

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL DE HUAMANGA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

ESCUELA PROFESIONAL DE ANTROPOLOGÍA SOCIAL



**Calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología
en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015**

Tesis para optar título profesional de:

Licenciada en Antropología Social

Presentado por:

Bach. Tannery Kenia Delgado Buitron

Asesor:

Dr. Lucio Alberto Sosa Bitulas

Ayacucho - Perú

2024

*A mi padre y a mi madre, por ser mis guías
y mi inspiración para lograr mis objetivos;
a mis hermanos: Heryka, Maxs y Geampier
por apoyarme en cada paso que doy.*

AGRADECIMIENTO

A mis padres y a mis hermanos, quienes han sido la esencia y el apoyo en cada paso para alcanzar mis metas y consolidar mi carrera profesional.

A Max H. Coronado Alvarado, por brindarme su amistad incondicional.

A los docentes de la provincia de Vilcas Huamán, por inspirarme y enseñarme que todo sacrificio tiene su recompensa.

A mi asesor, Dr. Lucio Alberto Sosa Bitulas, por su guía y valiosa ayuda durante el desarrollo de mi tesis.

A todos mis docentes de la Escuela de Formación Profesional de Antropología Social, por ser mis mentores y responsables de mi formación profesional.

A mi Universidad San Cristóbal de Huamanga, por brindarme la oportunidad de convertirme en profesional.

A los trabajadores del Hospital Regional de Ayacucho, por abrirme las puertas para realizar la presente investigación.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTO	iii
ÍNDICE.....	iv
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE TABLAS	x
RESUMEN	xii
ABSTRAC.....	xiii
INTRODUCCIÓN.....	14
CAPITULO I.....	16
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1. Realidad problemática.....	16
1.2. Justificación	18
1.3. Objetivos	18
1.4. Delimitación de la investigación.....	19
CAPITULO II.....	21
MARCO TEÓRICO	21
2.1. Antecedentes de la Investigación.	21
2.2. Teorías y/o enfoque antropológico.	38
2.3. Términos Conceptuales.....	43
CAPITULO II.....	46
MARCO METODOLÓGICO	46
3.1. Nivel de investigación.....	46
3.2. Universo.	46
3.3. Muestra.....	46
3.4. Hipótesis y variables	47
3.5. Método	48
3.6. Metodología	49

3.7. Técnicas de investigación.	50
CAPITULO III	52
GENERALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA-II” DE AYACUCHO.	52
3.1. Reseña histórica del hospital.....	52
3.2. Ubicación geográfica y ámbito de referencia	53
3.2.1. Ubicación del Hospital	54
3.2.2. Estructura del hospital regional de Ayacucho.....	55
3.3. Estructura orgánica del hospital regional de Ayacucho.....	57
3.4. Servicios que ofrece el hospital regional de Ayacucho	57
3.4.1. Cartera de servicios por departamento.	58
3.4.2. Recursos humanos.....	59
3.5. Población que se atiende en el hospital regional de Ayacucho.....	61
3.5.1. Características socio demográficas	61
3.6. Características de consulta externa en el hospital regional de Ayacucho.....	62
3.6.1. Procedencia de los usuarios que acuden por consulta externa al Hospital Regional de Ayacucho.	63
3.6.2. Enfermedades tratadas por consulta externa en el Hospital Regional de Ayacucho.....	68
3.7. Infecciones intra hospitalarias.....	70
3.8. Gestión y manejo de residuos solidos hospitalarios del hospital regional de ayacucho.....	71
3.8.1. Servicios o unidades generadoras de residuos sólidos hospitalarios.....	72
3.8.2. Flujo grama del manejo de los residuos sólidos hospitalarios	73
3.9. Gestión hospitalaria.....	73
3.9.1. Recursos Financieros Según Genérica de Gasto Hospital Regional de Ayacucho “2009-2012.....	73
3.10. Proceso salud y enfermedad en el área gineco- obstétrico.....	77
3.10.1. Morbilidad Hospitalaria Gineceo Obstetricia 2013 HRA.	77
3.10.2. Comportamiento de las IIH en el departamento de Gineco-Obstetricia .	78
3.10.3. Mortalidad en el departamento de ginecología y obstetricia.....	82
CAPITULO III	85
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	85
3.1. RESULTADOS.....	85

3.1.1.	Edad de las usuarias que acuden a los servicios de Ginecología.	85
3.1.2.	Nivel de estudio de las usuarias del área de consulta externa de ginecología	86
3.1.3.	Tipo de seguro	88
3.1.4.	Información que brinda el personal para el trámite para la atención en consulta externa.....	89
3.1.5.	La atención en caja o en el módulo de admisión del seguro integral de salud.	90
3.1.6.	El tiempo que esperan las usuarias para realizar la consulta médica.	91
3.1.7.	El tiempo que lleva esperando le genera incomodidad.	92
3.1.8.	Disposición de la historia clínica.	93
3.1.9.	Privacidad durante la atención en el consultorio.....	94
3.1.10.	¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?	95
3.1.11.	¿Cómo la recibió el medico: con amabilidad, respeto y paciencia o con descortesía, enojo?	96
3.1.12.	¿Durante la consulta el doctor mostro interés y la escucho atentamente sobre su problema de salud?.....	97
3.1.13.	¿Durante la consulta, Ud. cree que el doctor entiende todo lo que Ud. le dice?	98
3.1.14.	¿Comprende la explicación que el médico le brindara sobre el problema de salud, sobre los procedimientos y análisis que le realizaran?	99
3.1.15.	¿Comprendió la explicación que el médico le explico sobre el tratamiento: Tipo de medicamento, efectos colaterales?	100
3.1.16.	¿Cree Ud. que es necesario el acompañamiento de un familiar durante la consulta?.....	101
3.1.17.	¿El médico le realizo un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?	102
3.1.18.	¿Durante la consulta, antes de la auscultación el doctor pidió que se desvista?	103
3.1.19.	¿Cómo se sintió cuando el medico la ausculto?	104
3.1.20.	¿Cuándo el doctor la ausculto, estuvo presente otra persona? ¿Quién?	105
3.1.21.	¿Durante el diagnostico, prefiere que le atienda una mujer o un varón?	106
3.1.22.	¿Se siente satisfecho por la atención prestada por el medico?	107
3.2.	DISCUSIÓN	107
3.2.1.	Consultorio externo de ginecología.....	108
3.2.2.	Satisfacción de la usuaria.	110

RECOMENDACIONES	119
BIBLIOGRAFÍA	121
ANEXOS	124

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Ubicación geográfica y ámbito de referencia del Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>54</i>
<i>Figura 2 Croquis 1: Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>56</i>
<i>Figura 3 Cartera de servicio por departamento en el hospital regional de Ayacucho</i>	<i>58</i>
<i>Figura 4 Morbilidad de consulta externa según ámbito en el Hospital Regional de Ayacucho-2013</i>	<i>65</i>
<i>Figura 5 Casos de morbilidad de consulta externa agrupada por ámbito en el Hospital Regional de Ayacucho-2013</i>	<i>66</i>
<i>Figura 6 Morbilidad agrupada por ámbito y quintil de pobreza en el Hospital Regional de Ayacucho-2013</i>	<i>67</i>
<i>Figura 7 Morbilidad por ámbito y estrato en el Hospital Regional de Ayacucho-2013</i>	<i>68</i>
<i>Figura 8 Flujo grama del manejo de los residuos sólidos hospitalarios</i>	<i>73</i>
<i>Figura 9 Presupuesto asignado al Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>74</i>
<i>Figura 10 Presupuesto asignado al Hospital Regional de Ayacucho-2013</i>	<i>75</i>
<i>Figura 11 Oportunidad de gasto de 2012 y 2013</i>	<i>75</i>
<i>Figura 12 Porcentaje de egresos hospitalarios por departamento en el Hospital Regional de Ayacucho, 2012-2013</i>	<i>76</i>
<i>Figura 13 Atención frecuente en el área de gineco-obstétrico</i>	<i>78</i>
<i>Figura 14 Distribución de IIH gineco obstetricia-2013</i>	<i>79</i>
<i>Figura 15 Tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias por cesárea-2013</i>	<i>79</i>
<i>Figura 16 Tasa de IHO por cesárea 2004-2013</i>	<i>80</i>
<i>Figura 17 Tasa de incidencia acumulada de endometris por parto vaginal, 2011-2013</i>	<i>81</i>
<i>Figura 18 Tasa de incidencia acumulada de endometritis por cesárea, 2010-2013</i>	<i>81</i>
<i>Figura 19 Muertes en el área de ginecología y obstetricia</i>	<i>82</i>
<i>Figura 20 Porcentaje de muertes perinatales y neonatales, según sexo en HRA-2013</i>	<i>82</i>
<i>Figura 21 Mortalidad neonatal y fetal 2012-2013</i>	<i>82</i>
<i>Figura 22 Mortalidad neonatal según grupo de peso-2013</i>	<i>83</i>
<i>Figura 23 Principales causas de muerte neonatal y perinatales HRA-2013</i>	<i>83</i>
<i>Figura 24 Mortalidad Materna en el Hospital Regional de Ayacucho 2011-2013</i>	<i>84</i>

