo visita	84.9
Pregunta sobre historia clínica	66.7
Asegura privacidad	63.6
Pregunta sobre contexto familiar	54.6
Explica resultado de auscultación	51.5
Programa seguimiento	42.4
Refiere a a usuaria a otros servicios	30.3
Explica como detectar síntomas	21.2
Aconseja que hacer cuando síntoma	12.1
Explica opciones tratamiento/método	12.1
Organiza consulta con material de IEC	6.1
Explica efectos colaterales tratamiento/método	6.1
Explica material IEC	3.0
Lee texto IEC y usa como guía	0
Entrega material IEC	0

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.
[1] Aún cuando el tamaño de la muestra (N) se reduce al presentar información por tipo de servicio, se ha mantenido el uso de porcentajes para facilitar la comparación entre los diferentes servicios.

Tabla N° 4
Distribucion porcentual de acciones de diagnostico y tratamiento observadas por tipo de servicio (continuación)

Consultas de Ginecobstetricia (N=26)

Acciones	Porcentaje
Auscultа	88.5
Pregunta motivo visita	80.7
Asegura privacidad	80.7
Programa seguimiento	73.1
Pregunta sobre historia clínica	65.4
Explica resultado de auscultación	57.7
Pregunta sobre contexto familiar	46.2
Aconseja que hacer cuando síntoma	38.5
Refiere a la usuaria	38.5
Explica como detectar síntomas	30.8
Explica efectos colaterales tratamiento/método	7.7
Explica opciones tratamiento/ métodos	7.7
Organiza consulta con IEC	3.9
Explica material IEC	3.9
Lee texto IEC y usa como guía	0
Entrega material IEC	0

Consultas de Planificación Familiar (N=38)

Acciones	Porcentaje
Pregunta motivo visita	76.3
Asegura privacidad	76.3
Pregunta sobre historia clínica	71.1
Programa seguimiento	60.5
Auscultа	47.4
Pregunta sobre contexto familiar	44.7
Explica resultado de auscultación	39.5
Pregunta preferencias de métodos	39.5
Explica opciones tratamiento/métodos	39.5
Explica efectos colaterales tratamiento /método	31.6
Organiza consulta con IEC	28.9
Ofrece información sobre método requerido	26.3
Refiere a la usuaria	23.7
Indica disponibilidad de métodos	21.1
Explica como detectar síntomas	15.8
Aconseja que hacer cuando síntoma	10.5
Entrega material IEC	10.5
Lee texto IEC y usa como guía	5.3
Explica material IEC	0

Tabla N° 5
Distribucion porcentual de acciones de interacción socioemocional - «rapport»

Todas las consultas (N=148)

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Hay contacto visual	130	87.8
Pregunta en forma estructurada (una a la vez)	133	89.7
Concentra su atención en la usuaria	126	85.1
Muestra respeto y valora a la usuaria	124	83.8
Habla pausado	115	77.7
Atmósfera amigable	111	75.0
Usa lenguaje sencillo	103	69.6
Muestra interés, compromiso	103	69.6
Comunicación no verbal amable	98	66.2
Saluda a la usuaria	80	54.1
Ambos se sienten cómodos, en confianza	72	48.7
Distracciones frecuentes en el área de consulta	58	39.2
Pide que regrese si tiene preguntas o problemas	54	36.5
No hay dominio de ninguna parte (equilibrio)	50	33.8
Muestra agrado porque la usuaria fue a consulta	48	32.4
Aclara dudas a usuaria	48	32.4
Da ideas para aplicar el tratamiento/método	45	30.4
Hace preguntas abiertas	33	22.3
Pregunta como le afecta emocionalmente	24	16.2
Pregunta si la usuaria tiene dudas	23	15.5
Critica, desautoriza, regaña a usuaria	19	12.8
Ayuda a usuaria a decidir método	11	18.4*
Da su nombre a la usuaria	10	6.8
Pide a usuaria que resuma información proporcionada	9	6.1
Pide que refiera personas con mismo problema	8	5.4

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.
* Solo casos vistos en Servicio de Planificación Familiar (N = 38).

