

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Tesis Licenciatura en Sociología

Pobreza y salud pública:
aspectos sociales de la relación usuario-personal de la salud

Fabiana Hernández Abreu

Tutor: José Fernández

2004

Prefacio

El siguiente trabajo es la monografía final del título de grado de la Licenciatura en Sociología de la facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. Dicha monografía se realizó bajo la supervisión y tutoría del profesor José Fernández a quien agradezco por haberme acompañado en todo este proceso atendiendo a mis inquietudes e interrogantes.

Quisiera aprovechar este espacio también para agradecer a todos aquellos que, a lo largo de estos años, de alguna manera, avivaron mi curiosidad y mis ansias de conocimiento. Conocimiento, con el que espero poder ayudar a alcanzar realidades más justas.

Es en esos momentos en que sentimos que alcanzamos metas, que pensamos en todas aquellas personas que fueron y son parte de lo que somos. Es por eso que quiero dedicar este trabajo:

A Otilia y Cira, mis viejas lindas, quienes me enseñaron el amor sin condiciones. Donde quiera que estén.

A mi madre, mi gran lectora, de quien aprendí a mirar desde la empatía a los otros.

A mi padre, mi refugio seguro, por su cercanía y confianza.

A mi hermana, mi consentida, amiga y compañera.

A Yamandú porque una vez me miró distinto y cambió mi vida. A su familia que es la mía.

Y a todos mi amigos, imprescindibles para la vida.

Montevideo, octubre de 2004.

Índice

1	Introducción	5
2	Contextualización del estudio.....	7
2.1	La construcción del objeto de estudio.....	7
2.1.1	El Hospital Pediátrico Pereira Rossell.....	7
2.1.2	La situación de pasillo.....	8
2.1.3	Antecedentes del análisis sociológicos en el campo de la salud: la relación médico paciente.....	11
2.2	Marco conceptual.....	13
2.2.1	Bourdieu y la teoría de los campos.....	13
2.2.2	La situación de pasillo y la condición de clase.....	14
2.2.3	La relación usuario-personal de la salud: habitus de clase vs. habitus asistencial	15
2.2.4	La posición del observador en el campo.....	18
3	La dinámica de la relación usuario-personal de la salud	20
4	Formas de comunicación	24
4.1	La comunicación.....	24
4.2	El poder de nombrar	25
4.3	Los carteles	28
4.4	La comunicación en el conflicto.....	31
5	El manejo del tiempo.....	34
5.1	La espera	34
5.1.1	Horas	34
5.1.2	Días	35
5.1.3	Meses	36
5.2	La espera y sus implicancias.....	36
5.2.1	El costo de oportunidad	37
5.2.2	Efectos sobre el estado de salud	38

5.2.3	La actitud de los usuarios	38
6	El carácter público de la institución y el peso de la burocracia	40
6.1.1	El carácter público de la institución.....	40
6.1.2	El peso de la burocracia	41
7	Reflexiones finales	45
8	Bibliografía	46
9	Notas Finales.....	48

1 Introducción

La presente monografía: "Pobreza y salud pública: aspectos sociales de la relación usuario-personal de la salud", surge como resultado de un estudio sobre desigualdades sociales en el ámbito de la salud, realizado por la autora en el marco del Taller "Sociología de la Salud" (2002-2004).

Dicho estudio denominado "La salud de los pobres" tuvo como objetivos primarios la exploración y el análisis de un espacio social escasamente investigado en el campo de la sociología de la salud. En el marco del Hospital Pediátrico Pereira Rossell se definió un espacio donde analizar los aspectos sociológicos de la salud en un contexto de desigualdad social. Dicho espacio, al que denominamos *situación de pasillo*, abarcaba todas las relaciones que los usuarios de este servicio de salud pública mantenían con diferentes interlocutores en todo espacio previo al acceso efectivo de un servicio sanitario.

A partir de la revisión bibliográfica se encontró que la mayor parte de los estudios de sociología de la salud sobre desigualdades sociales se centraban en la relación *médico-paciente*. La percepción de que un espacio previo a la consulta implicaba relaciones sociales y era determinante para el buen desarrollo del servicio derivó en la necesidad de analizar las desigualdades determinadas por la estructura de estratificación social, y de trasladar el enfoque de la relación médico-paciente en la consulta médica a la relación *usuario-personal de la salud* en la *situación de pasillo*.

Los escasos antecedentes de análisis¹ de este objeto de estudio condujo a objetivos de investigación exploratorios y descriptivos de esa problemática sociológica. Se procedió entonces, a la descripción etnográfica de las relaciones observadas en diferentes situaciones de pasillo del hospital¹ con el propósito de

¹ Ver: Romero, Sonia. Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo, Editorial Nordan-Comunidad, 2003.

estudiar el papel que jugaba la condición social del paciente en las relaciones que mantenían con sus interlocutores, y de que manera estas relaciones afectaban la calidad del servicio en términos del trato humano, la transmisión de información y los posibles efectos sobre la salud² de los pacientes.

Los resultadosⁱⁱ y el material empírico que el estudio proveyó derivó en la necesidad de profundizar la discusión sobre ciertos aspectos de la relación usuario-personal de la salud en la situación de pasillo. Es por eso que, sobre la base determinados referentes teóricos y empíricos (que detallaremos en el siguiente capítulo), esta monografía pretende discutir acerca de: la dinámica de la relación, las formas de comunicación utilizadas y el manejo que la institución hace del tiempo.

La discusión de estos temas, a los que consideramos aspectos sociales no determinados directamente por factores económicos o presupuestales de la institución, resultará en un análisis final sobre la relación que existe entre éstos factores, el carácter público de la institución y el peso que los procesos burocráticos de la situación de pasillo ejercen sobre quienes deben utilizar sus servicios.

² Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1947) “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.”

2 Contextualización del estudio

Este capítulo tiene como objetivo hacer una breve presentación de los referentes teóricos y empíricos que sustentan la discusión planteada en esta monografía. La mayor parte del material empírico en el que se basa este trabajo surge del estudio, anteriormente mencionado, sobre desigualdades sociales en el ámbito de la salud, denominado “La salud de los pobres”.

2.1 La construcción del objeto de estudio

2.1.1 El Hospital Pediátrico Pereira Rossell

El Hospital Pereira Rossell está constituido por dos sectores: el Hospital de la Mujer y el Hospital Pediátrico. El Hospital Pediátrico, sector que ocupó a la investigación...

“(...) tiene esa característica tan especial de ser el único hospital de niños de Montevideo y de todo el país. Que no quiere decir que no hayan otros lugares donde se atiendan niños. Pero sí es el único hospital exclusivamente para atención infantil y además es hospital de referencia de todo el país. Eso le confiere una significación dentro del sistema de salud muy especial. A su vez el que sea de referencia lo pone en una situación por un lado, de tercer nivel de atención, es decir lo que no se resuelve ahí no se resuelve en ningún lado. Pero, por otro lado por las características del subsistema de salud público, hace que también cumpla con los otros niveles. Es decir, hasta nivel primario de atención. La gente que vive cerca del hospital o que por razones, o sea por razones geográficas, o por razones de accesibilidad de transporte, requiere asistencia en el hospital que en realidad tendría que recibir en un primer nivel. Por otro lado hace también eso la dificultad de accesibilidad horaria que hay en otros... en otras partes del subsistema. Por ejemplo, los Centros de Salud no trabajan los fines de semana y el horario fundamentalmente es hasta el mediodía o primeras horas de la tarde. Son pocos los lugares del primer nivel de atención que dispongan de emergencia. Eso hace entonces, que el Hospital se vea solicitado no solo por la atención especializada de

referencia, sino también por la patología banal que tendría que estar resuelta en otro nivel.” (Entrevista a Informante calificada)³

2.1.2 La situación de pasillo

El acercamiento a la realidad del hospital, se produjo a partir de una situación concreta: pedir hora de consulta y exámenes para un niño usuario del Hospital Pediátrico Pereira Rossell. La investigadora, que no es usuaria de servicios de salud pública, experimentó una situación diferente a la que hubiera experimentado en una mutualista o servicio de salud privado: tuvo dificultades para encontrar los sectores a los que debía acudir, muchas ventanillas y puertas estaban cerradas, los carteles no informaban horarios y sin embargo anunciaban que “No se dan informes” o pedían “No golpear y esperar a ser atendido”. Finalmente se retiró sin realizar la coordinación de un examen, habiendo dedicado mucho más tiempo a esa actividad del que tenía previsto. Entretanto observó que las personas que allí asistían, esperaban muchas horas y hacían largas colas para ser atendidos. Advirtió (a través de conversaciones y quejas que escuchó) que muchos se iban sin haber recibido servicio alguno. El trato que recibían del personal de la salud, en la mayoría de los casos, no era el adecuado, tanto en lo que refería a la transmisión de información como a la calidad del trato humano.

Sin embargo, lo que más llamó la atención de la investigadora, no fue la actitud del personal de la salud, ni el tipo de servicio que ofrecían, sino la actitud de los usuarios, una actitud pasiva, de resignación, de espera.

En el sector de fonoaudiología (donde debía coordinar exámenes) no había nadie atendiendo, tampoco un cartel con el horario de atención. Ante esta situación la investigadora pregunta a las personas que esperaban en un banco frente a la puerta (de fonoaudiología), “¿A que hora atienden acá?” La respuesta fue: “A veces atienden de mañana pero otras veces después del mediodía.” La

³ Ver Anexo I.

investigadora vuelve a preguntar: “¿Ustedes están para fonoaudiología?”, contestan que sí. Como no disponía de tiempo para esperar se dirige a informes para averiguar el horario de atención de fonoaudiología. En informes no había nadie atendiendo, entonces se dirige al guardia de seguridad que está en la entrada del hospital y le pregunta donde puede averiguar horarios. El guardia contesta que no sabe y que no existe tal lugar. Ya sin tanta paciencia la investigadora le pregunta que ¿cómo puede ser que no exista forma de averiguar horarios? Y el guardia le contesta “Bienvenida al mundo”.

De ese “Bienvenida al Mundo”, nació la necesidad de conocer ese mundo, de investigar sobre las relaciones sociales que allí se daban, el papel que jugaba la condición social de los usuarios en esas relaciones, y las percepciones y significados que guiaban sus comportamientos.