<i>Figura 25 Mortalidad materna 2008-2013</i>	<i>84</i>
<i>Figura 26 Edad.....</i>	<i>86</i>
<i>Figura 27 Nivel de estudio</i>	<i>87</i>
<i>Figura 28 Tipo de seguro</i>	<i>88</i>
<i>Figura 29 Información que brinda el personal referente al tramite.....</i>	<i>89</i>
<i>Figura 30 Atención en caja, módulo de admisión.....</i>	<i>90</i>
<i>Figura 31 Tiempo de espera para la consulta</i>	<i>91</i>
<i>Figura 32 El tiempo de espera</i>	<i>92</i>
<i>Figura 33 Disposición de la historia clínica.....</i>	<i>93</i>
<i>Figura 34 Privacidad durante la consulta médica.....</i>	<i>94</i>
<i>Figura 35 Privacidad durante la consulta</i>	<i>95</i>
<i>Figura 36 Trato del médico durante la consulta.....</i>	<i>96</i>
<i>Figura 37 Interés del médico referente al problema de salud de la paciente.....</i>	<i>97</i>
<i>Figura 38 Interés del médico referente al problema de salud de la paciente.....</i>	<i>97</i>
<i>Figura 39 Comprensión del médico de la referencia del problema de salud que realiza el paciente</i>	<i>98</i>
<i>Figura 40 La explicación sobre la receta médica y los efectos colaterales.....</i>	<i>100</i>
<i>Figura 41 Acompañamiento de un familiar</i>	<i>101</i>
<i>Figura 42 Acompañamiento de un familiar</i>	<i>101</i>
<i>Figura 43 Examen físico.....</i>	<i>102</i>
<i>Figura 44 Antes de la auscultación.....</i>	<i>103</i>
<i>Figura 45 Durante la auscultación</i>	<i>104</i>
<i>Figura 46 Durante la auscultación, quien estuvo presente.....</i>	<i>105</i>
<i>Figura 47 Preferencia</i>	<i>106</i>
<i>Figura 48 Satisfacción en la atención que se brinda en el Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>107</i>
<i>Figura 49 Foto del exterior del Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>125</i>
<i>Figura 50 Exteriores del módulo de atención de ginecología y obstétrica.....</i>	<i>125</i>
<i>Figura 51 Trámite para la consulta externa de ginecología.....</i>	<i>125</i>
<i>Figura 52 Consultorio de atención de consulta externa de ginecología</i>	<i>125</i>

ÍNDICE TABLAS

<i>Tabla 1</i>	<i>Categoría de los servicios del hospital regional de Ayacucho</i>	<i>58</i>
<i>Tabla 2</i>	<i>Distribución del personal por cargos según clasificación de grupo ocupacional.....</i>	<i>59</i>
<i>Tabla 3</i>	<i>Perfil de la procedencia de los pacientes que acuden por consulta externa al Hospital Regional de Ayacucho-2013.....</i>	<i>63</i>
<i>Tabla 4</i>	<i>Morbilidad por consulta externa-comparativo 2012-2013.....</i>	<i>69</i>
<i>Tabla 5</i>	<i>Principales infecciones priorizadas como objeto de vigilancia.....</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 6</i>	<i>Total de infecciones intrahospitalarias por servicios- enero- diciembre, 2013</i>	<i>71</i>
<i>Tabla 7</i>	<i>EDAD</i>	<i>85</i>
<i>Tabla 8</i>	<i>Nivel de estudio</i>	<i>87</i>
<i>Tabla 9</i>	<i>Tipo de seguro.....</i>	<i>88</i>
<i>Tabla 10</i>	<i>Información que brinda el personal referente al trámite.....</i>	<i>89</i>
<i>Tabla 11</i>	<i>Atención en caja, módulo de admisión.....</i>	<i>90</i>
<i>Tabla 12</i>	<i>Tiempo de espera para la consulta</i>	<i>91</i>
<i>Tabla 13</i>	<i>El tiempo de espera.....</i>	<i>92</i>
<i>Tabla 14</i>	<i>Disposición de la historia clínica.....</i>	<i>93</i>
<i>Tabla 15</i>	<i>Privacidad durante la consulta médica</i>	<i>94</i>
<i>Tabla 16</i>	<i>Privacidad durante la consulta</i>	<i>95</i>
<i>Tabla 17</i>	<i>Trato del médico durante la consulta</i>	<i>96</i>
<i>Tabla 18</i>	<i>Comprensión del médico de la referencia del problema de salud que realiza el paciente</i>	<i>98</i>
<i>Tabla 19</i>	<i>Comprensión de la paciente referente a la explicación que le brinda el médico sobre su problema de salud.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 20</i>	<i>Comprensión de la paciente referente a la explicación que le brinda el médico sobre su problema de salud.....</i>	<i>99</i>
<i>Tabla 21</i>	<i>La explicación sobre la receta médica y los efectos colaterales</i>	<i>100</i>
<i>Tabla 22</i>	<i>Examen físico</i>	<i>102</i>
<i>Tabla 23</i>	<i>Antes de la auscultación.....</i>	<i>103</i>
<i>Tabla 24</i>	<i>Durante la auscultación.....</i>	<i>104</i>

<i>Tabla 25 Durante la auscultación, quien estuvo presente</i>	<i>105</i>
<i>Tabla 26 Preferencia</i>	<i>106</i>
<i>Tabla 27 Satisfacción en la atención que se brinda en el Hospital Regional de Ayacucho</i>	<i>107</i>

RESUMEN

La investigación sobre la Calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho – 2015, tuvo el **objetivo** de estudiar los factores culturales, psicológicos, económicos y sociales que intervienen en la prestación de servicio de salud, específicamente para conocer la "Calidad de Atención en el Servicio de Consultorio Externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015", para ello se empleó un enfoque de antropología médica y un **método** cualitativo/descriptivo. La investigación se centró en el Hospital Regional de Ayacucho, que atiende a pacientes tanto del ámbito urbano como rural. La población rural, en particular, presenta una alta incidencia de personas bilingües y una notable presencia de creencias mágicas y religiosas, y el **resultado** nos reveló que los procedimientos técnicos, aunque respaldados científicamente, se perciben como poco empáticos y descontextualizados para las usuarias, especialmente para aquellas de origen rural. Aspectos como el registro, la aplicación de enemas, el espacio físico, la indumentaria de los proveedores y el lenguaje utilizado contribuyen a una comunicación inadecuada y a un ambiente tergiversado, teniendo como **conclusión** que el estudio concluye que la falta de adecuación cultural en los procedimientos y la comunicación en el servicio de ginecología afecta negativamente la calidad de atención percibida por las usuarias. Se recomienda a las autoridades y a la comunidad en general considerar estos hallazgos para mejorar la prestación de salud, implementando prácticas más empáticas y culturalmente sensibles.

Palabras claves: antropología médica, calidad de atención, comunicación intercultural, servicios de salud

ABSTRAC

The research on the Quality of care in the gynecology outpatient clinic service at the Regional Hospital of Ayacucho - 2015, had the objective of studying the cultural, psychological, economic and social factors that intervene in the provision of health services, specifically for to know the "Quality of Care in the Gynecology Outpatient Clinic Service at the Regional Hospital of Ayacucho - 2015", for this a medical anthropology approach and a qualitative/descriptive method were used. The research focused on the Ayacucho Regional Hospital, which serves patients from both urban and rural areas. The rural population, in particular, has a high incidence of bilingual people and a notable presence of magical and religious beliefs, and the result revealed that the technical procedures, although scientifically supported, are perceived as not very empathetic and decontextualized for the users, especially for those of rural origin. Aspects such as the registration, the application of enemas, the physical space, the clothing of the providers and the language used contribute to inadequate communication and a distorted environment, with the conclusion that the study concludes that the lack of cultural appropriateness in the procedures and Communication in the gynecology service negatively affects the quality of care perceived by users. Authorities and the community in general are recommended to consider these findings to improve health provision, implementing more empathetic and culturally sensitive practices.

Keywords: medical anthropology, quality of care, intercultural communication, health services

INTRODUCCIÓN

Actualmente la hegemonía de la salud se encuentra en manos del Estado, brindando servicios de atención en salud a nivel nacional, en este espacio se da la interrelación entre usuarias(os) y personal de salud, donde los primeros acuden frente a un problema de salud, interviniendo factores psicológicos, culturales, económicos que influyen en la percepción de los usuarios y determinaran la satisfacción. En ese sentido, la investigación se circunscribe a determinar la calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho.

Actualmente, el Ministerio de Salud viene aplicando encuestas y desarrollando herramientas para medir la calidad de atención en el servicio de salud por parte de los usuarios (as) e implementado políticas, planes con el fin de mejorar la percepción de los usuarios frente a la prestación de salud; de nuestra investigación podemos afirmar que estos esfuerzos aún se encuentran en proceso, pues se percibe un clima de insatisfacción por parte de las usuarias que manifestaron un mal trato por parte del personal de salud y sienten que los médicos solo se preocupan por el problema orgánico y mas no así por el estado emocional del paciente, además de prestarse el servicio en ambientes inadecuados que muchas veces atentan contra su privacidad.