TABLA N° 6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE INTERACCIÓN SOCIOEMOCIONAL - «RAPPORT» POR TIPO DE SERVICIO

Consultas de Niño Sano y Recién Nacido (N=50)

Acciones	Porcentaje
Pregunta en forma estructurada (una pregunta por vez)	92
Muestra respeto y valora a usuaria	90
Hay contacto visual	82
Concentra su atención en usuaria	78
Usa lenguaje sencillo	76
Atmósfera amigable	74
Habla pausado	72
Muestra interés, compromiso	68
Distracciones frecuentes en el área de consulta	64
Comunicación no verbal amable	62
Saluda a usuaria	54
Ambos se sienten cómodos, en confianza	50
Da ideas para aplicar tto/método	34
Muestra agrado porque usuaria fue a consulta	32
No hay dominio de ninguna parte (equilibrio)	32
Hace preguntas abiertas	28
Pide que regrese si tiene preguntas o problemas	26
Aclara dudas a usuaria	26
Pregunta si usuaria tiene dudas	16
Critica, desautoriza, regaña a usuaria	14
Pregunta como le afecta emocionalmente	8
Pide a usuaria que resuma información	8
Da su nombre a usuaria	6
Pide que refiera personas	2

Consultas de Niño Enfermo (N=33)

Acciones	Porcentaje
Hay contacto visual	97.0
Pregunta en forma estructurada (una pregunta por vez)	87.9
Habla pausado	87.9
Concentra su atención en usuaria	84.9
Muestra respeto y valora a usuaria	78.8
Atmósfera amigable	72.7
Comunicación no verbal amable	69.7
Muestra interés, compromiso	69.7
Ambos se sienten cómodos, en confianza	57.6
Usa lenguaje sencillo	54.6
Saluda a usuaria	45.5
Pide que regrese si tiene preguntas o problemas	45.5
Da ideas para aplicar tto/método	39.4
No hay dominio de ninguna parte (equilibrio)	39.4
Distracciones frecuentes en el área	33.3
Aclara dudas a usuaria	30.3
Muestra agrado porque usuaria fue a consulta	27.3
Hace preguntas abiertas	24.2
Pregunta si usuaria tiene dudas	15.2
Critica, desautoriza, regaña a usuaria	15.2
Da su nombre a usuaria	12.1
Pregunta como le afecta emocionalmente	9.1
Pide a usuaria que resuma información	6.1
Pide que refiera personas	6.1

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

TABLA N° 6
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE INTERACCIÓN SOCIOEMOCIONAL - «RAPPORT» POR TIPO DE SERVICIO (CONTINUACIÓN)

Consultas de Ginecobstetricia (N=26)

Acciones	Porcentaje
Pregunta en forma estructurada (una pregunta por vez)	92.3
Habla pausado	88.5
Concentra su atención en usuaria	88.5
Hay contacto visual	84.6
Muestra respeto y valora a usuaria	80.8
Atmósfera amigable	80.8
Usa lenguaje sencillo	80.8
Comunicación no verbal amable	73.1
Muestra interés, compromiso	73.1
Saluda a usuaria	57.7
Pide que regrese si tiene preguntas o problemas	50.0
Ambos se sienten cómodos, en confianza	46.2
Muestra agrado por que usuaria fue a consulta	42.3
Aclara dudas a usuaria	30.8
Distracciones frecuentes en el área de consulta	26.9
Pregunta como le afecta emocional-mente	23.1
No hay dominio de ninguna parte (equilibrio)	23.1
Pregunta si usuaria tiene dudas	15.4
Da ideas para aplicar tratamiento/ método	11.5
Pide que refiera personas	11.5
Hace preguntas abiertas	11.5
Critica, desautoriza, regaña a usuaria	11.5
Da su nombre a usuaria	11.5
Pide a usuaria que resuma información.	3.8

Consultas de Planificación Familiar (N=38)