Debe considerarse, que a este mundo asisten pacientes pobres. Según la constitución de la República Oriental del Uruguay (art. 44) “(...) el Estado proporcionará gratuitamente los medios de prevención y de asistencia tan solo a los indigentes o carentes de recursos suficientes.” (OPS, 2002: 15) Para hacer uso del Sistema de Salud Pública el MSP otorga cuatro tipos de carné de asistencia, comúnmente conocidos, todo ellos, como “Carné de Pobre”. Estos son: 1. el carné gratuito de asistencia para aquellos cuyo ingreso no supere los dos y medio salarios mínimos nacionales, a los que no se les cobra los servicios prestados; 2. el carné de asistencia que tiene dos categorías: los que deben abonar el 30% del arancel y los que deben pagar el 60% dependiendo de su nivel de ingresos; 3. el carné maternoinfantil, para embarazadas y hasta los 6 meses después del parto y para el niño menor de un año, con atención gratuita; y 4. el carné gratuito de asistencia vitalicia, otorgado a los pasivos mayores de 65 años y los menores de 65 años por incapacidad laboral.

No se debe olvidar que el carácter público del hospital no solo refiere al tipo de personas que asiste, sino también a las condiciones en que la institución debe funcionar, lo que tiene que ver con la escasez de recursos económicos para la adquisición de insumos y el pago de salarios. No cabe duda de que estos factores afectan profundamente la calidad del servicio. Sin embargo existen elementos en la relación usuario-personal de la salud que sin estar determinados directamente por problemas presupuestales afectan la calidad del servicio que reciben los usuarios, y en última instancia producen efectos sobre sus estados de salud.

En el marco del Hospital Pediátrico del Pereira Rossell se encontró un espacio social donde analizar los aspectos sociológicos de la salud, al que denominamos *situación de pasillo*. Este espacio social tiene lugar en: salas de espera, colas y ventanillas; y en el que los usuarios interactúan con el colectivo del personal de la salud, integrado por todos aquellos actores que de alguna manera representan a la institución (médicos, enfermeros, funcionarios administrativos, trabajadores sociales, guardias de seguridad y otros), para acceder a un servicio de salud determinado.

Surgió, por lo tanto, la necesidad de observar este espacio y analizar la relación entre la condición social de los usuarios y la calidad del servicio de salud que reciben, las relaciones que mantienen, sus interlocutores, y los significados que guían sus comportamientos.

Por la situación de pasillo transitan los usuarios antes de cualquier acceso efectivo a la atención sanitaria. Las relaciones que allí tiene lugar, son relaciones sociales que pueden tener efectos sobre las condiciones de salud de los usuarios. Haber sido guiado correctamente al sector donde recibir atención, haber obtenido o no la atención requerida a tiempo y finalmente haber recibido un diagnóstico y atención médica correctas, no depende únicamente de factores económicos y de

infraestructura del sistema de salud, sino también de relaciones sociales que encarnan valores éticos, prejuicios y valoraciones sociales del otro.

2.1.3 Antecedentes de análisis sociológico en el campo de la salud: la relación médico paciente

Muchos son los estudios y las teorías que sostienen que la distribución de la *buena* salud sigue los lineamientos de la estratificación social. Afirman que cuanto más alta la clase social, mayor la tendencia a disfrutar de buena salud tanto física como mental, a acceder a sistemas de atención médica superiores, y a tener una larga vida (Helsin, 1997:519)

La sociología de la salud ofrece numerosos estudios, sobre las desigualdades en el ámbito de la salud, determinadas por la estructura de estratificación social. La mayor parte de ellos centran su análisis en el ámbito de la consulta, en la relación médico-paciente.

Se considera que la relación médico-paciente es una relación social donde la clase social, el lenguaje y los valores sociales del médico y del paciente determinan la relación misma. Así como lo afirman Fernández y Mitjavila en su artículo "Factores sociales, salud y enfermedad" (Fernández & Mitjavila, 1998), la relación médico-paciente es asimétrica y supone una cierta distancia social entre médico y paciente. Esta asimetría trae consecuencias sobre el proceso de diagnóstico y acción terapéutica. Según estos autores, lo principal de la relación médico-paciente es la transmisión de información y conocimientos médicos; sostienen que cuanto mayor es la distancia social entre médico y paciente más incompleta será la transmisión de información. Afirman también que en esta relación, el médico atribuye a su paciente un determinado valor social que influye, a su vez, en el diagnóstico y en las respuestas terapéuticas que dará.

Boltanski (Boltanski, 1975) encuentra en lo que llama la *capacidad médica* un determinante de desigualdad social en la relación médico-paciente muy

relacionado con la transmisión de información y conocimientos médicos mencionada anteriormente. La capacidad médica, según Boltanski, refiere a la capacidad de las personas de entender, identificar y expresar los mensajes que sus cuerpos les transmiten, esta capacidad aumenta a medida que se pasa de clases populares a clases superiores. El poder de expresar verbalmente sus sensaciones implica la capacidad lingüística y por tanto el acceso y aprendizaje de taxonomías médicas por parte del paciente, también de su capacidad para manipularlas y memorizarlas. Concluye que cuanto menor es la distancia social entre el enfermo y el médico, menor es la distancia lingüística y mayor la comunicación entre ellos; por lo tanto, es mejor la calidad del trato del médico al paciente. Boltanski encuentra que a diferencia de las clases superiores, las percepciones de los miembros de las clases populares, acerca de la consulta médica, refieren a: exámenes médicos demasiado rápidos, explicaciones insuficientes por parte del médico y a la utilización de palabras incomprensibles.

La investigación propuso trasladar el análisis de la relación médico-paciente hacia un ámbito anterior, más amplio en espacio y diverso en actores. El estudio de la situación de pasillo implicaba considerar la relación *usuario-personal de la salud* en toda situación anterior a la atención sanitaria efectiva: colas, ventanillas, salas de espera; donde el usuario interactúa habitualmente con: funcionarios, médicos, enfermeras, guardias de seguridad y otros usuarios.

Los antecedentes de análisis de lo que se dio a llamar situación de pasillo, provienen de la antropología en el trabajo de Sonnia Romero Gorski "Madres e hijos en la Ciudad Vieja" (Romero, 2003) estudio etnográfico que también sirve de referente empírico a esta monografía, y al que nos referiremos más adelante.

2.2 Marco conceptual

2.2.1 Bourdieu y la teoría de los campos

Bourdieu divide a la realidad social en diversos *campos* o estructuras objetivas independientes a la conciencia y la voluntad de los individuos. Los individuos o *agentes* se relacionan y participan de esos campos desde sus *habitus*, o esquemas de percepción, de pensamiento y de acción que dirigen sus experiencias. Estos son, a su vez, constitutivos de las estructuras objetivas, y tienden a conservarlas o transformarlas. De esta manera, analiza lo social desde una dialéctica entre lo objetivo (instituciones y estructuras sociales) y lo subjetivo (los agentes). Supera la histórica dicotomía individuo/estructura de las ciencias sociales. Esta relación recursiva entre campo y habitus termina con la supremacía de la estructura sobre el individuo y viceversa.

"(...) el análisis de las estructuras objetivas –la de los diferentes campos- es inseparable del análisis de la génesis en el seno de los individuos biológicos de las estructuras mentales que son por una parte producto de la incorporación de las estructuras sociales y del análisis de la génesis de las estructuras mismas: el espacio social, los grupos que en él se distribuyen, son el producto de luchas históricas (en las cuales los agentes se comprometen en función de su posición en el espacio social y de las estructuras mentales a través de las cuales aprehende ese espacio)." (Bourdieu, 1988:26)

El habitus es adquirido en el transcurso de las trayectorias de vida de los individuos, resultado de varios procesos de interpretación y significación de varias situaciones sociales anteriores. Se inscribe en el cuerpo de las personas en forma de sentido (común) práctico de lo social que determina las prácticas. "(...) sentido práctico como sentido del juego de un juego social⁴ particular, históricamente definido,

⁴ Cuando Bourdieu se refiere al juego social lo hace desde la siguiente concepción: "Se puede hablar de juego para decir que un conjunto de personas participan de una actividad regulada, una actividad que, sin ser necesariamente el producto de la obediencia de las reglas, obedece a ciertas regularidades." (Bourdieu, 1988:72)

que se adquiere desde la infancia al participar en las actividades sociales, (...)” (Bourdieu., 1988:70)

La relación entre campo y habitus tiene lugar en los espacios sociales, en los que están en juego determinados tipos de capital, y donde las personas se relacionan desde sus posiciones sociales con el fin de obtenerlo. Estas posiciones implican jerarquías (grados de poder) que se estructuran de acuerdo a las diferentes condiciones de producción del habitus (o condiciones de existencia) y al volumen global de su capital, que es la suma de los capitales económico, cultural y social.

“Mi trabajo consistió en decir que las personas están situadas en un espacio social, que no son de cualquier parte, es decir intercambiables, como lo pretenden aquellos que niegan la existencia de las ‘clases sociales’ y que en función de la posición que ocupan en este espacio muy complejo, se puede comprender la lógica de sus prácticas y determinar, entre otras cosas, cómo clasificarán y se clasificarán, y, llegado el caso, como se pensarán como miembros de una ‘clase’.” (Bourdieu, 1988: 58)

La teoría de los campos y la formula que de ella deriva $[(\textit{habitus}) (\textit{capital})] + \textit{campo} = \textit{práctica}$, proporcionó los elementos necesarios para el análisis de la situación de pasillo (como espacio social), y permitió comprender, las relaciones que allí se sucedían, las diferentes posiciones de los participantes (usuarios y personal de la salud) y la lógica que dirigía sus prácticas.

2.2.2 La situación de pasillo y la condición de clase

En el campo de la salud (específicamente de los servicios de salud pública), la investigación definió un espacio social determinado: la situación de pasillo de un hospital *público* de niños.

El estudio de la situación de pasillo de un hospital público en Uruguay implicaba considerar una población de usuarios medianamente homogénea, determinada

por su condición de clase. Intentar comprender la pasividad (como práctica o comportamiento) percibida en un primer acercamiento, conllevaba la necesidad de captar un *habitus de clase* como principio generador de prácticas.