Nuestra principal preocupación fue investigar los factores que intervienen en la calidad de atención; por el que, en nuestro primer capítulo realizamos la lectura y la revisión de los conceptos: dimensión biológica, psicológica, cultural y sociales, que determinan el modo en que las personas entienden y viven sus problemas de salud, por medio de la interrelación que se da entre usuarias y médico, desarrollado a partir de la antropología médica.

En el segundo capítulo determinamos nuestra área de investigación que se circunscribe en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena”, del cual abordamos sus antecedentes históricos, sus características, estructura organizacional, los factores condicionantes de salud, la condición sociodemográfica de las principales poblaciones de

referencia y el proceso de salud enfermedad en el área de ginecología, para conocer y comprender la realidad en donde hemos desarrollado la investigación.

En el tercer capítulo nos ocupamos en la presentación de los resultados de nuestros instrumentos de trabajo de campo, interpretación y del análisis respectivo.

Y, mostramos nuestras conclusiones obtenidas después de analizar los resultados de acuerdo a la metodología aplicada, el cual permitió realizar nuestras recomendaciones desde una perspectiva de usuaria y ahora como investigadora.

De la presente investigación se llegó a demostrar nuestra hipótesis, donde la calidad de atención es excluyente, poco empático y sin efectividad en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho. Siendo así que, un 90% de usuarias manifestaron que no se sienten satisfechas por la atención brindada en el área de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho. Sí queremos lograr la satisfacción de las usuarias, es necesario mejorar: el trato que se le brinda a las usuarias desde el momento de ingreso hasta que se retire, la información acerca de su estado de salud, así como la prescripción médica tienen que ser transmitidas en forma clara, así mismo, se debe tener en cuenta el estado emocional de la paciente, es decir, se debe buscar incluir las necesidades del médico y del paciente.

Es menester recalcar el agradecimiento a quienes hicieron posible la presente investigación: a las usuarias, a los médicos y a los demás trabajadores, por haberme brindado las facilidades, con el único fin de mejorar la calidad en el servicio de salud en el Hospital Regional de Ayacucho.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad la calidad es uno de los pilares fundamentales que debería ser abordada adecuadamente por las instituciones públicas y privadas en la prestación de servicios sanitarios, ya que se trata con seres humanos que frente a una dolencia o enfermedad acuden a un centro de salud en busca de restablecer su salud, siendo necesario que dentro de este enfoque se tome en cuenta la percepción de los usuarios, donde sus expectativas y el resultado del proceso de restablecimiento de su salud, se acerque a lo anhelado.

En una atención de calidad con “calidez en salud” es necesario que los establecimientos de salud ofrezcan una infraestructura apropiada que cuenten con los equipos técnicos necesarios para realizar una adecuada prueba, procedimiento y tratamiento (lograr restablecer la salud del paciente), además de contar con niveles máximos de seguridad frente a los virus intrahospitalarios y contar con el mínimo riesgo frente a una intervención quirúrgica, y los personales de salud tiene que mantener una adecuada comunicación, donde prime el respeto y la empatía hacia las costumbres de los usuarios. Sobre todo, debe primar la sensibilidad frente al dolor ajeno.

En ese sentido, a partir del 2001 el Ministerio de Salud en su proceso de reestructuración implemento la Dirección de la Calidad y Acreditación a fin de que se encargue de la conducción y desarrollo del Sistema de Gestión de calidad en Salud, implementándose en el 2003 las Normas Técnicas de Estándares de Calidad para Hospitales e Institutos Especializados. El Hospital Regional de Ayacucho en la actualidad está implementando estas normas por medio de Instrumentos de Gestión de Calidad, contando con el Plan Estratégico Institucional 2015-

2018 que contiene la situación y las principales líneas de acción en los servicios de salud, recursos y tecnología hospitalaria, gestión institucional y la dimensión social de atención en los servicios de salud orientados a mejorar la calidad.

Existe una preocupación por mejorar los niveles de calidad en el Hospital Regional de Ayacucho, muestra de ello son las encuestas de satisfacción realizadas por la INEI y la misma institución en el año 2014, donde el servicio de consulta externa es el que presenta mayor demanda, adicionalmente, el 55.7% de los usuarios se sienten satisfechos por la atención prestada en consulta externa, mientras que un 44.3% de usuarios se sienten inconformes.

Esta insatisfacción sobre la calidad de atención en el Hospital Regional de Ayacucho, concuerda con las expresiones de las usuarias de consulta externa del área Gineco-Obstétrica, siendo común escuchar expresiones: “...estoy desde las cinco de la mañana y ya es mas de las 9 de la mañana y no me atienden”, “no cuentan con buenos equipos técnicos”, “el tiempo de consulta es muy rápido”, “...si tendría plata me atendería en una clínica ” “no hay respeto, entran y salen las enfermeras”, “el doctor te atiende de mala gana, incluso te gritan”, “...dejaron la puerta abierta cuando me estaba revisando el medico”, “...me da mucha vergüenza porque me revisa delante de su practicante y la técnica”, “el doctor siempre para apurado, ni te explica bien la receta”, “el seguro es más limpio que aquí”, “el doctor no se deja entender”; quedando demostrado que existe un alto porcentaje de insatisfacción o la calidad de atención no se acerca a las expectativas de las usuarias.

Frente a la insatisfacción de las usuarias, consideramos necesario determinar la calidad de atención que se brinda en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho – 2015

Formulación del problema

¿Qué calidad de atención se brinda en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015?

Preguntas secundarias.

¿Quiénes acuden a los servicios de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015?

¿Cuál es el grado de satisfacción de la usuaria del consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015?

1.2. Justificación

Desde lo académico, la presente investigación debe generar reflexión y discusión sobre el conocimiento existente dentro del ámbito de las Ciencias Sociales. Esta investigación es valiosa porque contribuye a ampliar los puntos de vista y ofrece nuevas formas de entender el tema de la calidad de atención en el servicio de salud. Al confrontar teorías en contextos y escenarios distintos, se logra una comprensión más completa y profunda de las realidades estudiadas. Esto nos conduce a una mirada holista desde la antropología, donde se integran múltiples dimensiones y perspectivas para obtener una visión más rica y compleja del fenómeno.

En este sentido, las contribuciones de destacados antropólogos peruanos son fundamentales. Luis Eduardo Valcárcel, uno de los pioneros de la antropología en Perú, enfatizó la importancia de comprender las culturas indígenas desde su propia perspectiva, subrayando la necesidad de una mirada "emic" para entender las prácticas culturales y de salud en comunidades indígenas. Por su parte, José María Arguedas, conocido tanto por su labor como escritor y antropólogo, ofreció descripciones detalladas de la vida y creencias de las comunidades andinas, destacando la relevancia de las prácticas locales y su diversidad cultural en la atención en salud.

Desde la perspectiva metodológica, la investigación demostrará el valor de una mirada "emic", es decir, una perspectiva desde dentro de la cultura estudiada. Este enfoque permite generar conocimientos contextualizados y científicos, esenciales para el campo de la praxis antropológica. La mirada "emic" ofrece una comprensión más íntima y detallada de las experiencias y significados que las personas atribuyen a sus prácticas de salud. Juan Ossio, en su obra sobre el chamanismo y las creencias mágicas-religiosas en el Perú, proporciona un marco teórico para analizar cómo estas creencias influyen en las prácticas de salud y la percepción de la atención médica en las comunidades rurales.

Al adoptar esta perspectiva, la investigación no solo respeta y valora los conocimientos y creencias de las poblaciones estudiadas, sino que también aporta una base sólida para diseñar intervenciones de salud más efectivas y culturalmente adecuadas. Esto es crucial para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, especialmente en

contextos donde las barreras culturales y lingüísticas pueden afectar la comunicación y el entendimiento mutuo entre proveedores y usuarios.

1.3. Objetivos

Objetivo General

Conocer la calidad de atención se brinda en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

Objetivos Específicos

Describir a a las usuarias del servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

Saber el grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

1.4. Delimitación de la investigación

Espacial: La investigación se llevará a cabo en el Hospital Regional de Ayacucho, ubicado en la ciudad de Ayacucho, Perú. Este hospital atiende a pacientes de diversas procedencias, incluyendo tanto áreas urbanas como rurales. La investigación se centrará en el servicio de consultorio externo de ginecología del hospital, donde se prestan servicios de salud a una población diversa, con un énfasis particular en las mujeres de comunidades rurales bilingües que presentan creencias mágicas y religiosas.

Temporal: El estudio se enfocará en el año 2015, proporcionando un análisis detallado de la calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología durante ese período específico. La elección de este año permite una revisión exhaustiva de los registros y datos disponibles, facilitando una evaluación precisa de las prácticas y procedimientos empleados.

Poblacional: La población objetivo de esta investigación incluye a las pacientes que acudieron al consultorio externo de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho durante el año 2015. Se prestará especial atención a las mujeres provenientes de áreas rurales, considerando su diversidad cultural, lingüística y sus creencias mágicas y religiosas. Además, se incluirá al personal de salud que brinda atención en este servicio, para

comprender su perspectiva y las dificultades que enfrentan al tratar con una población diversa.