Acciones	%
Concentra su atención en usuaria	92.1
Hay contacto visual	89.5
Pregunta en forma estructurada (una pregunta por vez)	86.8
Muestra respeto y valora a usuaria	81.6
Atmósfera amigable	73.7
Habla pausado	68.4
Usa lenguaje sencillo	65.8
Comunicación no verbal amable	63.2
Saluda a usuaria	57.9
Aclara dudas a usuaria	42.1
No hay dominio de ninguna parte (equilibrio)	39.5
Ambos se sienten cómodos, en confianza	39.5
Pide que regrese si tiene preguntas o problemas	34.2
Da ideas para aplicar el tratamiento/ método	31.6
Muestra agrado por que usuaria fue a consulta	29.0
Pregunta como le afecta emocionalmente	26.3
Distracciones frecuentes en el área de consulta	21.1
Proveedor muestra interés, compromiso	21.1
Hace preguntas abiertas	21.1
Ayuda a usuaria a decidir método	18.4
Pregunta si usuaria tiene dudas	13.2
Critica, desautoriza, regaña a usuaria	10.5
Pide que refiera personas	5.3
Pide a usuaria que resuma información	5.3
Da su nombre a usuaria	0

TABLA N°7
Distribucion porcentual de acciones de empoderamiento
Todas las consultas (N=148)

Acciones	Frecuencia	Porcentaje
Proveedor hace sentir tranquila a usuaria	92	62.16
Usuaria da respuestas completas	77	52.03
Usuaria pregunta libremente	51	34.46
Usuaria expresa dudas sobre tratamiento/ método	49	33.11
Usuaria proporciona información sin que le sea solicitada	47	31.76
Proveedor da tiempo a usuaria para expresarse	45	30.41
Usuaria pide aclaraciones, explicaciones	34	22.97
Usuaria confirma entendimiento de indicaciones	32	21.62
Proveedor valora opinión de la usuaria	29	19.59
Usuaria explica como tradicionalmente se cura	20	13.51
Usuaria expresa preferencias de tratamiento/ método	17	11.49
Usuaria selecciona un método de PF	8	13.16 *

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.
* Solo casos vistos en Servicio de Planificación Familiar (N = 38)

TABLA N° 8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE EMPODERAMIENTO POR TIPO DE SERVICIO

Consultas de Niño Sano y Recién Nacido (N=50)

Acciones	Porcentaje
Usuaria da respuestas completas	60
Proveedor hace sentir tranquila a usuaria	60
Usuaria pregunta libremente	28
Usuaria proporciona información sin que sea solicitada	28
Proveedor da tiempo a usuaria para expresarse	28
Usuaria pide aclaraciones, explicaciones	22
Usuaria confirma entendimiento de indicaciones	20
Proveedor valora opinión de usuaria	20
Usuaria expresa dudas sobre tratamiento/método	18
Usuaria explica como tradicionalmente se cura	18
Usuaria expresa preferencias de tratamiento.	6

Consultas de Niño Enfermo (N=33)

Acciones	Porcentaje
Proveedor hace sentir tranquilo a usuaria	63.6
Usuaria da respuestas completas	54.6
Usuaria proporciona información sin que sea solicitada	42.4
Proveedor da tiempo a usuaria para expresarse	39.4
Usuaria pregunta libremente	39.4
Usuaria expresa dudas sobre tratamiento/método	39.4
Usuaria explica como tradicionalmente se cura	30.3
Usuaria confirma entendimiento de indicaciones	30.3
Proveedor valora opinión de usuaria	24.2
Usuaria pide aclaraciones, explicaciones	18.9
Usuaria expresa preferencias de tratamiento.	9.1

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

TABLA N° 8
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE ACCIONES DE EMPODERAMIENTO POR TIPO DE SERVICIO (CONTINUACIÓN)

Consultas Ginecobstetricia (N=33)

Acciones	Porcentaje
Proveedor hace sentir a gusto	73.1
Usuaria da respuestas completas	42.3
Usuaria confirma entendimiento	26.9
Usuaria proporciona información sin que sea solicitada	23.1
Proveedor da tiempo para expresarse	23.1
Usuaria pregunta libremente	23.1
Usuaria expresa dudas sobre tratamiento.	19.2
Proveedor valora opinión de usuaria	15.4
Usuaria pide aclarar	3.9
Usuaria expresa preferencias de tratamiento/método	3.9
Usuaria explica como tradicionalmente se cura	