“Para ello se hace necesario volver al principio unificador y generador de las prácticas, es decir al *habitus de clase* como forma incorporada de la condición de clase y de los condicionamientos que esta condición impone; por consiguiente, hay que construir la clase objetiva como conjunto de agentes que se encuentran situados en unas condiciones de existencia homogéneas y que imponen unos condicionamientos homogéneos y producen unos sistemas de disposiciones homogéneas, apropiadas para engendrar unas prácticas semejantes, y que poseen un conjunto de propiedades comunes, propiedades objetivadas, a veces garantizadas jurídicamente (como la posesión de bienes o de poderes) o incorporadas, como los *habitus de clase* (y, en particular, los sistemas de esquemas clasificadores).” (Bourdieu, 1998: 99 y 100)

La salud de los pobres, fue un esfuerzo por comprender aquellas categorías de percepción y apreciación, que son producidas por las condiciones de existencia (o de clase) de los agentes y que determinan sus comportamientos en la situación de pasillo. Estos comportamientos, producto de sus posiciones en el espacio (valor social y poder) y de sus condiciones de existencia (*habitus de clase*), a su vez, reproducen las estructuras del sistema de salud (campo) en que participan.

2.2.3 La relación usuario-personal de la salud: *habitus de clase* vs. *habitus asistencial*

Los estudios antropológicos que Sonia Romero Gorski realizó sobre el Centro Materno Infantil (CMI)⁵ situado en la Ciudad Vieja⁶ aportaron a la investigación descripciones de situaciones que se desarrollaban en un espacio con características muy similares a la situación de pasillo. Estas descripciones

⁵ “El Centro Materno Infantil, como servicio especializado del Hospital Maciel, jugó un papel clave a fines de la década de 1980, principios de 1990, cuando se incrementó significativamente el número de familias carenciadas que se instalaron a vivir en la Ciudad Vieja.” (Romero, 2003: 83)

⁶ Ciudad Vieja: Barrio de Montevideo.

sirvieron de sustento a nuestras percepciones iniciales sobre las posiciones que ocupan los usuarios de los servicios de salud pública y las relaciones que mantienen con el personal de la salud.

“Las referencias teóricas nos llevaron a postular también que en aquel espacio del CMI debían producirse frecuentes conflictos de tipo cultural: (...) debían coexistir las diferencias de lenguajes, de actitudes y representaciones que ponían en juego variados actores sociales (inmersos en diferentes contingencias socio-económicas). (...) Al respecto recordemos que ya identificamos a los profesionales de la salud dentro de posiciones culturalmente hegemónicas y a la población que se atiende en servicios gratuitos de salud en posiciones subalternas” (Romero, 2003: 89)

“Aquí debemos insistir en un hecho objetivo: antes de llegar a la consulta médica, las personas deben enfrentar y resolver su relación con la Institución en los términos que esta dicta, según su normativa y a través de los funcionarios a cargo. Además debe exhibir el documento que ratifica ante los otros una ubicación social subalterna, tipificada oficialmente como “pobre”⁷, deben justificarse otros datos personales en sucesivas exposiciones frente a funcionarios administrativos, frente a enfermeras, asistentes sociales u otros. (...) Las relaciones desiguales o asimétricas, quedaban así planteadas en los diferentes contactos previos a la consulta propiamente dicha.” (Romero, 2003: 104)

Romero utiliza la categoría de *habitus asistencial* para definir la lógica que mueve los comportamientos del personal de la salud. El personal de la salud en su trayectoria de hospital adquiere una cierta *cultura del hospital* (conjunto de valores, normas y prácticas adquiridas), de esta manera recibe un determinado capital simbólico que además de condicionar sus prácticas y de distinguirlo de los usuarios, le da capacidad de reproducir esa cultura. Por lo tanto, se utilizó en el estudio, esta categoría para oponerla al *habitus* de clase de los usuarios.

⁷ Aquí Romero hace referencia al “carné de pobre”.

Erving Goffman, plantea una visión de la realidad social muy cercana a la perspectiva teórica de Bourdieu. Ambos autores consideran el estudio de lo social a partir de las interacciones de los individuos en situaciones sociales. Estas interacciones son guiadas por sistemas de disposiciones o marcos de interpretación adquiridos en el curso de repeticiones de interacciones que proveen al individuo un sentido práctico de la situación. Además, tanto Goffman como Bourdieu, conciben a la interacción en situaciones sociales como un proceso en el que los individuos negocian a partir de sus capitales y posiciones, la definición de la situación.

En una misma dirección a la de Bourdieu, Goffman en su estudio sobre *Instituciones Totales* nos ofrece una mirada más específica sobre establecimientos sociales similares (si bien no iguales) al considerado en el estudio (Hospital Pediátrico Pereira Rossell), que provee de un marco de interpretación de las estructuras que rigen las interacciones que allí tienen lugar.

Goffman encuentra en el estudio de las interacciones de los individuos enmarcadas en establecimientos sociales, dos equipos de actores que se relacionan manteniendo determinados grados de oposición y acuerdo.

“Un establecimiento social es todo lugar rodeado de barreras establecidas para la percepción, en el cual se desarrolla de modo regular un tipo determinado de actividad. (...) Dentro de los muros de un establecimiento social encontramos un equipo de actores que cooperan para presentar al auditorio una definición dada de la situación. (...) Entre los actores y el auditorio se establece un convenio tácito para actuar como si existiese entre ambos equipos un grado determinado de oposición y de acuerdo.” (Goffman, 1997: 254)

Los actores de Goffman, a efectos de la investigación, fueron los diferentes integrantes del personal de la salud, mientras que el auditorio lo conformaron los usuarios. Basados en el supuesto de que el personal de la salud tiene el *poder* de

presentar a los usuarios una determinada definición de la situación, debido a su posición hegemónica en el campo [(capital) (habitus asistencial)].

En resumen, se analizó en el espacio de la situación de pasillo: cómo se relacionaban usuarios y personal de la salud, a partir de oponer sus habitus (habitus asistencial vs. habitus de clase), y de asumir las asimetrías de poder en la relación.

2.2.4 La posición del observador en el campo

La posición del observador no fue externa, se situó en el campo con un habitus diferente al de los usuarios y personal de la salud. Esto implicó que la observación y comprensión del objeto de estudio dependiera de la posición del observador en el espacio social, esto es, de su punto de vista.

“La sociología debe incluir una sociología de la percepción del mundo social, es decir una sociología de la construcción de las visiones del mundo que contribuyen también a la construcción de ese mundo. Pero dado que hemos construido el espacio social, sabemos que estos puntos de vista, la palabra misma lo dice, son vistas tomadas a partir de un punto, es decir de una posición en el espacio social (...) [y por tanto] la visión que cada agente tiene del espacio depende de su posición en ese espacio.” (Bourdieu, 1988: 133)

Debemos hacer explícito que los resultados de la investigación, referente empírico de esta monografía, fueron producto de la interpretación que realizó un agente situado en una posición determinada en el espacio. Posición desde la que fue percibido y construido el objeto de estudio.

“El sociólogo no puede ignorar que lo propio de su punto de vista es ser un punto de vista sobre un punto de vista. No puede re-producir el correspondiente a su objeto y constituirlo como tal al resituarlo en el espacio social, más que a partir de ese punto de vista muy singular (y, en cierto sentido, muy privilegiado) donde hay que ubicarse

para estar en condiciones de captar (mentalmente) todos los puntos de vista posibles. Y solo en la medida en que es capaz de objetivarse a sí mismo puede, al mismo tiempo que permanece en el lugar que inexorablemente se le asigna en el mundo social, trasladarse con el pensamiento al lugar donde está colocado su objeto (que también es, al menos hasta cierto punto, un alter ego) y captar así su punto de vista, es decir comprender que si estuviera en su lugar, como suele decirse, indudablemente sería y pensaría como él. " (Bourdieu, 1999: 543)

3 La dinámica de la relación usuario-personal de la salud

Lo que caracteriza a las relaciones entre usuarios y personal de la salud es el hecho de que, una de las partes ofrece el servicio que la otra parte busca. El servicio de salud es el capital en juego en el campo de las situaciones de pasillo. Las actitudes y comportamientos que, desde sus hábitos y estructura de capital, desarrollan los actantes de ambos equipos en sus interacciones, es lo que determina la dinámica de estas relaciones.

Las notas de campo⁸ ilustran la forma en que fue percibida la dinámica de estas relaciones. Con el fin de analizarla, hemos construido aquí tipologías dentro del colectivo del personal de la salud y de los usuarios de acuerdo a sus comportamientos. La construcción de estas tipologías tienen el propósito de abarcar (lo más posible) el abanico de situaciones observadas a partir de las relaciones entre ambos equipos.

En el colectivo del personal de la salud encontramos dos grupos de individuos. Por un lado, aquellos que mantienen una relación cercana con los usuarios, es decir, que mantienen contacto visual con sus interlocutores, que realizan las acciones necesarias para cumplir con la consulta o demanda del usuario, en el caso de los médicos, aquellos que reciben y saludan a sus pacientes. Por el otro lado, consideramos a los integrantes del personal de la salud que no mantienen contacto visual con el usuario y que no dedican el tiempo necesario ni transmiten la información suficiente al requerimiento del usuario. Resumiendo, distinguimos entre aquellos que dan un trato adecuado a su interlocutor y aquellos que no. Con fines únicamente de nominación llamaremos a los primeros eficientes y a los segundos ineficientes, de acuerdo a la capacidad de ofrecer un servicio de salud adecuado.

⁸ Ver Anexo II.

En el colectivo que conforman los usuarios también encontramos dos formas de comportamiento diferentes. Por un lado aquellos usuarios que en caso de no recibir la atención requerida, demandan y se enfrentan a su interlocutor. Y por el otro aquellos que aceptan cualquier tipo de trato sin manifestar oposición. Del mismo modo llamaremos exigentes a los primeros y no exigentes a los segundos, de acuerdo a la capacidad de exigir un servicio de salud adecuado.

La dinámica se expresa en las diferentes formas en que se combinan los diferentes tipos de individuos de ambos equipos. De estas combinaciones surgen diferentes tipos de situaciones. Consideraremos aquí los efectos que imprimen estas situaciones sobre la calidad del servicio de salud (capital en juego en el campo).