Temática: La investigación se centrará en analizar los factores culturales, psicológicos, económicos y sociales que influyen en la prestación del servicio de salud en el consultorio externo de ginecología. Se evaluarán aspectos como el registro, la aplicación de enemas, el espacio físico, la indumentaria de los proveedores y el lenguaje utilizado, con el objetivo de determinar cómo estos factores impactan la calidad de atención y la comunicación entre el personal de salud y las pacientes.

Metodológica: Se empleará un enfoque cualitativo/descriptivo desde la perspectiva de la antropología médica. La metodología incluirá entrevistas en profundidad con pacientes y personal de salud, observaciones participativas y el análisis de documentos y registros médicos. Este enfoque permitirá obtener una comprensión detallada y contextualizada de las prácticas y percepciones relacionadas con la atención en salud.

Justificación de la Delimitación: La delimitación espacial y temporal permite enfocar la investigación en un contexto específico y manejable, facilitando la recopilación de datos detallados y precisos. La delimitación poblacional asegura que se consideren las experiencias y perspectivas de los grupos más relevantes para el estudio, mientras que la delimitación temática y metodológica garantiza un análisis profundo y contextualizado de los factores que afectan la calidad de atención en el servicio de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la Investigación.

La calidad en la prestación de bienes y servicios

La calidad es un concepto aplicable a todos los aspectos de la vida, desde la producción de bienes industriales hasta la prestación de servicios públicos y privados. En este contexto, intervienen productores o prestadores de servicios, productos o servicios, y consumidores o usuarios. El consumidor, en última instancia, evalúa la calidad del bien o servicio en función de sus necesidades y expectativas.

Es responsabilidad de los productores o prestadores de servicios lograr la satisfacción de los consumidores o usuarios. Esta satisfacción se refleja en la demanda y la fidelidad de los usuarios, lo cual permite a los responsables mejorar continuamente la calidad del bien o servicio ofrecido.

Según Deming W.E. El concepto de calidad proviene del latín *qualitis*, conjunto de cualidades que constituyen la manera de ser de una persona o cosa, y es sinónimo de cualidad, clase, aptitud, excelencia, categoría, superioridad. Citado por (Llinás Delgado, 2010, págs. 1-2)

Asimismo, la Sociedad Americana para el Control de Calidad (ASQC) define la calidad como un conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente. Esta definición coincide con el planteamiento de J. Juran, quien describe la calidad como aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias (Munro Faure, 1994, pág. 47).

Remontándonos a los orígenes de la definición de calidad, esta se desarrolló con la

Revolución Industrial, la cual consistió en la inspección de productos terminados y su clasificación como buenos o malos. Para ello, se implementaron controles estadísticos en los procesos de producción con el fin de disminuir los costos de inspección.

A principios del siglo XX, Frederick W. Taylor, conocido como el padre de la administración científica, introdujo la organización científica del trabajo. Taylor aportó conceptos innovadores al sistema productivo, separando las tareas de inspección de las de producción y diferenciando el trabajo de planificación del de ejecución.

En 1944, Walter Shewhart introdujo las fichas de control (tablas de muestreo), un método en el que los militares estadounidenses utilizaban procedimientos estadísticos de muestreo y establecían requisitos o normas estrictas para sus proveedores. Gracias a sus contribuciones, Shewhart es considerado hoy en día como el padre de los sistemas de gestión de calidad.

Para lograr calidad en la oferta de un producto o servicio, esta debe ir acompañada de una adecuada gestión. La gestión implica la acción y efecto de administrar una organización basándose en conceptos, métodos y técnicas, junto con el uso de tecnología.

En 1946, se fundó la American Society for Quality Control (Sociedad Americana para el Control de Calidad), y en la década de 1950, los japoneses adoptaron y perfeccionaron las ideas de control de calidad. La primera acción en cualquier proceso de calidad es evitar el desperdicio de costos en productos mal hechos. Si estos productos defectuosos llegan a manos de los consumidores, generan desconfianza y la pérdida de clientes, junto con sus recomendaciones negativas a otros potenciales clientes.

En este contexto, según los expertos de la Universidad de Ohio, las empresas e instituciones que desean asegurar la calidad en los bienes o servicios que ofrecen deben enfocarse en tres variables clave para mejorar su gestión: Preocupación por la ejecución del trabajo: Esto implica cumplir con los objetivos establecidos mediante una planificación y organización adecuada. Tratamiento de los recursos humanos: Es esencial abordar aspectos como las actitudes, motivaciones, formación y promoción del personal. Compromiso con la calidad en toda la organización: La calidad debe ser una prioridad en todos los niveles de la institución.

Y, en 1951 se da la transición de un control estadístico a un control total, promovida

por el Dr. Joseph M. Juran, donde en su manual de calidad considera:

- La calidad es la satisfacción de las necesidades y expectativas de los clientes.
- Se tiene que aplicar principios y herramientas que permitan mejorar continuamente la calidad de los productos y servicios.
- Participación en la dirección de gestión, donde es necesario formar profesionales encargados de dirigir los procesos productivos, como ingenieros de control de calidad, ingeniero de fiabilidad, quienes eran los encargados de la planificación e implementación de estrategias que permitan mejorarla productividad.
- Tomar en cuenta la concepción de los clientes, como: la satisfacción o inconformidad y la demanda del producto.

Asimismo, con el Dr. Joseph M. Juran se implementó la teoría de los círculos de calidad, cuyo objetivo es desarrollar y mejorar la calidad de la empresa. Esta teoría también busca contribuir al desarrollo de talleres para promover y fortalecer las capacidades humanas de los empleados, respetando las relaciones interpersonales y descubriendo las habilidades de los empleados para potenciarlas. Todo esto se logra mediante el aprendizaje y la enseñanza de herramientas básicas como la gráfica de Pareto, el diagrama de causa y efecto, la estratificación, la hoja de verificación, el histograma, el diagrama de dispersión y la gráfica de control de Shewhart.

Posteriormente, en la década de 1970, Japón se convirtió en la primera potencia exportadora de productos de alta calidad y bajo costo, lo que le permitió ser considerada la primera potencia económica mundial. Este logro redujo las exportaciones de Estados Unidos, que incluso comenzó a adquirir productos japoneses debido a su calidad. Este hecho llevó a Estados Unidos a tomar conciencia y retomar la gestión de la calidad. A partir de este momento, se comenzó a hablar de la Gestión de la Calidad Total (TQM), un enfoque integral que busca la mejora continua en todos los aspectos de una organización, desde la producción hasta la satisfacción del cliente.

La “calidad” a partir de los años 80 comienza a adquirir preponderancia tanto en la producción de bienes y en el ofrecimiento de servicios; es así que, las empresas e instituciones comienzan a implementar instrumentos que le permitía medir la calidad de su

producto o servicio en base a la satisfacción del cliente y/o usuario, donde los clientes siempre tienen la razón, quienes son los encargados de proporcionar información para ir innovando y mejorando el producto.

Es por ello, que se considera una de las características que distingue al modelo industrial, es su enfoque en el consumidor como el árbitro final de su calidad, es quien en ultimo termino, decide si el producto o servicio proporcionado responde a sus necesidades y expectativas. El objeto no solo es lograr la satisfacción del consumidor sino también lograr su entusiasmo, su confianza y su fidelidad futura (Donabedian, 1990, págs. 20-33)

Asimismo, en este periodo, el año de 1987, sale la publicación de la primera edición de la familia de la serie ISO 9000 (Agencia internacional de normalización) por encargo de los miembros de algunos países.

La serie ISO 9000 es un conjunto de cinco normas relacionadas entre sí, son normas genéricas, no Específicas, que permiten ser usadas en cualquier actividad ya sea industrial o de servicios. La importancia de la aplicación de las normas ISO 9000 para el desarrollo e implementación de sistemas de aseguramiento de la calidad radica en que son normas prácticas. Por su sencillez han permitido su aplicación generalizada sobre todo en pequeñas y medianas empresas. Las normas ISO Serie 9000 brindan el marco para documentar en forma efectiva los distintos elementos de un sistema de calidad y mantener la eficiencia del mismo dentro de las empresas, grandes y pequeñas, así como de las organizaciones dedicadas a la educación, a la salud y todo tipo de servicios en todo el mundo (Iruretagoyena, 2016).

En la actualidad, si los productos y servicios cuentan con la certificación ISO, significa que cumplen con los requisitos establecidos por esta norma, siendo la ISO la única instancia permitida para verificar y calificar la calidad de dichos bienes y servicios. En este sentido, la calidad se refiere a la totalidad de características de un producto o servicio que se diseñan para satisfacer las necesidades y expectativas del cliente (Méndez, 2008, pág. 22).

La calidad y calidez en la salud.