Consultas de Planificación Familiar (N=28)

Acciones	Porcentaje
Proveedor hace sentir a gusto	55.3
Usuaria expresa dudas sobre tratamiento.	55.3
Usuaria pregunta libremente	47.4
Usuaria da respuestas completas	47.4
Usuaria proporciona información sin que sea solicitada	34.2
Usuaria pide aclarar	34.2
Proveedor da tiempo para expresarse	31.6
Usuaria expresa preferencias de tratamiento/método	26.3
Proveedor valora la opinión de usuaria	13.7
Usuaria selecciona un método de PF	13.7
Usuaria confirma entendimiento	10.5
Usuaria explica como se cura	0

TABLA Nº 9
NUMERO PROMEDIO Y MEDIANA DE ACCIONES OBSERVADAS DURANTE EL PROCESO DE CONSULTA

Acciones[1] /Tipo de Servicio	Promedio	Mediana	Rango (min-max)
Diagnóstico y Tratamiento			
Todas las consultas	5.8	6	2 - 12
Niño Sano y Recién Nacido	6.3	6	3 - 12
Niño Enfermo	5.36	5	2 - 9
Ginecobstetricia[2]	6.15	6	3 - 9
Planificación Familiar	6.68	6	1 - 14
Interacción Socioemocional «Rapport»			
Todas las consultas	9.2	9	1 - 17
Niño Sano y Recién Nacido	9.38	10	4 - 17
Niño Enfermo	9.06	10	3 - 15
Ginecobstetricia	8.96	9	1 - 15
Planificación Familiar	9.34	9	2 - 14
Empoderamiento			
Todas las consultas	3.33	3	0 - 11
Niño Sano y Recién Nacido	3.08	3	0 - 9
Niño Enfermo	3.91	4	0 - 11
Ginecobstetricia	2.77	2	0 - 8
Planificación Familiar	3.68	3.5	0 - 9

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

[1] El total de acciones, comunes a todo tipo de encuesta, investigadas para cada componente fue de 19 de Diagnóstico y Tratamiento; 24 de Rapport; y 11 de Empoderamiento. Para servicios de Planificación Familiar los totales son de 22, 25 y 12 acciones respectivamente.

[2] Incluye atención pre-natal, puerperio y salud de la mujer.

TABLA N° 10
La satisfaccion de la usuaria

REGION	SIERRA											SELVA			COSTA	
EJES DEL DISCURSO	GF1	GF2	F3	GF4	GF5	GF6	GF7	GF8	GF9	GF10	GF11	GF1	GF2	GF3	GF1	GF2
1. Relación			X	X	X	X		X	X			X	X	X	X	X
2. Confianza/empatía			X	X	X	X	X	X					X	X	X	X
3. Seguridad																
- Diligencia/disposición					X	X	X			X			X	X	X	X
- Disponibilidad del proveedor																
- El proveedor que inspira seguridad																
4. Competencia/destreza técnica			X	X		X		X				X	X	X		X
5. Elementos tangibles			X	X	X	X		X		X	X					X
– Medicinas																
– Contexto/atmósfera																
6. Información			X			X	X	X					X	X		
7. Referencia/seguimiento					X											

Fuente: 18 grupos focales, 1997, MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Tabla N° 11
La insatisfaccion de la usuaria

REGION	SIERRA											SELVA			COSTA	
EJES DEL DISCURSO	GF1	GF2	F3	GF4	GF5	GF6	GF7	GF8	GF9	GF10	GF11	GF1	GF2	GF3	GF1	GF2
1. Mala relación – Oportunidades de interacción – Nivel afectivo	X	X	X	X		X	X	X		X			X	X	X	
2. Desconfianza – Ruptura de confidencialidad – Sentimientos de ser engañado – Actitud paternalista – Abuso de poder – Discriminación – Falta de empatía	X	X		X	X	X		X		X	X		X			
3. Falta de diligencia	X		X	X	X	X		X		X			X			
4. Falta de competencia		X	X	X	X	X				X			X			X
5. Elementos tangibles (escasez) – Costo – Falta de insumos/medicinas/ equipmiento – Escasez/falta de recursos humanos – Contexto de la atención			X	X	X	X		X		X	X					X
6. Inseguridad		X		X		X	X					X	X	X		
7. Problemas de información						X										
8. Referencia/seguimiento													X			