	Exigentes	No exigentes
Eficientes	La relación fluye sin obstáculos. En esta relación se da y recibe un servicio adecuado de salud. 1	La relación fluye sin obstáculos. En esta relación se da y recibe un servicio adecuado de salud. 2
Ineficientes	Se produce una tensión en la relación, un conflicto. El que puede derivar en la obtención de un servicio adecuado o todo lo contrario. 3	El personal de la salud ineficiente no encuentra oposición en el usuario no exigente y el resultado es: la ineficiencia en el servicio y posibles efectos negativos sobre la salud de los pacientes. 4

Del cuadro surge que el factor determinante en las relaciones entre ambos equipos, es el poder que el personal de la salud tiene sobre la situación. Este

poder, esta capacidad de definir la situación, está determinado por la posesión de un capital global mayor que el que poseen los usuarios.

Si bien, dentro del colectivo del personal de la salud (médicos, enfermeros, funcionarios, guardias etc.) es posible encontrar diferentes habitus de clase y diversas estructuras de capital, y en algunos casos, es posible que habitus y estructura de capital sean muy similares a la de los usuarios; el factor determinante que sitúa al personal de la salud en una posición hegemónica (y engrosa su capital global), es el hecho de que en el campo de relaciones donde el capital en juego es el servicio de salud *pública*, ellos tienen la potestad de darlo, ellos son quienes representan a la institución.

El carácter público del servicio de salud acentúa la distancia entre ambos equipos y el grado de poder del personal de la salud, al hacerse explícita la condición de clase de los usuarios, y por ende la falta de alternativas al servicio que reciben.

En el cuadrante 4 ese poder, al que no se le ofrecen resistencias, produce efectos sumamente negativos sobre la calidad del servicio y sobre la salud de los pacientes. Consideremos la siguiente nota de campo:

Cuadro: 1 (nota de campo)

Se acerca una mujer con una niña de 2 años aproximadamente a la ventanilla de admisión. La investigadora oye que le dice al funcionario "En policlínica no hay número". El funcionario mira a la niña y la mujer le dice "Tiene fiebre". Entonces se toma su tiempo para contestarle y después le hace la orden de emergencia.

[...]

La investigadora se acerca a la mujer con la niña de 2 años y le pregunta "¿Qué pasó no te la quería ingresar?" La mujer le hace un gesto con la cara de disconformidad y resopla "Es que hay cada uno". Le comenta a la investigadora lo sucedido: ella fue a la policlínica donde no hay mucha atención porque el médico va de vez en cuando. Le contó que cuando

le dijo al funcionario que tenía fiebre y vómitos, en ese momento le hizo el ingreso. La niña tiene 2 años y desde el viernes [era lunes] que está con 39 de fiebre.

Si la madre no hubiera ejercido presión sobre el funcionario (si hubiera sido no exigente), se hubiera ido con su hija con fiebre sin haber recibido servicio alguno. Pero la mujer sí ejerció presión y obtuvo el pase a emergencia. Sucedió entonces, lo descrito en el cuadrante 3. De todos modos el funcionario, que accedió al dar el pase, pudo no haberlo hecho basándose en el poder que su posición le otorga. En este caso, es muy factible que hubiera habido efectos negativos sobre el estado de salud de la niña.

Los cuadrantes 1 y 2 describen situaciones iguales. Esto reafirma la condición determinante del poder de dar el servicio que los usuarios buscan. Puesto que, en el caso de los integrantes del personal de la salud que son eficientes, el hecho de que los usuarios sean o no exigentes, no cambia la situación ni la calidad del servicio que resulta de la interacción.

El habitus de clase de los usuarios determina, en gran parte de las observaciones, comportamientos de aceptación de la supremacía del personal de la salud. De esta manera se produce una imposición legítima de la definición de la situación que, a su vez asegura la reproducción de ese orden social.

De todos modos, el manejo de determinados criterios éticos por parte del personal de la salud, y la conciencia plena de sus derechos por parte de los usuarios, colaborarían con la obtención de un grado de calidad más alto en el servicio que permitiera superar las situaciones previstas en los cuadrantes 3 y 4.

4 Formas de comunicación

4.1 La comunicación

“Mientras que la definición de comunicación varía de acuerdo con el marco de referencia teórico empleado y por la presión ejercida sobre ciertos aspectos del proceso total, todos ellos incluyen cinco factores fundamentales: a) un iniciador, b) un recipiente, c) un modo o vehículo, d) un mensaje, y e) un efecto. así, en su forma más general, comunicación denota un proceso en el cual un iniciador emite o envía un mensaje vía algún vehículo a algún recipiente y se produce un efecto. La mayoría de las definiciones también incluyen la idea de interacción en la cual el iniciador es simultáneamente o sucesivamente un recipiente y el recipiente simultáneamente o sucesivamente es el iniciador (...) La comunicación siempre implica alguna suerte de efecto diferencial en el comportamiento del recipiente, y, en algunas definiciones, en el comportamiento del iniciador. A menos que algún efecto diferencial en el comportamiento del recipiente ocurra, la comunicación no ha existido.” (Hartley:1968)

En este sentido, la comunicación implica la transferencia de mensajes entre dos unidades. El mensaje comparte un emisor y un receptor, una codificación y una decodificación, un canal y un medio en el que se apoya para su transmisión.

A partir de esta definición se puede pensar que toda interacción implica un proceso comunicativo. A los efectos de este estudio, la comunicación así como la dinámica de la relación son elementos constituyentes de la relación misma. Por lo que analizar la formas de comunicación en el desarrollo de las relaciones entre usuarios y personal de la salud, implica considerar la estructura del campo en el que tienen lugar. Esto es, las diferentes posiciones en el espacio y las asimetrías de poder determinadas por las diferencias entre capitales globales.

Cuando el emisor es la institución en el cuerpo de los integrantes del personal de la salud (cuando hablan, escriben o gesticulan), la comunicación tiene el propósito

de informar a los usuarios sobre un cierto estado de cosas, un orden , una definición del mundo determinado. Pero, como en el proceso de comunicación, el receptor puede transformarse en emisor y contestar el mensaje con otro mensaje, éste puede aceptar el orden de cosas presentado por el personal de la salud, o puede cuestionarlo.

A continuación se explicitarán y analizarán mecanismos de comunicación que la institución utiliza, en el ámbito de la situación de pasillo, para presentar al auditorio de usuarios un orden social con posiciones y reglas de juego determinadas.

4.2 El poder de nombrar

Cuadro: 1 (nota de campo)

(...) la investigadora observa que se bajan del ascensor que da al hall de Admisión, una chica de aproximadamente 16 años con un bebé en brazos, muy flaquita, rubia y humildemente vestida. El bebé no se ve por el tamaño de la manta y e rebozo que lo abriga. Atrás se baja una mujer alta muy bien vestida y arreglada que le dice a la chica, “**Madre** vos esperame por donde estábamos hoy” de una manera que a la investigadora le pareció autoritaria pero no despótica. La chica asiente con la cabeza y se orienta hacia la izquierda al corredor de fonoaudiología. La mujer se dirige al corredor que da al hall central.

Cuadro: 2 (nota de campo)

(...) Mientras espera para hacer la entrevista la investigadora observa que las funcionarias llaman “**Padre**” y “**Madre**” a las personas de la cola, dicen por ejemplo “Venga padre para acá”. Finalmente el padre hace la cola y lo mandan al consultorio 3 de un corredor al lado de las ventanillas.

Esta forma de nombrar (totalmente nueva para la investigadora) es una práctica de los integrantes del personal de la salud, determinada por su habitus asistencial. Este tipo de práctica, es interpretada aquí como una forma de ejercer poder simbólico, lo que Bourdieu llama *el poder de hacer cosas con palabras*.

Dirigirse a una persona desde una de sus características más específicas como la de ser madre o ser padre, implica la imposición de un rol. Ese rol es el que cuenta en ese espacio específico. Es decir, para el personal de la salud las personas adultas que transitan por el hospital de niños son, antes que nada, padres y madres. En este caso el mensaje de la institución presenta un orden de cosas y a su vez produce un efecto en el comportamiento del receptor: la necesidad de actuar de acuerdo a su nominación. Más allá de que estas personas sean también señores y señoras, trabajadoras, desocupados, jóvenes etc., durante la situación de pasillo, son todo aquello que connota la palabra por la cual son denotados: *padres y madres* que deberán cumplir con las funciones de lo que socialmente se espera de esos roles.

En la situación descrita en el *Cuadro: 1* la relación de poder entre la chica y la mujer (posible asistente social) es aún más evidente que en la situación del *Cuadro: 2*. De la descripción surge que la relación entre la chica y la mujer tiene ya un cierto tiempo: “Madre vos esperame donde estábamos hoy”, ese *hoy* tiene que ver con un pasado próximo (algunas horas o minutos). Surge también que no existen otros interlocutores. Sospechamos aquí que la mujer tuvo tiempo de preguntarle el nombre a la chica, pero no lo hizo. En este caso, la forma de nombrar que la mujer utiliza, destaca solamente uno de los tantos aspectos de la chica, rompe con su globalidad y la despersonaliza.

En el caso de las funcionarias de ventanilla, estas interactúan, en el correr de unos pocos segundos, con varios usuarios, lo que impide que se dirijan a cada uno por sus nombres. Sin embargo, en otras ventanillas o colas de otros establecimientos sociales estas personas serían llamadas por *señor o señora*, términos menos específicos y menos disciplinadores.

El personal de la salud tiene el poder de nombrar y por tanto de definir la situación, de marcar las reglas y el rol de los usuarios en el juego. Esta forma de ejercer

poder simbólico, está determinada por la posesión de un grado mayor de capital simbólico (y social) y por la adquisición de un habitus asistencial internalizado en la trayectoria de vida dentro del hospital. El ejercicio de ese poder simbólico implica la imposición de significaciones como legítimas suavizando las relaciones asimétricas que son la base de ese poder.

La institución es la que se encarga de la difusión de esa cultura asistencial y de la capacidad de ejercer poder simbólico. El uso del lenguaje es una herramienta fundamental a la hora de definir una situación como legítima. El poder de hacer cosas con palabras, refiere al poder que las palabras tiene de imponer una visión determinada del orden social, es decir, una determinada correlación de fuerzas (posiciones y jerarquías). En el poder de nominación de la institución se basa la eficacia de su acción, por tanto, nombra, otorga títulos e investiduras; por un lado doctores, nurses, enfermeras etc., y por el otro padres y madres.