La enfermedad resulta de una alteración biológica o psicológica que genera un desequilibrio en nuestros organismos. Cada grupo social se organiza colectivamente mediante medios materiales y subjetivos para comprender y desarrollar técnicas en respuesta a las experiencias o episodios de enfermedad, ya sean individuales o colectivos. La salud del individuo está determinada por factores personales, económicos, sociales y culturales. Como señala Scheper-Hughes (1997, pág. 169), “hay un intercambio de significados,

imágenes y representaciones entre el cuerpo personal y el cuerpo social, colectivo y simbólico”.

Sin embargo, a lo largo del desarrollo de la ciencia, la salud ha sido entendida predominantemente como un proceso biológico, un “hecho sanitario” separado de la realidad social, cultural, política y económica que la rodea. Esta visión reduccionista ha limitado la comprensión integral de la salud, ignorando cómo estos factores externos influyen profundamente en el bienestar individual y colectivo.

Este argumento nos lleva a concluir que la enfermedad no debe ser reducida a un problema individual de índole biológica, originado únicamente por una alteración orgánica. Por el contrario, la enfermedad posee un significado y un sentido profundamente vinculados al contexto social y cultural del individuo, así como a su red de relaciones sociales, incluyendo la familia, creencias y valores. No solo es necesario analizar el origen biológico de la enfermedad, sino también su tratamiento dentro de este marco más amplio. Al entender la enfermedad desde una perspectiva holística, se pueden desarrollar enfoques terapéuticos más integrales y efectivos que consideren tanto los aspectos físicos como los sociales y culturales del paciente. Esto nos permitirá ofrecer una atención más empática y personalizada, mejorando así la calidad del cuidado y los resultados en salud.

Actualmente, los servicios públicos de salud tienen hegemonía debido a su accesibilidad para toda la población. La implementación de hospitales y postas médicas a nivel nacional permite que estos servicios lleguen a casi todas las comunidades rurales, y el acceso masivo al Sistema Integral de Salud (SIS) facilita a la población recibir una serie de consultas médicas según su edad, dolencia y enfermedad. Estos establecimientos de salud ofrecen especializaciones que van desde la medicina general hasta la pediatría.

Sin embargo, en estos espacios, las usuarias a menudo experimentan una serie de vulneraciones a sus derechos. Estos incluyen atención en instalaciones inadecuadas, falta de equipos técnicos y medicamentos, y una comunicación ineficaz por parte del personal de salud hacia el paciente. Estas deficiencias no solo afectan la calidad de la atención, sino que también pueden agravar las condiciones de salud y bienestar de los usuarios, destacando la necesidad de abordar estos problemas desde una perspectiva integral que considere tanto los factores biológicos como los sociales y culturales.

Existen numerosas causas que contribuyen a la deshumanización en el servicio de salud. Entre las más importantes se encuentran:

Cultura organizacional: La cultura de la entidad influye significativamente en cómo se trata a los pacientes. Una cultura que prioriza la eficiencia sobre la empatía puede deshumanizar la atención. Rasgos propios de la institución: Características inherentes a cada entidad, como su historia, misión y valores, afectan la calidad del servicio y el enfoque hacia el trato humano. Estilo de liderazgo: Un liderazgo autoritario o indiferente puede desmotivar al personal y reducir su compromiso con una atención compasiva y personalizada. Falta de trabajo en equipo: La ausencia de colaboración entre los profesionales de salud lleva a una atención fragmentada y descoordinada, perjudicando la experiencia del paciente. Rigidez de los procesos: Procedimientos burocráticos y estrictos pueden hacer que la atención sea impersonal y frustrante para los pacientes, limitando la flexibilidad y adaptabilidad del servicio. Monotonía en el puesto de trabajo: La falta de variedad y desafío en las tareas diarias puede desmotivar al personal, resultando en un trato rutinario y despersonalizado hacia los pacientes. Nivel de incentivos: Bajos salarios y falta de reconocimiento disminuyen la motivación del personal de salud, impactando negativamente en su desempeño y en la calidad de la atención brindada.

En este sentido, es fundamental que el personal de salud sea solidario con el paciente, y actúe de manera equitativa y respetuosa hacia las opiniones, creencias, estilos de vida y autonomía de los individuos. Esto excluye cualquier forma de maltrato, discriminación, agresión, humillación o indiferencia, independientemente de la condición del paciente. Es responsabilidad del personal de salud realizar su labor de la mejor manera posible, con efectividad, calidad y compromiso, sin perder de vista el beneficio colectivo y la vocación de servicio.

Fomentar una cultura organizacional que promueva estos valores es crucial para garantizar una atención de salud humanizada y centrada en el paciente. Esto implica también implementar políticas que mejoren el ambiente de trabajo, incentiven el trabajo en equipo y apoyen al personal en su desarrollo profesional y personal, para que puedan brindar un servicio de salud que verdaderamente responda a las necesidades de la comunidad.

Ante los cambios implementados en el sector salud, por las políticas neoliberales de la globalización, se hace urgente plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud para competir en el libre mercado, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y

expectativas de los clientes, junto con las instituciones de salud y así garantizar una lealtad con la instrucción y por ende de la supervivencia de la misma (Gil Espinoza, 2002).

En la actualidad, los prestadores de servicios de salud enfrentan diversas dificultades en la atención a los pacientes. Entre estas se encuentran la falta de medicamentos, ambientes inadecuados, equipos médicos deteriorados y una formación del personal de salud enfocada en una perspectiva científica, pero poco humanística. Además, factores personales como problemas familiares, tensiones laborales, riesgos intrahospitalarios, bajas remuneraciones y la falta de reconocimiento institucional afectan la autoestima de los trabajadores de salud. Estas condiciones contribuyen al deterioro de las relaciones interpersonales entre los prestadores de salud y los pacientes. Por estas razones, muchos trabajadores del sector salud consideran necesario un cambio sistemático en el sector.

A esto se suma la deficiente organización hospitalaria, ejemplificada por los horarios de atención que obligan a los usuarios a hacer largas colas desde las 4 a.m. para obtener un cupo y ser atendidos a partir de las 8 a.m. Además, las consultas suelen ser de corta duración, lo que resulta insatisfactorio para los pacientes. Como afirma una usuaria: "Llego a las 4 de la mañana para hacer cola y asegurarme un cupo. Pero después de esperar horas, la consulta dura apenas unos minutos. Me siento como un número, no como una persona." Estas condiciones subrayan la necesidad urgente de reformar el sistema de salud para mejorar tanto las condiciones laborales del personal como la calidad de atención a los pacientes.

Es una larga cola, la espera es demasiada, en otros casos la encargada se retira y no hay nadie que atienda, nunca tiene sencillo, se amarga cuando le preguntas alguna duda, cuando llegas donde la doctora solo te atiende 10 minutos, ni te da tiempo de preguntar (Fabiola, 2015).

Además, la formación del personal de salud ha sido influenciada por una visión etnocéntrica de la salud, que se remonta a la época de la conquista, cuando los indígenas eran considerados incapaces y necesitados del cuidado de un encomendador. Las prácticas culturales, como la medicina indígena, eran vistas como manifestaciones primitivas y satánicas.

En el campo de la salud, esto dio lugar a un modelo biomédico, en el cual la enfermedad se analiza desde un enfoque puramente biológico, desligado de las dimensiones social, cultural y económica. En este sistema, el médico se enfoca en el restablecimiento del

órgano afectado por la enfermedad, y sus prescripciones se centran exclusivamente en ello, desatendiendo la parte psicológica y emocional del individuo.

Este enfoque ha generado una atención sanitaria fragmentada, donde el ser humano no es visto en su totalidad, sino como un conjunto de órganos y sistemas. Para mejorar la calidad de atención, es esencial integrar una perspectiva más holística que considere al individuo en su contexto cultural y social, reconociendo la validez de diferentes formas de conocimiento y prácticas de salud.

El sistema biomédico en salud es un modelo de práctica e intervención científica caracterizado por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque eminentemente biológico y técnico en el abordaje del fenómeno salud-enfermedad-atención (Carames García, 2004, pág. 35).

En las “sociedades capitalistas modernas” se pueden identificar, en términos globales, tres conjuntos de prácticas específicas para el tratamiento y la prevención de enfermedades, que constituyen los sistemas médicos fundamentales (Méndez, 1985, págs. 15-17).

El modelo hegemónico en estas sociedades es la práctica e intervención científica occidental, la cual se distingue por sus pretensiones de objetividad positivista y su enfoque estrictamente biológico y técnico en el abordaje de la salud y la enfermedad. Este modelo presenta las siguientes características principales:

Individualismo: Enfoque centrado en el paciente como un individuo separado de su contexto social y cultural, abordando la enfermedad y su tratamiento de manera aislada.

Mercantilismo: La salud se considera un bien de mercado, con los servicios médicos sujetos a dinámicas de oferta y demanda que afectan el acceso y la calidad de la atención en función del poder adquisitivo. **Asociabilidad:** Relaciones jerárquicas entre el médico y el paciente, donde el médico ejerce un rol dominante y el paciente ocupa una posición pasiva. **A historicidad y eficacia pragmática:** Orientación hacia la resolución inmediata de problemas de salud, con escasa consideración del contexto histórico o cultural del paciente, y un énfasis en la eficacia práctica de las intervenciones médicas.