Fuente: 18 grupos focales, 1997, MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Tabla N°12
Problemas de comunicación que los proveedores tienen con sus usuarias

Problemas de comunicación	Costa				Sierra				Selva			
	M	E	O	T	M	E	O	T	M	E	O	T
Analfabetismo/falta de educación	X	X				X	X	X	X			
Idioma		X			X	X	X		X	X		
Relación proveedor/usuaria	X	X				X	X					X
Sistema de creencias		X	X				X			X		
Pudor (en las mujeres)							X			X		
Relaciones de género	X						X				X	
Timidez												

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Tabla N°13
Habilidades y técnicas a las que los proveedoresrecurren en la consulta

	Costa				Sierra			Selva			
Lograr buena comunicación	M	E	O	T	M	E	O	M	E	O	T
Brindar un trato personalizado y afectuoso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
(darle confianza)					X	X					
Educarlos y orientarlos		X	X		X	X					
Hablar en el idioma que mejor entiendan											
Usar lenguaje sencillo, no científico	X										
Lograr entendimiento											
Hablar en lenguaje sencillo (explicar en su	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X
idioma -quechua-)					X	X	X				
Usar ayudas audiovisuales (rotafolios,	X	X	X	X		X	X	X	X		
láminas, folletos)					X						
Repreguntar		X						X		X	
Jugar con los niños dar confianza	X		X		X	X	X				
						X			X		X
Que la usuaria se exprese											
Dándole confianza	X	X	X	X					X	X	X
Uso de traductor (técnico sanitario)					X	X	X				
Repreguntar					X	X	X	X			
						X	X				
Asegurarse que entendieron	X	X	X	X	X			X	X	X	X
Repreguntar	X		X	X						X	X
Hacer repetir a la usuaria		X						X		X	X
Cuando vuelve a la próxima cita								X	X		
Reiteración por parte del proveedor											

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

TABLA N°14
Acciones reportadas por proveedores en la entrevista (N=45)

Acciones/Componente	Frecuencia
Diagnóstico y Tratamiento	
Privacidad importante	35
Preguntar motivo de visita	34
Realizar examen/auscultación	31
Programar seguimiento	23
Usar material IEC	20
Dar ideas para aplicar tratamiento/método	14
Averiguar sobre historia clínica	18
Preguntar sobre contexto familiar	16
Referir a usuaria cuando sea necesario	9
Explicar resultados de examen/auscultación	8
Aconsejar como solucionar molestias de tratamiento/método	5
Entregar material IEC a paciente	5
Explicar que hacer cuando síntomas	5
Ofrecer información sobre método requerido	2
Interacción Socioemocional «Rapport»	
Crear ambiente amigable/hacer sentir en confianza a la usuaria	39
Usar lenguaje sencillo	35
Mostrar respeto y valorar a la usuaria	30
Preguntar a usuaria si tiene dudas	29
Aclarar dudas de usuarias	27
Solicitar a usuaria resumir información/indicación	27
Mostrar interés por problemas personales/emocionales	14
Saludar a usuaria	8
Crear relación equilibrada	6
Pedir que regrese si tiene problemas	4
Dar su nombre	3
Ayudar a paciente a decidir sobre método	2
Mostrar agrado por visita de la usuaria	1
Empoderamiento	
Tratar de hacer sentir tranquilo a la usuaria	39
Dar suficiente tiempo a usuaria para expresarse	20

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

TABLA N°15
Acciones relativas a habilidades de comunicación reportadas por los proveedores durante la entrevista
(N=45)