Esta práctica preconiente, desarrollada desde el sentido práctico de los integrantes del personal de la salud es tácitamente aceptada por aquellos usuarios con una cierta trayectoria de participación en servicios de salud pública. Ser llamados como *padre y madre* pasa a ser un hecho cotidiano (*natural*).

Esta relación entre la práctica de nombrar y la práctica de aceptar la nominación, es interpretado aquí como reproducción del sistema, que consolida la estructura de posiciones: las posiciones hegemónicas de aquellos que tienen el poder de nombrar y las posiciones subalternas de aquellos que aceptan el cúmulo de mandatos que representa esa nominación, por reconocer en la institución y en aquellos que la representan, la autoridad de definir un cierto orden social.

4.3 Los carteles

El uso de carteles es una forma de comunicación que desarrolla el personal de la salud en su relación con los usuarios.

En la mayoría de los casos los carteles son utilizados como una forma de comunicación que le permita al personal de la salud evitar interacciones “innecesarias”. Este tipo de carteles se caracteriza por el uso la palabra NO en el texto.

**No se dan informes
Por favor
No insista
Gracias.**

La observación de las diferentes situaciones en las que intervenían estos carteles, nos permitió concluir que, en la mayoría de los casos, los usuarios no los leen, y de todos modos piden informes en el sector admisión, hacen la cola y piden número para especialistas que el cartel informa que no hay. Por lo que estas formas de comunicación son poco efectivas, no solucionan la necesidad de información del usuario y no evitan al personal de la salud de interacciones “innecesarias”.

Existe otro tipo de carteles en los que se le impone al usuario un “deber”. Estos carteles transmiten al usuario determinadas reglas del juego que deben ser obedecidas.

A partir del 12 de mayo de 2003 los pacientes que hayan reservado número de consulta por teléfono **deben** concurrir directamente a la policlínica.

NO es necesario retirarlo en esta oficina.

Otro tipo de carteles presentan la forma de pedido, ruego o recordatorio. El tono que utilizan tiene como objetivo una forma de comunicación menos autoritaria.

Atención usuarios del departamento de emergencia pediátrica.

Rogamos exigir que el funcionario que lo atiende (médico, nurse, practicante, enfermero, administrativo, de servicio de seguridad) se mantenga identificado

Dirección del Departamento de emergencia pediátrica Centro Hospitalario Pereira Rossell

Finalmente encontramos aquellos carteles que tienen una finalidad informativa. Aquellos que sirven a la fluidez del tránsito del usuario por el hospital, que evitan esperas y búsquedas innecesarias.

Información al usuario

Teléfonos de Farmacia para consultas
708 77 41 al 44 interno 288

Cabe destacar que este tipo de carteles conforman una minoría en el universo de carteles del hospital, y que los carteles informativos sobre los horarios de atención son prácticamente inexistentes.

Esta forma de comunicación, en la mayoría de los casos pone obstáculos a la reciprocidad de la comunicación y el efecto diferencial que produce en el comportamiento de quien lo lee es la no acción y la duda. Ante un cartel cuyo mensaje es "No insista no damos informes", el lector es llamado a no actuar (a no pedir informes), en todo caso se preguntará ¿Dónde se dan informes?

La distribución en el hospital de los tipos de carteles mencionados, en la que se destaca la escasa presencia de carteles *informativos* denota la función *no informativa* de la utilización de carteles. En cuanto a la comunicación en sí misma, los NO carteles cumplen su cometido, transmiten un mensaje al receptor que produce un efecto en su comportamiento. Sin embargo, en cuanto a la calidad del servicio, específicamente en referencia a la transmisión de la información, este tipo de comunicación no es efectiva. Esta forma de comunicación no informativa se caracteriza por ser vertical y unilateral; es percibida ante la observación como una de las formas de poder más arbitrarias en la relación usuario-personal de la salud.

Por último, es necesario considerar que ante la concurrencia al hospital de personas analfabetas, el uso de carteles de texto en estos casos, es inútil.

Cuadro: 1 (nota de campo)

La investigadora vuelve al banco donde estaba observando la cola de admisión. Hay dos niños en el banco de delante de la investigadora. Una niña de 10 y un niño de 4 años aproximadamente. (...)En un momento la madre de los niños se acerca a la investigadora y le dice “Disculpá, ¿me podrías decir que dice acá? ¿qué día tengo que venir?”, le muestra a la investigadora una orden para cardiología. La investigadora le señala con un lápiz haciendo un círculo en el día 8/8/2003 y le dice “Tenés que venir el 8 de agosto”, le señala la hora del mismo modo y le dice “a las 8:00 de la mañana empiezan a atender” y señalándole el número le dice “y tu número es el número 8”.

Cuadro: 2 (nota de campo)

9:25 la investigadora vuelve a sala de dirección. Llega a ventanilla una pareja de 40 años aproximadamente, a éstos se les acerca un hombre de aproximadamente 30 años y le dice al hombre de la pareja, “Flaco que dice ahí”, “Dirección Hospital Pediátrico” le responde, “Ta gracias” contesta y hace la cola.

La comunicación textual se restringe únicamente a aquellos que su capital cultural les da la capacidad de decodificar el mensaje. Por lo que el uso de carteles deja fuera de la comunicación a un cierto número de destinatarios, que no reciben el mensaje y no son afectados en su comportamiento por éste. En tal caso no ha existido comunicación alguna.

El excesivo uso de carteles de texto indica la falta de adaptación de la institución a los procesos de cambio social por la que atraviesa el país. Los cambios sucedidos en los últimos treinta años, las crisis económicas y sociales han afectado profundamente al tejido social; se ha restringido el acceso de los sectores más pobres a la salud, la educación y la vivienda. Una institución pública que atiende las necesidades sanitarias de estos sectores debe considerar, a la hora de entablar vías de comunicación, la posibilidad de que al hospital concurren personas analfabetas.

4.4 La comunicación en el conflicto

El viernes 1 de agosto se previó realizar una observación en el sector de Admisión, debido a que ese día otorgaban números de especialistas que muchos usuarios estaban esperando desde hacía, por lo menos, un mes. El paro que los funcionarios realizaron desde la mañana generó descontento en los usuarios. A partir de esta situación fue posible observar la relación entre el personal de la salud y los usuarios en términos de oposición y conflicto.

El día en que los funcionarios (los distinguimos del resto de los integrantes del personal de la salud por tratarse de un paro específicamente de funcionarios) deciden realizar el paro tiene aquí mucha significación. Es un día muy esperado por los usuarios, que en algunos casos, llevan esperando más dos meses, y muchos de ellos son casos de gravedad y urgencia. Esto aumenta el descontento entre muchos de los usuarios, que los lleva a demandar y a quejarse.

La actitud colectiva tomada aquí por los funcionarios entra en conflicto directo con los usuarios, que son los únicos perjudicados de las medidas tomadas. El poder que el funcionariado ejerce sobre los usuarios, se manifiesta en la elección del día del paro. Esta acción no concuerda con las demandas que presentaron, en su momento, los funcionarios (no se pone en cuestión aquí, la validez de las demandas). A grandes rasgos éstas contemplaban aumentos de sueldos y aumentos en el suministro de recursos (medicamentos y otros artículos) que les permitiera ofrecer un mejor servicio al usuario. Esa preocupación por la calidad del servicio que manifestaban, no concordaba con la decisión de comenzar el paro por tiempo indeterminado el día 1 de agosto.

El paro hace improbable las relaciones cara a cara entre los usuarios y el personal de la salud, excepto en el caso de emergencias. La comunicación en el conflicto se lleva a cabo mediante carteles.

Cuadro: 3 (nota de campo)

Admisión: 4 carteles además de los anteriormente registrados, que decían lo mismo.

PARO: por tiempo indeterminado.
Solo trámites de fallecidos.

Mientras la investigadora registraba el cartel en su libreta, se le acerca una mujer con una niña, preguntándole si estaban dando número. La investigadora le contesta que no, que estaban de paro. La mujer le empieza a contar su caso, que era por operación de su hija y que ella había venido el 1 de julio y le dijeron que volviera el 1 de agosto. Entonces la investigadora le aconseja preguntar de todos modos en ventanilla. La mujer se dirige a ventanilla y a la vuelta la investigadora le pregunta que le dijeron. La mujer contestó “Cuando se levante el paro me contestarán”. Y hace un gesto de disconformidad.

Cuadro: 4 (nota de campo)

Recaudaciones: | cartel en ventanilla.

PARO

No se sella

No se dan números

No se dan informes

Solo pasajes y licitaciones

Com. Interna.

Hay tres mujeres en recaudaciones haciéndole preguntas a la funcionaria, la funcionaria no quiere responder. Y una de las mujeres le grita “Usted tiene que atender porque está en su puesto de trabajo y se está ganando el jornal”, y repite “Usted tiene que atender”.

En el conflicto la función de los carteles no es más que la de informar que no habrá interacción alguna entre ambas partes. Los NO carteles son la forma de comunicación utilizada en el conflicto: unilateral y asimétrica. Esta hace más rígida la estructura del campo aumentando la distancia entre posiciones.

A partir de esta práctica que desarrollan los funcionarios, se interpreta que: éstos, en el campo de las situaciones de pasillo, son concientes de la supremacía de sus posiciones, y ejercen el poder que éstas les confieren. Pero sobre todo, se interpreta que, a partir de estas acciones, los funcionarios ponen de manifiesto su distancia con el colectivo de los usuarios y la baja valoración social que les atribuyen.

5 El manejo del tiempo

5.1 La espera

La situación de espera atraviesa las diferentes situaciones de pasillo observadas. Así como las notas de campo lo describen, la espera puede durar horas, días o meses.

5.1.1 Horas

El promedio de horas de espera, de acuerdo a la información recabada es de aproximadamente seis horas. Sin embargo, en la mayoría de los casos la espera supera al promedio.

Cuadro: 1 (entrevistas)

¿Desde que hora estás acá?

“Desde la 5:00 de la mañana.”

¿Y hasta que hora te tenés que quedar?