Estas características contribuyen a establecer relaciones desiguales entre el médico y los pacientes, donde el profesional de la salud mantiene una posición de autoridad y control, mientras que el paciente es tratado principalmente como un objeto de intervención.

Este enfoque puede limitar la participación activa del paciente en su propio cuidado y desconsiderar las dimensiones culturales y sociales que influyen en la experiencia de la enfermedad y la salud.

Como afirma Barfield, para este sistema medico la enfermedad es la manifestación externa clínica “objetiva” de anormalidad de la función física o de infección por un patógeno en el individuo o huésped, es decir comprende aquellas anormalidades patológicas observables en los órganos y sistemas orgánicos. (Huiza Guardia, 2003, pág. 15)

Actualmente, el sistema biomédico, gracias a los avances científicos, ha alcanzado un elevado reconocimiento, prestigio y autoridad. En este contexto, la ciencia médica detenta el poder para determinar qué es beneficioso o perjudicial para nuestra salud. Este poder se manifiesta en la relación entre un médico, poseedor de conocimientos científicos, y los pacientes, quienes a menudo se encuentran en una posición de sumisión, aceptando tanto las prescripciones como los malos tratos.

Los usuarios aceptan estos malos tratos porque han interiorizado la noción de que los médicos, al poseer el conocimiento absoluto, ocupan una posición jerárquica superior. Esta percepción les otorga incluso el poder para ejercer un trato despectivo hacia los pacientes. Como afirma una paciente entrevistada: "Acepto lo que me dicen los médicos, aunque a veces me siento maltratada, porque creo que ellos saben lo que es mejor para mí. Siento que tengo que someterme a sus decisiones, incluso cuando no me tratan con respeto." Este fenómeno destaca la necesidad de abordar la relación médico-paciente de manera más equitativa y humanizada, promoviendo un enfoque en el que el respeto mutuo y la comunicación efectiva sean prioritarios.

Yo tengo tres hijos y cuando di a mi última hijita, me hicieron cesaría porque no podía dar a luz, cuando me dieron de alta mi esposo me llevo a casa y unos días después sentí dolor y volvimos al hospital, la doctora me reviso y como no aguantaba el dolor, me dijo que las del campo teníamos hijos como cuy, ¿por qué has abierto las piernas?, ¿Por qué no te cuidas? (Juana, 2015).

Como afirma Rocha, “El adoptar una actitud pasiva frente a las conductas violentas puede relacionarse con la relación asimétrica jerárquica que se establece entre el personal de salud y los pacientes en los hospitales públicos” (Burgos Moreno & Paravic Klun, 2003, pág. 12). Estos maltratos se presentan durante el diagnóstico, tratamiento y curación de la enfermedad, a pesar de que existen leyes diseñadas para proteger los derechos de los usuarios.

En este contexto, la presente investigación se enfoca en la salud reproductiva dentro del consultorio externo de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. Entre las manifestaciones que han reportado las pacientes se encuentran:

- “Tengo miedo a que pida que me saque la ropa, me da vergüenza que me vean desnuda”.
- “Me han dicho que cuando vas por un problema de quiste te introducen el dedo, tengo miedo a que me han lo mismo”.
- “Yo entre a consultar porque sentí un bulto en mi seno y el doctor me pidió que me saque la chompa y me revisó, me dio mucha vergüenza”.

La primera cita es determinante para que las pacientes califiquen la atención como regular, buena o mala. Es fundamental comprender que, para obtener fidelidad y reconocimiento en los establecimientos de salud pública, es necesario ofrecer una atención de alta calidad. En este contexto, “Calidad en Salud” se entiende como la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario o cliente externo (Organización Mundial de la Salud, 1994). Esta definición se analiza desde la perspectiva del usuario.

Desde esta óptica, la satisfacción del usuario debe incluir una serie de factores clave: la infraestructura adecuada, equipos técnicos funcionales, procedimientos efectivos y un tratamiento de calidad. Además, se requiere garantizar altos niveles de seguridad frente a los riesgos intrahospitalarios y el mínimo riesgo en intervenciones quirúrgicas. Lo más crucial es contar con un personal que mantenga una comunicación efectiva con el paciente, demostrando respeto y empatía hacia sus costumbres y necesidades. La calidad en la atención se evalúa no solo por los aspectos técnicos, sino también por la capacidad del personal para brindar una experiencia de atención que respete y comprenda el contexto cultural y las expectativas del usuario.

Es por ello que, la Organización Mundial de Salud planteo “Para lograr calidad en la prestación de servicios de salud es necesario: un alto nivel de eficiencia profesional, un mínimo de riesgos para el paciente, un alto grado de satisfacción por parte del paciente”. (Organización Mundial de la Salud, 1994).

Mientras que para Abedis Donabedian (1986), la calidad está referido a la atención medica donde confluyen dos aspectos: el primero, atención técnica, que es la aplicación de la ciencia y tecnología para la resolución de un problema de salud y el segundo, relación interpersonal, que es la interacción social, cultural y económico entre el profesional de la salud y el paciente.

A todo ello, Donabedian incluye una tercera dimensión que son “las amenidades” las cuales son propias del espacio donde se presta el servicio de salud. Donde la sala de espera debe ser agradable, sabanas limpias, ambientes limpios, servicios higiénicos aseados, temperatura adecuada, espacios adecuados que generen confort en las usuarias, consultorios que cuenten con los requerimientos de privacidad, que los médicos atiendan con amabilidad.

Asimismo, la calidad de atención que debe brindar una institución de salud es percibida por las características del proceso de atención, la relación interpersonal, el contenido de la consulta, la duración, las acciones clínicas de revisión y el diagnóstico por el resultado, características de la estructura física, humana y organizacional, condiciones relativas a la accesibilidad (Varo, 1993, pág. 20)

Donabedian también hace mención a la existencia de tres enfoques para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios de salud, siendo este la contribución más importante:

- Estructura: se refiere a la organización de la institución en cuanto al manejo y proporción de recursos materiales como: equipos técnicos, recursos financieros, infraestructura, medicamentos, recursos humanos, estructura institucional.
- Proceso: es la manera como el personal de salud atiende a los usuarios y como estos reaccionan frente a las prescripciones o tratamientos. Todo ello se da en la interrelación que se genera a partir de la consulta de un malestar o enfermedad del usuario, donde los médicos al momento de diagnosticar o recomendar el tratamiento debe comunicar al paciente con empatía, con calma y con claridad, todo ello con la finalidad de que el usuario comprenda con claridad cuál es su problema de salud y cumpla a cabalidad con la receta médica.
- Resultado: es la última etapa del proceso, dentro de ello se analizará si la intervención quirúrgica y/o el tratamiento ha contribuido a restablecer la salud del paciente o a generado efectos adversos.

Estos tres elementos son fundamentales para evaluar la calidad, ya que están interrelacionados. Para ofrecer un servicio de calidad, es esencial contar con una estructura adecuada y un proceso que sea empático con los usuarios, lo cual llevará a obtener los resultados deseados.

Históricamente, las instituciones se han centrado únicamente en la estructura y el proceso para medir los estándares de calidad, dejando de lado los resultados. Sin embargo, actualmente, las encuestas de satisfacción del INEI también consideran los resultados, ya que

son el indicador más importante para verificar la efectividad del tratamiento.

Existen diferentes enfoques para medir la calidad en el sector salud. La calidad objetiva se enfoca en la oferta, midiendo las características objetivas y verificables de los servicios. En contraste, la calidad percibida se basa en la demanda y la experiencia de los usuarios con los servicios de salud.

Es crucial analizar la calidad desde la perspectiva de los usuarios, tal como lo señala Gronroos:

La calidad experimentada es evaluada por clientes atendiendo a dos dimensiones de la misma: una técnica o de resultado, que coincide con la prestación efectiva que el cliente recibe cuando el proceso productivo y las interacciones comprador –vendedor han concluido; y una dimensión funcional de los procesos, que se identifica como la forma en que se recibe el servicio así como el modo como el cliente experimenta el proceso simultáneo a la reproducción y consumo., citado por (Hospital Universitario del Valle "Evaristo Garcia", 2010, pág. 27)

En este modelo los usuarios van con expectativas positivas y negativas preconstruidas respecto a la atención que recibirán, surgiendo así el concepto de la calidad esperada, donde influye en gran medida los procesos comunicacionales entre el médico y la paciente, como nos menciona “Mi hermana vino varias veces a atenderse y dice que la doctora atiende muy bien, ojalá que me toque ella”. (LIDIA, 2015). La buena calidad percibida se obtendrá cuando la consulta, tratamiento y curación de la enfermedad iguale o supere a la calidad esperada.

Según Rosario, en la percepción de los usuarios influye ciertos aspectos, como son: las necesidades y deseos: la motivación de la persona la cual le hace percibir aquello que le proporcione satisfacción, las expectativas, el estilo de cada persona para enfrentarse al ambiente que lo rodea, la educación que recibió en el hogar considerando la forma de ver la vida, el nivel escolar. (Tapia Mérida, 2011).