Nivel Básico	***Frecuencia***
Saludar	8
Dar su nombre	3
Pedir que regrese si tiene problemas o dudas	4
Concentrar atención en usuaria	4
Presentar información en forma pausada	0
Hacer preguntas estructuradas (una a la vez)	0
Crear atmósfera amigable de comodidad	39
Tener contacto visual con la usuaria	N/A
Hacer sentir tranquila a la usuaria	39
Nivel Medio	
Mostrar agrado por visita	1
Preguntar si existen dudas o preguntas	29
Dar ideas para facilitar tratamiento/método	14
Pedir mande otras personas	0
Mostrar respeto por usuaria	30
Usar lenguaje sencillo	35
Usar comunicación no verbal amable	N/A
Crear y mantener relación de equilibrio	6
Dar suficiente tiempo para discutir situación	20
Nivel Alto	
Aclarar dudas	27
Ayudar a usuaria a decidir sobre método	2
Solicitar resuma información proporcionada	27
Interesarse por aspectos emocionales de la usuaria	0
Hacer preguntas abiertas	N/A
Mostrar interés y compromiso por resolver problemas de salud	14
Valorar/alentar puntos de vista de usuaria	0

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Tabla N° 16
Caracteristicas de la usuaria ideal

Características de la usuaria IDEAL	Costa				Sierra				Selva			
	M	E	O	T	M	E	O	T	M	E	O	T
Que se sienta responsable de su salud (obediente, aseada)	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Que sea comunicativa y activa en la consulta	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X
Que hable castellano	X				X	X	X			X	X	X
Que tenga cultura (algún grado de instrucción, información)	X	X	X		X	X	X					

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Leyenda:

M: Médico O: obstetriz

E: Enfermera T: Técnico sanitario

Tabla N° 17
Caracteristicas de la usuaria no ideal

Características de la usuaria IDEAL	Costa				Sierra				Selva			
	M	E	O	T	M	E	O	T	M	E	O	T
Analfabeta (con poca instrucción, con sistema de creencias arraigadas	X	X	X		X	X	X	X	X		X	X
Que no acepte el tratamiento /que no cuide su salud, que esté desaseada)	X		X		X	X	X	X	X		X	X
Que sea apática y tímida	X		X		X	X	X	X	X	X	X	X
Que no hable el mismo idioma (del proveedor/a)					X							X

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Leyenda:
M: Médico O: obstetriz
E: Enfermera T: Técnico sanitario

Tabla Nº 18
Indicadores de comunicación comunitaria

INDICADOR	METODO	INSTRUMENTO
1. RECURSOS HUMANOS Y TECNICOS		
% de personas responsables de llevar a cabo actividades de IEC	Entrevista a Directivos hasta nivel de Hospital	Cuestionario
Jerarquía en la organización	Entrevista a Directivos hasta nivel de Hospital	Cuestionario
Funciones adicionales a IEC	Entrevista a Directivos hasta nivel de Hospital	Cuestionario
Calidad de recurso humano (cursos recibidos y experiencia en IEC)	Entrevista a Directivos hasta nivel de Hospital	Cuestionario
Disponibilidad de equipo técnico propio	Entrevista a Directivos hasta puesto de salud	Cuestionario
Competencia y uso de equipos	Entrevista a Directivos hasta puesto de salud	Cuestionario
Disponibilidad de espacio para promoción y capacitación	Entrevista a Directivos hasta puesto de salud	Cuestionario
Relación con los medios de comunicación	Entrevista a Directivos hasta puesto de salud	Cuestionario
Relaciones con ONGs	Entrevista a Directivos hasta puesto de salud	Cuestionario
2. NATURALEZA E INTENSIDAD DE LA DEMANDA		
Temas de interés para directivos, proveedores y población	Entrevista a Directivos	Cuestionario
	Entrevista a proveedores	Cuestionario
	Entrevista a usuaria	Cuestionario
Relevancia a los temas demandas, utilidad	Entrevista a Directivos	Cuestionario
	Entrevista a proveedores	Cuestionario
	Entrevista a usuaria	Cuestionario
3. PROGRAMAS Y ACCIONES DE COMUNICACIÓN		
Planeamiento en los programas de IEC	Entrevista a Directivos hasta nivel de Jefes de Programas	Cuestionario
Frecuencia de los programas de IEC	Entrevista a Directivos hasta nivel de Jefes de Programas	Cuestionario
Identificación de necesidades de comunicación	Entrevista a proveedores de hospitales, centros y puestos	Cuestionario
Contenidos de los programas	Entrevista a proveedores de hospitales, centros y puestos	Cuestionario
Cobertura de los programas	Entrevista a directivos, coordinadores de programas y responsables de IEC	Cuestionario
Medios y espacios sociales utilizados	Entrevista a directivos, coordinadores de programas y responsables de IEC	Cuestionario

Fuente: 1997 MINSA/Proyecto 2000 & JHU/CCP, Diagnóstico de Necesidades en Comunicación.