“Y ponele... hasta las cinco de la tarde porque a las dos me dijeron que viene el médico, mientras los atienden y me atienden a mi, me voy a las cinco.”

[...]

“Una mañana digo hoy vine por dos motivos. Así que demasiado bien.”

[...]

“Un día entero, depende lo que a que venga yo.”

[...]

“Todo el día.” *[se ríe]*

[...]

“Doce, Doce horas.”

[...]

“Todo el día, todo el día.”

[...]

“Bueno, nostras venimos de madrugada y por lo menos hasta el medio día estamos acá. Así que prácticamente la mañana la perdemos acá.”

[...]

“¡Pa! unas cuantas horas.”

¿*Más o menos?*

“6 horas más o menos.”

[...]

“1 hora y media, 2 horas a veces.”

[...]

“Unas 4 o 5 horas.”

[...]

“¡Ah! no en el hospital te lleva..., si venís por lo que sea, por lo menos calculale 6-8 horas.”

5.1.2 Días

Los días de espera hacen referencia a la necesidad del usuario de pasar la noche en el hospital.

Cuadro: 2 (nota de campo)

[...]

Estas dos mismas señoras siguen conversando y en un momento tocan el tema de los números que dan para atención. Dicen que hay veces que vienen un mes para que le den número para dentro de 2 meses. Una de ellas dice “Sí, yo vine un día a las 9:00 de la noche y ya había como 60 personas adelante mío”. La investigadora se mete en la conversación y les dice “Disculpen, ¿Vienen a las 9:00 de la noche del día anterior?”. “Por supuesto” contestan las mujeres y le comentan que se quedan a dormir en los bancos de admisión para que las atiendan a las 7 de la mañana del otro día.

5.1.3 Meses

Los meses de espera tienen que ver con las posibilidades de obtención de números de atención con médicos especialistas.

Cuadro: 3 (nota de campo)

Mientras la investigadora anota el contenido de los carteles, realiza una observación en una de las ventanillas. Una mujer le dice a la funcionaria: “Yo vine el mes pasado a sacar hora para psicólogo y el cartel decía que daban a partir del 1° de julio. Hoy es 2 de julio y el cartel dice que a partir del 1° de agosto.” La actitud de la mujer no es insistente ni se dirige a la funcionaria con ansiedad, no se queja sino que le dice a la funcionaria de forma muy amable y tranquila, “¿Vengo el 1° de agosto mismo?” La investigadora no escucha muy bien lo que dice la funcionaria, pero por lo que la mujer parece repetir, solo quedan 2 o 3 números para el día después.

Cuadro: 4 (entrevistas)

[...]
Hace 7 meses que estoy, y vengo, y vengo, y que me hacen ir y que venga otro día y así. Fijate que la nena mía ya tenía fecha para haberla operado de la vista y si se me está complicando porque se me está más... digamos más...más...más... bízca vamos a decir así o ¿no? Y es un caso gravísimo, entonces fijate que esto ya... yo no se hasta cuando vamos a seguir así ¿no?.

5.2 La espera y sus implicancias

Los extensos tiempos de espera registrados plantean la discusión de por lo menos tres elementos de esta realidad: el elevado costo de oportunidad que implica la espera en el hospital, los efectos directos de la espera sobre los estados de salud de los pacientes, y la actitud de los usuarios frente a ésta.

5.2.1 El costo de oportunidad

Se entiende aquí por costo de oportunidad todo aquello que se deja de hacer por esperar. El tiempo que los usuarios destinan a esperar en el hospital puede significar la pérdida de la jornada laboral o de una posible jornada laboral (o changa). Como resultado, un día en *el Pereira* para estas personas que velan por la salud de sus hijos, puede significar una reducción en el ingreso y la pauperización de sus condiciones de vida.

Por otra parte el costo de oportunidad también refiere al resto de actividades que hacen a la reproducción social de los individuos, como por ejemplo de alimentación, sueño y recreación. La cantidad de tiempo transcurrido en el hospital, hace de esta actividad una actividad prácticamente cotidiana. De esta manera el usuario adquiere una cierta trayectoria de vida dentro del hospital e internaliza sus modelos culturales. "Toda institución absorbe parte del tiempo y del interés de sus miembros y les proporciona en cierto modo un mundo propio; tiene, en síntesis, tendencias absorbentes." (Goffman, 1988: 17)

El manejo que la institución hace del tiempo, el que se advierte a partir de las extensas cantidades de tiempo que los usuarios viven en el hospital, deriva en un tipo de relación entre los usuarios y la institución con características similares a los que Goffman llama *instituciones totales*. Sin llegar a ser una institución total, puesto que no supone una ruptura total con la vida fuera de sus muros (como las cárceles o los establecimientos mentales), el hospital se presenta como un espacio donde existe una autoridad que coordina las actividades, donde los usuarios desarrollan sus actividades en compañía de un gran número de otros, quienes reciben el mismo trato, y donde estas actividades están estrictamente programadas impuestas desde arriba, mediante un sistema de normas formales, y un cuerpo de funcionarios, todas estas características de instituciones totales. (Goffman, 1988: 19 y 20) Cuantos más espacios de la vida extra hospital de los

usuarios sean absorbidos por la institución más cerca nos encontramos de pensarla en términos de institución total.

5.2.2 Efectos sobre el estado de salud

En muchos casos la espera tiene efectos directos sobre la salud de los niños.

Cuadro: 1 (nota de campo)

Una mujer con un bebé dormido en brazos, se queja llorando ante la dirección porque hacía tres horas que esperaba en emergencia para que atendieran a su bebé que tenía diarrea y vómitos. No fue atendida, la derivaron a policlínicas, allí le dijeron que si la doctora tenía tiempo con suerte la podría atender a las tres de la tarde. Eran las once de la mañana.

La diarrea infantil puede ocasionar graves consecuencias si no es atendida a tiempo. Otros casos extremos, como lo niños con enfermedades cardíacas, que requieren de rápidos diagnósticos, seguimiento y, en algunos casos, intervenciones quirúrgicas, pueden verse afectados o demorados por cuestiones administrativas (como conseguir hora para cardiólogo para dentro de dos meses).

5.2.3 La actitud de los usuarios

Debido a que el Hospital Pereira Rossell es el único hospital de niños de referencia (3^{er} nivel de atención) de todo el país, no existe para los usuarios alternativa a la espera "(...) lo que no se resuelve ahí no se resuelve en ningún lado" (Entrevista a Informante calificada)⁹. Esa falta de alternativa puede estar muy ligada a la forma en que los usuarios afrontan horas y meses de espera. La actitud de la mayoría de los usuarios frente al hecho de tener que esperar seis, ocho o más horas, es de resignación.

Se toma a la espera como algo natural, de hecho: *"cuando venís a algo público, sabés que tenés que esperar", "todavía estoy acá pero sé que tengo que esperar"*. Esperar en el Pereira (*algo público*) es un hecho evidente incorporado en el

⁹ Ver Anexo I

habitus (de clase) de los usuarios, que lleva a la resignación y no a la queja, a asumir tácitamente su posición subalterna.

Esta práctica de los usuarios es pre-conciente hasta tal grado, que no relacionan el tiempo de espera con la calidad de la atención en salud que reciben. Once de los dieciocho entrevistados tenían una opinión positiva de la atención en el hospital. Sin embargo, la mayoría declaró dedicar a su tránsito por el hospital entre seis y doce horas de espera. Se produce aquí una disociación del concepto de calidad de la atención, por un lado las instancias burocráticas y por el otro la atención médica. Cabe pensar, a partir de las respuestas de los usuarios, que ellos evalúan la calidad de la atención en términos de atención médica; las instancias burocráticas son entendidas como procesos inevitables en el paso hacia la atención médica.

Las horas y los meses que deben esperar los usuarios refleja, por un lado, la ineficiencia en el funcionamiento del sistema (que no nos corresponde aquí analizar), y por el otro, un grado muy bajo de valoración del tiempo del usuario (que en los sistemas de salud privados es considerablemente alto). Las formas de manejo del tiempo del personal de la salud, tienen que ver con condiciones estructurales y organizacionales, y no con consideraciones de los tiempos de los usuarios. El usuario, el que no paga por el servicio que recibe, debe aceptar los tiempos que se le imponen.

6 El carácter público de la institución y el peso de la burocracia

6.1.1 El carácter público de la institución

El carácter público del servicio de salud pone en consideración dos importantes aspectos: por un lado la condición social del paciente y por el otro la escasez de recursos para el funcionamiento de la institución, como consecuencia de una mala distribución del gasto en salud¹⁰.

De acuerdo a la forma en que se estructura el sistema de seguridad social en el país, es posible asumir que las personas que asisten a un sistema público de salud son aquellas con insuficiencia de recursos, desocupados, trabajadores informales o indigentes. En Uruguay los trabajadores formales (afiliados al sistema de previsión social) acceden al sistema mutual de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva a través del sistema de financiamiento mixto (trabajador-empresa). Por tanto, el carácter público de la institución se encuentra estrechamente vinculado a la condición social de paciente.

A su vez, la condición de clase del paciente se asocia a la falta de alternativas que éstos tienen al servicio de salud que reciben. En el Hospital Pereira Rossell, al ser éste el único hospital de niños de referencia del país, esta situación se intensifica. Esta falta de alternativas tiene una fuerte incidencia sobre, las actitudes de pasividad y resignación de los usuarios ante las largas esperas, la falta de información y el trato autoritario que reciben del personal de la salud.

¹⁰ PNUD, Desarrollo Humano en el Uruguay 2001. El documento sostiene que, a pesar de que en Uruguay el gasto por persona en salud es aproximadamente 35% mayor al promedio de los restantes países latinoamericanos, sus indicadores en materia de salud presentan valores inferiores a los de Costa Rica y Chile, países con alto desarrollo humano. Afirma también que Uruguay se encuentra en una posición de importante desventaja cuando se tiene en cuenta la medida de la distribución o igualdad en el acceso a los beneficios de sistema de salud.

La escasez de recursos deriva en la incapacidad del hospital para responder a las necesidades de la población que atiende. Esto se traduce en la superpoblación de las instalaciones, la escasez de insumos y medicamentos, y también la posibilidad de tener personal desconforme con sus condiciones de trabajo. En este escenario, las autoridades del hospital deben articular de la mejor manera posible los recursos disponibles.