Es en ese sentido la percepción, será la atribución subjetiva de lo que puede ser bueno, malo, agradable o desagradable, todo ello según la ideología y cultura que se desarrolle en un contexto determinado.

La percepción es entendida como la conducta que comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, que tiene como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad del hombre para la producción de símbolos, citado por (Vargas Melgarejo, 1994, pág. 51)

En nuestro contexto, observamos la proliferación de centros de salud privados, donde a menudo escuchamos comentarios como “aquí sí me atienden bien, no como en el hospital”.

Estos comentarios sugieren que los servicios públicos podrían no estar ofreciendo una atención de calidad, lo que resulta en la pérdida de credibilidad, confiabilidad y fidelidad de los usuarios.

La calidad en salud puede definirse de diversas maneras. Según el Ministerio de Salud, el concepto más aceptado es el propuesto por Donabedian. Como se mencionó anteriormente, el proceso es una etapa crucial del tratamiento, ya que es donde se establece la interacción entre los prestadores de salud y los usuarios. En esta etapa, debe primar el respeto hacia el paciente, considerando sus valores culturales, su intimidad, sus costumbres y, sobre todo, individualizando cada caso, dado que los usuarios tienen expectativas diversas al acudir a los servicios de salud.

Para individualizar al paciente de acuerdo con sus necesidades y expectativas, es esencial contar con información detallada (historia clínica) y que el paciente comprenda claramente su situación. Además de conocer el problema de salud, los médicos deben entender la situación familiar, psicológica e incluso espiritual del paciente. Esto se logrará mediante una comunicación afectiva y empática. También es importante involucrar a los miembros de la familia en el diagnóstico y tratamiento del paciente, ya que son aliados clave para lograr la recuperación.

En la interrelación entre médico y paciente, quien no ha escuchado en los pasillos del hospital, comentarios de impotencia *“acaso no es persona”*, *“peor que a un animalito te tratan”*, *“no se inmutan al dolor ajeno y prefiere hablar por su celular”*, si se quiere ofrecer una atención de calidad es necesario ofrecer a los pacientes un trato humano:

Según Gil Espinoza (2002) los términos “humanizar” y deshumanizar se usan con frecuencia en la literatura. Discernir lo que humaniza de lo que deshumaniza no será siempre tarea fácil ni sencilla ya que la naturaleza humana no puede ser medida físicamente ni puesta bajo microscopio. A pesar de la laboriosidad de la tarea, parece que esta sea la mejor manera de clarificar los problemas y de llegar a formar un juicio de lo que es conforme a nuestra naturaleza, de lo que conviene a los seres humanos y, por tanto, es la forma correcta de obrar.

Los médicos y demás profesionales de la salud deben abordar al paciente desde una perspectiva biológica y psicológica, reconociendo que el sufrimiento del paciente abarca tanto aspectos físicos como emocionales. Es fundamental que el paciente se sienta escuchado, acompañado, comprendido y respetado.

Brindar un trato humano a los pacientes implica ofrecer una atención con calidez, lo

cual se refleja en la interacción entre médico y paciente. Es crucial tratar al paciente como un ser único, con características culturales y psicológicas propias. Tanto la enfermedad como el estado emocional del paciente son relevantes en esta relación.

En las consultas médicas, es común que el médico pregunte: "¿Qué pasa?", "¿Qué te duele?", pero es menos frecuente que se pregunte: "¿Qué piensas?". La comunicación debe ser fluida, sin autoritarismo ni sumisión por parte del paciente.

La calidez en la atención se manifiesta a través de actos sencillos, como ser bondadoso con los pacientes, darles la mano, usar una expresión verbal y gestos cálidos. Es importante tratar al paciente como un responsable activo de su salud, escucharle y hacerle sentir acogido. Durante los primeros minutos de la consulta, se pueden abordar temas generales, como el clima o cómo le ha ido en el día, para conocer un poco más sobre la vida del paciente. Esto ayuda a construir una relación de confianza y a demostrar que se dispone de tiempo suficiente para escucharlo. Además, es esencial explicar claramente sobre su enfermedad y los cuidados necesarios, y hacerle ver que, a pesar de la enfermedad, hay muchas razones para valorar la vida.

Sistema Gestión calidad de salud en el Perú:

Los sistemas están conformados por un conjunto de elementos interrelacionados entre sí, destinados a la obtención de un objetivo en común.

Según Bertalanffy y Chávez los sistemas se clasifican en sistemas abiertos o cerrados, donde el segundo no guarda relación con el medio, mientras que el primero (sistemas biológicos o sociales) intercambian información y recursos con el medio, lo modifican, y son modificados por el (...), así mismo, está formado por componentes: los elementos de entrada, salida y el procesador, citado por (Huiza Guardia, 2003, pág. 15)

Asimismo, Huiza en base a la teoría de Paganini, sostiene que los elementos descritos líneas arriba forman parte del entorno, donde los elementos de entrada serían los usuarios que solicitan la atención, mientras que el elemento de salida sería la atención que recibe el usuario, y el elemento procesador está conformado por los métodos y técnicas utilizados por el personal de salud y los procesos (trámites) que realiza el personal de salud.

El sistema funciona dentro de una estructura, es decir, está integrado por las interrelaciones y la estructura por los elementos relativamente estables, según Donabedian:

La estructura son las características relativamente estables de quienes suministran

atención, de los medios o herramientas y recursos con que cuentan, y el marco físico y organizativo dentro del que trabajan (...) e incluye los recursos físicos y financieros que se necesita para suministrar atención médica. Relativamente estable (Huiza Guardia, 2003, pág. 16)

En este sentido, el enfoque estructural hará referencia a las condiciones físicas y financieras: el centro de salud debe contar con instalaciones adecuadas, equipos técnicos y contar con el número de personal requerido y calificado.

Según la Organización Mundial de la Salud, señala que un sistema de salud es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud de la población. Para hacerlo requiere de personal, financiamiento, información, suministro, transportes y comunicaciones, así como orientación y dirección. (Sutton, Garcia, Hernandez, & Roche, 2013, pág. 13)

Una vez que tenemos claro a que refiere sistemas, es necesario abordar el Sistema de Gestión de Calidad (SGC) en el Perú, el cual fue elaborado por el Ministerio de Salud, el cual contiene un conjunto de estrategias, metodologías, instrumentos y procedimientos para la atención a los usuarios de salud formulados en base a los estándares de calidad internacional como es el Sistema de gestión de calidad ISO 9001: 2000; los cuales deberían ser de cumplimiento para los servicios de salud público y privado.

Los estándares así formulados expresan los niveles de calidad deseada y alcanzable por los servicios hospitalarios en tanto que la calidad expresan las cualidades de toda buena atención en salud y debe ser percibida por los usuarios tanto externos como internos (Ministerio de Salud, 2003)

Es decir, estos estándares permitirán la evaluación de la calidad de los Hospitales tomando en cuenta el enfoque sistémico: está integrado por la estructura, proceso y resultado. Según SGC de servicios médicos del Perú, si se quiere ofrecer una atención con calidad es necesario que se cumplan los siguientes preceptos de calidad:

- Que se respete al usuario: según el ministerio de salud se tiene que considerar a la persona como un sujeto de derechos, como un ser único con sentimientos y percepciones que son determinadas por su cultura y nivel educativo.
- Información completa: se tiene que proporcionar información fidedigna, completa y oportuna que permita al usuario tomar decisiones sobre su salud. La información proporcionada por el medico tienen que ser ofrecida de manera clara, con un lenguaje sencillo y adecuado según las prácticas culturales de la población, incluso si es necesario se tiene que recurrir a interlocutores que permitan una comunicación

eficaz. En este sentido, el medico se convertirá en un amigo y no actúe con un poder paternal.

Siendo importante la comunicación como lo define el autor Paulo Freire: el dialogo horizontal de A hacia con B. Nace de una matriz crítica y genera criticidad. Cuando los dos polos del dialogo se ligan así, con amor, con esperanza, con fe uno en el otro. Se hace críticos la búsqueda común de algo. Solo ahí hay comunicación. Solo el dialogo comunica, citado por (Ministerio de Salud, 2015, pág. 9)

- Oportunidad: los servicios tienen que estar a disposición de los usuarios de acuerdo a la necesidad y severidad de la enfermedad.
- Integridad: la situación clínica de la persona tiene que ser atendido desde una perspectiva biopsicosocial, es decir analizar la situación del usuario desde un enfoque biológico, psíquico cultural desde el primer contacto con el medico en su proceso de restablecimiento de su salud.
- Trabajo en equipo personas: hace referencia a los prestadores de salud que tienen que trabajar de forma coordinada asumiendo compromisos y responsabilidades, además los servicios médicos tienen que completar sus capacidades y desarrollar sus potenciales para el logro de sus resultados.
- Privacidad: respeto a la privacidad de los usuarios con ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica. En este sentido las instalaciones tienen que haber sido diseñados para la protección de la dignidad del usuario, proporcionando ambientes que no permitan que personas ajenas a la consulta puedan escuchar o ver, así mismo, este derecho permite que el usuario pueda pedir la presencia del personal de su propio sexo para ciertos exámenes, además a no permanecer desnudo mayor al tiempo que requiere el procedimiento.
- Accesibilidad: condiciones de la organización y los servicios para facilitar el acceso de los usuarios a la atención que oferta. Actualmente la población en su mayoría cuenta con algún tipo de aseguramiento, según el Censo de la INEI del 2015: del 100% de la población un 71, 8% cuentan con seguro de salud, donde un 25.7% cuentan con ESSALUD, mientras que un 40% cuentan con SIS y con otro tipo de seguro un 6.1%, así mismo en la Región de Ayacucho del 100% de la población un 85.8 cuentan con algún tipo de aseguramiento
- Satisfacción del usuario interno y externo: el usuario tiene que mostrar los niveles más altos de satisfacción durante la consulta, tratamiento y curación de la

enfermedad, para ello es necesario proporcionar una adecuada infraestructura y un trato con calidez hacia los usuarios.