Bibliografía

Altheide, David L. y John M. Johnson. "Criteria for Assessing Interpretative Validity in qualitative Research" en Normand K. Denzin e Yvonna S. Lincoln, Eds. *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994, p. 485-499.

Bandura, Albert. "Moving Into Forward Gear in Health Promotion and Disease Prevention." Keynote Address presented at the Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine, San Diego, March 23, 1995.

Bateson, Gregory. *Steps to an Ecology of Mind*. New York: Ballantine, 1981.

Beltrán, Luis Ramiro, "A Farewell to Aristotle: 'Horizontal' Communication." *Communication* 5 (1980): 5-41.

Berry, Leonard, Valerie A Zeithmal y A. Parasuraman. *Delivering Quality Service: Balancing Customer Perceptions and Expectations*. New York: The Free Press, 1990.

Boyce, William. "Evaluating Participation in Community Programs: An Empowerment Paradigm." *The Canadian Journal of Program Evaluation*, Vol. 8, No. 1, p. 89-102.

Brislin W. Richard, Walter J.Lonner y Robert M Thorndike, *Cross-Cultural Research Methods*, New York, London, Sidney, Toronto: John Wiley and Sons, a Wiley-Interscience Publication, 1973.

Bruce, Judith. "Elementos fundamentales de la calidad de atención: Un marco conceptual simple." Traducido del original en inglés "Fundamental elements of the quality of care: A simple framework." Working Paper No. 1, Programs Division, The Population Council, New York, 1990.

Caplan, Russel, "The importance of social theory for health promotion: from description to reflexivity." *Health Promotion International*, Vol. 8, No. 2, Great Britain: Oxford University Press, 1993.

Careaga Pérez, Gloria, Juan Guillermo Figueroa y María Consuelo Mejía, Eds. *Etica y salud reproductiva*. México: Grupo editorial Miguel Angel Porrúa, 1996.

Ciampa, Dan. *Calidad total: Guía para su implantación*. Versión en español de Gilda Moreno Manzur en colaboración con Raúl Mejía Estañol. Washington: Addison-Wesley Iberoamericana, 1992.

Creswell, John W. *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994.

Denzin, Normand K. e Yvonna S. Lincoln, Eds. *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994.

Díaz Bordenave, Juan E. *O que é participação*. San Pablo, Brasil: Editora Brasiliense, 1983.

Eco, Umberto, M. Santambrogio y P. Ziavioli, Eds. *Meaning and Mental Representations*. Bloomington: Indiana University Press, 1988.

Eco, Umberto. *A Theory of Semiotics*. London: McMillan, 1977.

Freire, Paulo. *Pedagogía del Oprimido*. n.p.: n.p, n.d.

Freire, Paulo. "¿Una dimensión política de la educación? : Conversación con Paulo Freire." *Educación Hoy,* Chile, diciembre 1972, p. 2-25.

Galeano, Eduardo, *El libro de los abrazos*, Montevideo: Ediciones del chanchito, 1989.

Greimas, Algirdas Julien et al. *Introduction a l'analyse du discours en sciences sociales*. Paris: Hachette, 1979.

Greimas, Algirdas Julien. *The Social Sciences, a Semiotic View*. Minneapolis: University of Minneapolis Press, 1990.

Habermas, Jurgen. "On Systematically Distorted Communication." *Inquiry* 13, 205-18.

Habermas, Jurgen. "Some Distinctions in Universal Pragamtics: A Working Paper." Trans. Peter Pekelharing and Cornelis Disco. *Theory and Society* 3, 2 (Summer 1976) : 155-167.