6.1.2 El peso de la burocracia

La situación de pasillo entendida como: espacio social que tiene lugar en salas de espera, colas y ventanillas, donde los usuarios interactúan con el colectivo del personal de la salud para acceder a un servicio de salud determinado; por definición se encuentra muy vinculada al concepto de burocracia. Se podría decir que este espacio social abarca todo proceso burocrático anterior a la atención médica.

En términos weberianos la burocracia implica: la racionalización de actividades colectivas a través de una específica división del trabajo donde la autoridad se distribuye de manera jerárquica. (Karp, Yoels, 1986: 195) Correspondiendo a esta idea weberiana de burocracia, Coe define a la organización burocrática de un hospital como: "(...) una disposición jerárquica de oficios y posiciones para la coordinación racional de trabajos que conduce a la realización de los objetivos del grupo. (Coe, 1973: 308)

Tanto Weber como Coe, y todos aquellos que han estudiado al fenómeno burocrático, se han interesado por los problemas que encarnan este tipo de organizaciones. La complicación de los procedimientos, la deshumanización y el aislamiento de las personas, son algunos de ellos.

Para Crozier la burocracia, en el uso vulgar y popular de la palabra " (...) evoca la lentitud, la pesadez, la rutina, la complicación de procedimientos, la inadaptación de los

organismos 'burocráticos' a las exigencias que deberían satisfacer y las frustraciones consiguientes en las personas que los componen, y en quienes deben utilizar sus servicios y los padecen." (Crozier, 1974:12) Crozier incluye, en esta definición, a un nuevo actor: el usuario que hace uso y padece los vicios de las organizaciones burocráticas. Ahora bien, mientras otros estudios (Coe y Crozier) centraron su atención en los efectos negativos de la burocracia sobre aquellos que la componen, nuestra propuesta de análisis, en cambio, posa su mirada sobre quienes deben hacer uso de sus servicios.

Preocupados por el avance del fenómeno burocrático en la sociedad industrial moderna, y por ende de sus efectos negativos sobre las personas, tanto Weber como Crozier vislumbraban un futuro nada esperanzador. Pero Crozier agrega un nuevo elemento a la discusión: el avance de la burocracia tanto en el ámbito público como privado.

"(...) dado que las grandes organizaciones privadas no han dejado de sufrir la influencia del modelo burocrático público, que la burocratización del sector privado parece adquirir una extensión paralela a la administración del Estado, y la frustración de la gente deriva indiferentemente de uno u otro tipo de organización." (Crozier, 1974:13)

A propósito de la discusión sobre los aspectos sociales de la calidad de la atención en salud de una institución pública, una vez que el Estado de bienestar y la sociedad industrial han prácticamente desaparecido, surge el interrogante sobre la existencia de un paralelismo en el avance de la burocracia entre las organizaciones públicas y privadas de salud.

La discusión que se desarrolla a lo largo de esta monografía no lleva a plantear las siguientes conclusiones:

- Las organizaciones públicas y privadas de salud han evolucionado de manera diferente.

- El carácter público o privado de la organización evidencia la condición de clase de la población que hace uso de sus servicios.
- Esa condición de clase determina las alternativas, en cuanto a servicios de salud, que los pacientes tienen. Y también influye sobre la lógica de las relaciones entre los representantes de la institución y los que hacen uso del servicio.
- Las diferentes lógicas de relaciones (usuario – personal de la salud) deriva en diferentes niveles de frustración de las personas.

Que las organizaciones de salud privada no hayan evolucionado de la misma manera que las públicas, no significa que no se organicen burocráticamente. Tomemos el caso de las organizaciones privadas de salud (sin considerar el sistema de financiamiento mixto). A partir de spots publicitarios de empresas como Medicina Personalizada (MP) y Summun se deduce que éstas siguen una lógica de mercado donde el paciente es, a su vez, cliente. Éste otorga un alto valor a su tiempo, paga por el servicio de salud que recibe y por lo tanto posee alternativas de servicios de salud. Por esta razón, las organizaciones de salud privadas buscan reducir al mínimo los efectos negativos de los procesos burocráticos. Desarrollan mecanismos para contrarrestar los vicios de la burocracia. Aplican nuevas formas de organizar el tiempo, procuran el máximo respeto en el trato con el paciente y buscan vías de comunicación personalizada.

Por el contrario, la evidencia empírica nos permite afirmar que, en las instituciones de salud pública el paciente/usuario en su relación con la institución a través de diferentes situaciones de pasillo sufre los efectos negativos de la burocracia encarnados en lo que este trabajo llama factores sociales de la relación usuario-personal de la salud. Como resultado, estos aspectos negativos de la organización burocrática del hospital afectan la calidad del servicio que el paciente recibe. Lo público, en contraposición a lo privado, no sigue una lógica de mercado, ofrece un

servicio en el que la institución pública se organiza de acuerdo a los recursos con que cuenta y no a las necesidades de las personas que atiende.

El fin del Estado de Bienestar se manifiesta en el ámbito de la salud, como en otros, en la polarización de la sociedad, donde aquellos con poder adquisitivo, evaden los inconvenientes de los procesos burocráticos y pagan su por estatus de cliente; y aquellos cuya escasez de recursos determina sus posibilidades, aceptan las condiciones dadas: largas esperas, comunicación no informativa y trato autoritario.

Finalmente, se podría afirmar que para el caso de Uruguay, el pasaje de una sociedad industrial a una post-industrial implica un proceso de segmentación de los servicios de salud, y como consecuencia, aquel pronóstico oscuro sobre el peso de la burocracia se ve restringido a un determinado sector de la población, los más carenciados.

7 Reflexiones finales

Una vez que hemos discutido y hemos hecho evidentes aquellos aspectos sociales (actitudes, comportamientos, toma de decisiones) que inciden en la calidad de la atención y que tienen que ver con todo proceso previo a la atención médica efectiva; es posible plantear la necesidad de repensar ciertos mecanismos de organización y comunicación desarrollados por la institución para poder reducir el peso de los procesos burocráticos sobre los usuarios.

En cuanto a la dinámica de la relación, se hace necesario un cambio de lógica en los comportamientos y actitudes de los integrantes de ambos equipos. Para el personal de la salud, este cambio de lógica requiere que la conciencia de la supremacía sirva al desarrollo de relaciones empáticas con aquellos que reciben sus servicios. De esta manera, en lugar de distinguirse del otro, podrán acercarse lo suficiente como para poder captar y entender sus necesidades, y así ser más eficientes en su labor. Por otro lado, para los usuarios, el cambio de actitud supone la plena conciencia de sus derechos, lo que implica dar valor a sus demandas, a sus tiempos y a la necesidad de ser tratados con respeto.

Una vez alcanzado este cambio en las mentalidades, la institución se verá en la necesidad de repensar y replantear nuevas formas de comunicación y de manejo del tiempo. Puesto que el acercamiento a la realidad de los usuarios no puede darse a través de vías de comunicación impersonales. Y por último una vez articuladas nuevas vías de comunicación y captadas las necesidades reales¹¹ de los usuarios, no habrá forma de organizar el tiempo que no tenga en cuenta la realidad del usuario.

¹¹ Nos referimos aquí a las necesidades sentidas y expresadas por el usuario, y no aquellas que los representantes de la institución desde sus posiciones superiores consideran.

8 Bibliografía

- Babbie, Earl.** The Practice of Social Research. Belmont, Wadsworth Publishing Company, 1995.
- Banco Mundial.** "Entender la pobreza". Disponible en www.worldbank.org.
- Barran, J.P.** Medicina y sociedad en el Uruguay del novecientos (2) La ortopedia de los pobres. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, 1993.
- Boltanski, Luc.** Los usos sociales del cuerpo, "La capacidad médica". Buenos Aires, Ediciones Periferia Srl., 1975.
- Bourdieu, Pierre.** Cosas dichas. Buenos Aires, Editorial Gedisa S.A, 1988.
- _____. La distinción, criterio y bases sociales del gusto. Buenos Aires, Taurus, 1998.
- _____. La miseria del mundo. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A., 1999.
- Coe, Rodney.** Sociología de la medicina. Madrid, Alianza, 1973.
- Crozier, Michel.** El fenómeno burocrático, tomo I. Buenos Aires, Amorrortu editores, 1974.
- Fernández, Jose & Mitjavila, Miriam.** "Factores sociales, salud y enfermedad", en: Dibarboure Hugo & Macedo Juan C. (ed) Introducción a la Medicina Familiar. Montevideo: Departamento de Publicaciones de la UDELAR, 1998.
- Foucault, Michel:** "La crisis de la medicina o de la antimedicina", conferencia dictada en el curso de medicina social del Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, 1974.
- Goffman, Erving.** Internados, ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1988.
- _____. La presentación de la persona en la vida cotidiana. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 1997.
- Hartley, Eugene.** DICTIONARY OF SOCIAL SCIENCES, Gould y Kolb, London, 1968.
- Henslin, James.** Sociology: Down to earth approach. Massachusetts, Allyn and Bacon, 1997.
- Karp, D., Yoels, W.** Sociology and Everyday Life. Illinois, F.E. Peacock Publishers Inc., 1986.
- Kaztamn, R., Gerstenfeld, P.** "Áreas duras y áreas blandas en el desarrollo social". Revista de la CEPAL N°41 /Agosto de 1990.

Organización Panamericana de la Salud. "Perfil del Sistema de Salud de Uruguay" Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2da. Edición, Mayo 2002. Disponible en www.paho.org.

Organización San Vicente Obra Padre Cacho, 2002: "Infantilización de la pobreza pobrерización de la infancia?. Montevideo, Konrad Adenauer Stiftung, 2002.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Uruguay, "Desarrollo Humano en Uruguay, 2001". Disponible en www.undp.org.uy

Robertson, Ian. Sociology. New York, Worth Publisher Inc., 1987.

Romero, Sonia. Madres e hijos en la Ciudad Vieja. Montevideo, Editorial Nordan-Comunidad, 2003.

Sepúlveda, Jaime. "Relación entre pobreza y salud", en IDRC/CRDI: CIID-Montevideo, 1998. Disponible en www.idrc.ca/lacro.

United Nations Population Fund. "El estado de la población mundial 2002". Disponible en www.unfpa.org.

Valles, Miguel. Técnicas cualitativas de investigación social. Editorial Síntesis, Madrid, 1997.

9 Notas Finales

ⁱ ENCUADRE METODOLÓGICO

Hacemos referencia aquí al encuadre metodológico que guió la investigación, como una forma de ilustrar el proceso a través del cual se accedió al material empírico en que se sustenta la actual monografía.

Tipo de diseño

Debido al escaso conocimiento previo del objeto de estudio surgió la necesidad de seleccionar un diseño emergente de investigación que nos permitiera ir generando un plan de acción al tiempo que nos adentrábamos en el campo.

El grado de flexibilidad y apertura que ofrece este tipo de diseño hizo posible que determinadas decisiones de diseño, como el muestreo y la inclusión de una técnica de recolección de información complementaria, se realizaran luego de comenzado el trabajo de campo.

Estrategia metodológica

El estudio tuvo como propósitos: observar y describir comportamientos (corporales y verbales) de los individuos, que nos permitiera indagar sobre las subjetividades (significados) que los orientaban. Para acceder a este tipo de información fue imprescindible participar del momento y el lugar en que sucedían los hechos. Por tal motivo la estrategia metodológica seleccionada fue el *estudio de campo* o *field research* (Babbie, 1995:280) con un enfoque etnográfico.

Lo que caracteriza al estudio de campo es la forma en que se observa la realidad social a investigar: en el lugar y momento preciso en que ocurre. Esto implica la presencia y participación del observador en el campo. La decisión de darle a la observación un enfoque etnográfico tuvo que ver con cómo se concebía la posición del observador en el campo. Se entiende aquí a la descripción etnográfica como una forma de dar cuenta de la realidad, la cual no es independiente al individuo que la observa sino que emerge en la descripción que el observador realiza a partir de su experiencia.

Técnicas y herramientas de observación

De la estrategia metodológica derivó la técnica de recolección de datos a ser utilizada: *la observación participante*. Se define a la observación participante como la forma de captar la realidad social y cultural de un grupo mediante la participación del investigador en el colectivo objeto de estudio.

La intención, en este caso, fue formar parte del colectivo de los usuarios del hospital pediátrico del Hospital Pereira Rossell, para captar empáticamente (como dice Bourdieu: *trasladarse con el pensamiento al lugar donde está colocado su objeto y captar así su punto de vista*) su situación en el campo de relaciones de la situación de pasillo.

Para que fuera posible observar y formar parte de las situaciones analizadas, fue necesario hacer uso de ese espacio social. Por lo tanto se procedió a: consultar en ventanillas, hacer colas, esperar en salas de espera y entablar conversaciones con usuarios.

En algunas conversaciones la investigadora develó su identidad y las razones de su presencia, en otras lo hizo a medias y en otras directamente se mantuvo en la posición de usuaria. Esta variabilidad en el proceder se debió al grado de confianza adquirida con su interlocutor y a los diferentes espacios en que se dieron las conversaciones. Por ejemplo, en la sala de espera de emergencia, la presencia de la investigadora producía una especie de distorsión en el escenario, al estar sentada allí esperando sin la compañía de un niño. En ese caso al entablar conversación fue preciso darse a conocer.

La herramienta de recolección de datos se basó en el registro de *notas* en un *cuaderno de campo*. Las notas fueron tomadas, algunas veces durante y otras luego de la observación. La pauta de observación consistió en: la descripción de personas, de estructura del espacio, de actividades y conversaciones; y fue lo suficientemente amplia como para permitir un registro profundo y detallado de todo suceso, que aportara al análisis de las siguientes dimensiones:

- La dinámica de las relaciones que los usuarios mantienen con sus interlocutores (personal de la salud y pares).
- Los esquemas de percepción y significación que guían los comportamientos de los actantes.
- La incidencia de los comportamientos o prácticas en la transformación o reproducción del sistema de atención de salud pública.

Luego de terminado el proceso del acceso al campo, y de aplicado el *Pre-test* se llegó a la conclusión de que era necesario incluir la técnica de entrevista, la que permitiría registrar datos que, desde la observación participante (en algunos casos) no era posible. Estos datos tenían que ver con: opiniones de los usuarios, promedio de horas que habitualmente les lleva su tránsito por el hospital, motivos de asistencia etc. Las entrevistas fueron aplicadas a una serie de usuarios, siguiendo una pauta de entrevista breve y semi-estructurada¹.

Unidades de análisis

Las unidades de análisis fueron los individuos que actuaban e interactuaban en el ámbito de la situación de pasillo: usuarios y personal de la salud.

Cabe destacar que si bien los usuarios finales de estos servicios eran niños, los que realizaban acciones (en la situación de pasillo), con el fin de que estos niños accedieran a un servicio de salud, eran adultos vinculados a ellos. Por lo tanto, lo que interesó aquí registrar fueron comportamientos de adultos. Nos

basamos en el supuesto de que las actitudes y comportamientos de estos adultos en su interacción con el personal de la salud repercutían directamente en la atención de salud que los niños recibían.

Muestreo

El carácter espacial del objeto de estudio determinó la necesidad de realizar la selección de las unidades de análisis, a través de un muestreo de situaciones de pasillo, es decir, de ámbitos donde encontrar unidades de análisis.

A causa de los tiempos en que debió desarrollarse la investigación (trabajo de campo: tres meses) y los recursos humanos con que se contaba (una persona), fue necesario realizar un muestreo en lugar de tomar todas las situaciones de pasillo del hospital pediátrico. Consideramos que, al tratarse de situaciones bastante similares, tomar todas las situaciones de pasillo podría haber llevado a una rápida saturación de la información. Por esta razón, preferimos tomar un pequeño número de espacios y analizarlos en profundidad.

Se realizó un muestreo cualitativo seleccionándose los siguientes sectores del hospital:

- *Sala de espera de Dirección del Hospital Pediátrico.* Durante el proceso de acceso al campo, se participó de este espacio, y se encontró que a la oficina de dirección llegaba todo tipo de caso. Aquellas situaciones que no contemplaba la normativa del hospital, como por ejemplo, conflictos o fallas en el sistema, eran canalizadas a través de esta oficina. Por lo tanto, se decidió seleccionar este espacio, al considerarlo propicio para la observación y registro de situaciones variadas.
- *Sala de espera de Emergencia.* En un primer momento fue seleccionada, por entender que era un ámbito donde la situación de pasillo tenía un grado de intensidad mayor, a causa de los riesgos en juego por el carácter urgente de los casos que allí se atendían. Luego del pre-test y de la entrevista con nuestra informante calificada, encontramos que a la puerta de Emergencia llegaban todos los casos que por algún motivo no habían sido atendidos en un primer nivel de atención. Esto confirmó la necesidad de seleccionar a la sala de espera de Emergencia como espacio de observación.
- *Cola y sala del sector Admisión.* Sector donde los usuarios sacan hora de consulta médica, espacio característico de situación de pasillo.
- *Policlínicas.* Antes del acceso al campo el criterio de selección de las policlínicas había sido el grado de concurrencia. Pero luego de descubrir la imposibilidad de medirlo, se tuvo en cuenta la clasificación que la informante calificada nos ofreciera: *policlínicas generales y de especialidad* (clasificación que realiza según el grado de preocupación o ansiedad que la consulta implica). Finalmente fueron seleccionadas (de manera prácticamente aleatoria) a medida que transcurría el trabajo de campo, las policlínicas de : *Fonoaudiología, Endocrinología genética (junto con Alergias y Urología que comparten la misma sala de espera), Cardiología y Neuropediatría.*

Criterios de validez

El rigor de la información recabada se sustentó en el esfuerzo de sistematización continua de la observación, en el contraste permanente de las observaciones con los datos aportados por informantes calificados y autoridades del hospital; y principalmente, en el control permanente del punto de vista del observador. Punto de vista que mantuvo siempre "(...)la separación entre 'la voz de la persona' y 'la voz de la ciencia', (...)” (Bourdieu, 1999:543); al tiempo que en su descripción, le diera al lector la posibilidad de "(...) situarse en el punto del espacio social desde el cual [el objeto] dirige su vista hacia ese espacio, vale decir, el lugar en el que su visión del mundo se vuelve evidente, necesaria, taken for granted.” (Bourdieu, 1999: 542)

II RESULTADOS DEL ESTUDIO

La observación sistemática de las interacciones y el análisis de diferentes comportamientos actitudinales, gestuales y discursivos de los integrantes de ambos equipos de la relación, derivó en los siguientes resultados.

- Las relaciones que los usuarios mantienen con el personal de la salud, en el ámbito de situaciones de pasillo, son relaciones asimétricas en términos de poder. El factor determinante de esta asimetría, es el hecho de que en el campo de relaciones donde el capital en juego es el servicio de salud, el personal de la salud es el que tiene la potestad de darlo.
- Los comportamientos y actitudes del personal de la salud en su relación con los usuarios son entendidos como prácticas a través de las cuales definen la situación (las reglas del juego) y mantienen sus posiciones hegemónicas. Estas prácticas se expresan a través de: los extensos tiempos de espera impuestos al usuario, las diferentes formas de comunicación (verbal, gestual y textual) utilizadas, y la toma de decisiones que afectan directamente al servicio (como por ejemplo: paro sorpresivo).
- El carácter público del servicio hace explícita la condición de clase del usuario: *pobre*. Por otra parte, determina la forma en que se organiza el sistema: en función del sistema mismo, es decir, de su estructura y necesidades (escasez de recursos), y no en función de las necesidades de los usuarios.
- Las actitudes de pasividad, resignación y naturalidad que la mayoría de los usuarios expresan ante las prácticas del personal de la salud, están determinadas por su condición de clase y por la falta de alternativas que su condición les impone. Estas prácticas de los usuarios, no ponen en cuestión al sistema y de esta manera colaboran con su reproducción.
- La observación de las relaciones en la situación de pasillo, ha permitido comprender en su generalidad aquellos comportamientos mayoritarios, pero también ha permitido captar comportamientos minoritarios de determinados actores de ambos grupos, que por un lado ponen en cuestión el funcionamiento del sistema y por otro elevan la calidad de la atención. La existencia de estos actores hace posible pensar en la transformación del sistema.