Habermas, Jurgen. "Towards a Theory of Communicative Competence." *Inquiry* 13, 360-75.

Hall, Stuart. "Encoding/decoding" en Centre for Contemporary Cultural Studies, Ed., *Culture, Media, Language*. London: Hutchinson, 1980.

Israel, Ronald C., Dennis Foote and Janet Tognetti. Operational Guidelines for Social Marketing Projects in Public Health and Nutrition. Nutrition Education Series, Issue 14, Nutrition Education Program, UNESCO, Division of Science, Technical and Environmental Education, Pris, 1987.

Kaplún, Mario y Jeremiah O'Sullivan-Ryan. "Communication Methods to Promote Grass Roots Participation for an Endogenous Development Process: A Summary of Research Findings from Latin America, and an Annotated Bibliography." Parts I and II, Draft, January 1979.

Laperrière, Anne. "Les critères de scientificité des méthodes qualitatives." *Les Méthodes qualitatives en recherche sociale: problématique et enjeux*. Actes du Colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale, Rimouski, 17 mai, 1995.

Le Bossé, Yann D. y Marguerite Lavallé. "Empowerment et psychologie communautaire: Aperçu historique et perspectives d'avenir." *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, No. 18, 1993, p. 7-39.

Lima, Venicio Artur de. *Comunicação e cultura: As idéias de Paulo Freire*. Trans. Paul Kramer. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

Lock, Margaret. "Education for Self-Reflection: Teaching about Culture, Health and Illness, en Masi, Ralph et al., Eds. *Health and Cutlures: Exploring the Relationaships, Policies, Professional Practice and Education*. Volume I, New York: Mosaic Press, 1993, p. 139-158.

Mackie, Robert, Ed. *Literacy and Revolution: The Pedagogy of Paulo Freire*. London: Pluto, 1980.

Masi, Ralph, Lynette Mensah, Keith A Mcleod, Eds. *Health and Cutlures: Exploring the Relationaships, Policies, Professional Practice and Education*. Volume I, New York: Mosaic Press, 1993.

Miles, Mathew B. y A. Michael Huberman. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994.

Olesen, Virginia. "Feminisms and Models of Qualitative Research" en Normand K. Denzin e Yvonna S. Lincoln, Eds. *Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 1994, p. 158-170.

Pasquali, Antonio. *Comprender la comunicación*. Caracas, Venezuela: Monte Avial Editores C.A., 1980.

Patton, Michael Q. *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park, London, New Delhi: SAGE Publications, 1990.

Patton, Michael Q. *Qualitative Evaluation Methods*. Beverly Hills, London: SAGE Publications, 1980.

Pourtois, Jean-Pierre y Huguette Desmet. "Pour une recherche qualitative et néamoins scientifique." *Réseaux*, 55-56-57, 1989, p. 13-35.

Spradley, James P. "Ethnography and Culture" en J. P. Spradley and D. W. McCurdy, Eds. *Conformity and Conflict: Reading in Cultural Anthropology*. Glenview, IL: Scott. Foresman, 1990.
Spradley, James P. y David W. McCurdy. *The Cultural Experience: Ethnography in Complex Society*. 2nd ed., Illinois: Waveland Press Inc, 1988.

Scrimshaw, Susan C.M. y Elena Hurtado. *Rapid Assessment Procedures for Nutrition and Primary Health Care: Anthropological Approaches to Improving Programme Effectiveness*. The United Nations University/UCLA Latin American Centre Publication, Los Angeles, 1987.

Strauss, Anselm L. *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge: Cambridge University Press, 1987.

Wallerstein, Nina y Edward Bernstein. "Empowerement Education: Freire's Ideas Adapted to Health Education." *Health Education Quarterly* (Winter 1988): 379-394.

Watzlawick, Paul, Janet Helmick Beavin, Don D. Jackson. *Pragmaticas of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies, and Paradoxes*. Mental Research Institute, Palo Alto, California, New York: W.W. Norton and Company Inc., 1967.

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

Diseño: Carlos Cuadros