Todos estos elementos integrantes de la calidad tienen que estar en constante evaluación y mejora continua, como lo señala Aguirre:

Como parte integrante de la evaluación y mejoramiento de la calidad de la atención médica, es necesario dar continuidad al procedimiento mediante seguimiento de los avances logrados y la solución de los problemas identificados y la reingeniería de los procesos, en cuanto a calidad, eficiencia y efectividad. (Aguirre Gas, 1997, pág. 263)

Según CLICS (1998), el esquema para analizar el ciclo de mejora de calidad comienza con la detección del problema, seguido por la priorización del mismo, el análisis de la causa, la definición de criterios, el diseño del estudio de evaluación, el análisis de acciones de mejora, la implantación de las mejoras y, finalmente, la reevaluación.

Por otro lado, el Ministerio de Salud (MINSA) considera el proceso de mejoramiento continuo, que incluye la planeación, la monitorización, la identificación de prioridades, y la propuesta de evaluación de resultados y comunicación de los mismos. Este enfoque se aplica tanto en la parte administrativa como asistencial, y se basa en la definición de variables e indicadores que integran el sistema de Gestión de Calidad en salud en las siguientes áreas:

- Mortalidad materna y perinatal.
- Atención de emergencias.
- Prevención y control de enfermedades emergentes y reemergentes.
- Prevención y control de enfermedades crónico-degenerativas.
- Atención a poblaciones en condiciones de pobreza y exclusión.
- Complicaciones terapéuticas (reacciones adversas a medicamentos y por transfusiones).

Para la mejora del servicio que se presta en los hospitales es necesario garantizar la calidad mediante: el cumplimiento continuo de los estándares de calidad, lograr la acreditación, utilización de herramientas estadísticas para el análisis, control y mejora de la organización durante el proceso de prestación del servicio, generar mecanismos que

permitan modificar en forma radical el problema y su pos evaluación.

Calidad en consulta externa en ginecología:

El Hospital Regional de Ayacucho cuenta con el Departamento de Gineco-Obstetricia, que incluye los siguientes servicios: Ginecología, Obstetricia, Obstetras, Medicina Física y Rehabilitación, y Oncología. Estos servicios están disponibles tanto a través de la consulta externa como de la emergencia. La consulta externa está destinada a personas que cuentan con el SIS o que pagan un monto para recibir el servicio.

En el servicio de ginecología, las usuarias suelen acudir por problemas relacionados con los ovarios, el útero y la vagina. Los médicos ginecólogos abordan una variedad de condiciones y trastornos, como ciclos menstruales irregulares, ovarios poliquísticos, inflamación de las paredes del útero, anticoncepción, menopausia, colposcopia, medicina reproductiva y uroginecología.

En nuestro estudio, hemos observado que las usuarias tienen dificultades para determinar si su problema de salud corresponde al área de ginecología u obstetricia, lo que complica la programación de citas. Por lo tanto, es necesario implementar mecanismos que orienten a las usuarias para que puedan hacer un uso adecuado de los servicios disponibles.

Para el Dr. Alejandro ginecología significa “ciencia de la mujer” (...) una especialidad médica y quirúrgica que estudia la fisiología, además de tratar las enfermedades de su sistema reproductor es decir: genitales externos, internos y mamas de la mujer no embarazada(...) mientras que la obstetricia, viene del latín obstrare “estar en espera” o tología; es la especialidad médica que se ocupa de la vigilancia y el cuidado del embarazo, parto y puerperio, además de comprender los aspectos psicológicos de la maternidad (Sanchez Alanza, s.f.)

Para Donabedian la calidad en consulta externa se debe de analizar desde tres dimensiones: dimensión humana, técnico científica y el entorno de calidad, donde cada uno debe contar con atributos de calidad en salud percibida por los usuarios que se obtendrá a partir del nivel de satisfacción.

2.2. Teorías y/o enfoque antropológico.

Para el análisis de la presente investigación, se recurrirá a la antropología médica, que examina los problemas de salud y las interacciones entre los seres humanos y los sistemas terapéuticos en contextos culturales específicos. Los antropólogos médicos y los

médicos realizan investigaciones básicas sobre salud y sistemas de curación con el objetivo de aplicar estos conocimientos para mejorar el cuidado terapéutico en entornos clínicos y en programas de salud pública para la prevención y control de enfermedades. Para ello, integran tanto las ciencias biológicas como las sociales.

En los últimos 40 años, la antropología médica ha hecho importantes aportaciones al conocimiento y mejora de la salud humana y los servicios sanitarios a nivel mundial. Esta subdisciplina se ha consolidado como un campo específico dentro de la ciencia antropológica, enfocándose actualmente en la investigación de los sistemas médicos y en las dimensiones sociales y culturales de los procesos de salud y enfermedad.

La década de los 70 marcó el inicio de la institucionalización o legitimación de esta subdisciplina. En sus estudios, se utilizarán diversos enfoques, incluyendo el biomédico, etnomédico, ecológico, crítico y aplicado.

Además, en la década de los setenta, se observa un esfuerzo por consolidar esta subdisciplina, cuando el antropólogo George M. Foster introduce la diferenciación de los sistemas médicos en personalistas y naturalistas. Estos sistemas reflejan diversas visiones sobre las etiologías de las enfermedades: en el sistema personalista, las causas de la enfermedad se encuentran en las personas y sus acciones morales dentro de la comunidad; mientras que en el sistema naturalista, la enfermedad se atribuye a desequilibrios internos (biológicos) del enfermo, descartando completamente responsabilidades de tipo social.

Durante los años ochenta, antropólogos como Michael Taussig y Allan Young utilizan el marxismo como base teórica para abordar los sistemas médicos. Introducen la crítica a los “culturalistas”, sosteniendo que las enfermedades no solo son el resultado de la relación mente/cuerpo y naturaleza/cultura, sino que también responden a factores sociales, como los componentes políticos y económicos.

Este enfoque integral de la antropología médica permite comprender la enfermedad y el cuidado de la salud desde una perspectiva amplia y multidimensional, abarcando no solo los aspectos biológicos sino también los contextos culturales, sociales y económicos que influyen en los procesos de salud y enfermedad. Esta perspectiva es esencial para desarrollar políticas y prácticas de salud que sean más inclusivas y efectivas, respetando las diversas realidades culturales y sociales de las comunidades atendidas.

Según Thomas estos enfoques comparten tres premisas fundamentales:

- La enfermedad y la curación son fundamentales en la experiencia humana y se comprenden mejor holísticamente en contexto con la biología humana y la diversidad cultural.
- La enfermedad, es una sintomatología relacionada con la percepción cultural de una comunidad, es decir, representa un aspecto del entorno que se encuentra en desequilibrio, en el cual se puede evidenciar cómo se van consolidando los estudios sobre sistemas médicos indígenas en manos de la Etnomedicina.
- Los aspectos culturales de los sistemas de salud tienen importante consecuencia pragmáticas en la aceptabilidad, efectividad y mejora de cuidado sanitario en particular en las sociedades multiculturales. (Barfield, 2001, pág. 89)

Estas premisas se derivan del avance de la Antropología Médica Aplicada, vinculada a las políticas de salud estatales desarrolladas originalmente en el México posrevolucionario. En este contexto, los antropólogos lograron posicionarse en espacios y temáticas históricamente ocupados por profesionales de la salud, formando equipos interdisciplinarios. A pesar de los beneficios prácticos que esto conllevaba, el desarrollo teórico de la antropología médica fue limitado debido a su excesiva subordinación a las demandas e intereses de la medicina occidental. Sin embargo, en la década de 1970 surgieron algunos esfuerzos para consolidar la teoría en este campo.

En ese período, el antropólogo Fabrega hizo una contribución significativa al introducir la idea de la multicausalidad de la enfermedad, con su propuesta de distinguir entre las dimensiones "disease" (enfermedad, desequilibrios biológicos) e "illness" (dimensión cultural o folk de la enfermedad). Sin embargo, esta distinción mantuvo la escisión entre el corpus biomédico y el antropológico (Comelles & Martínez, 1993, p. 53).

Durante la misma década, Foster buscó alternativas para entender la enfermedad desde diferentes perspectivas. Diferenció entre dos tipos de sistemas médicos: los sistemas personalistas, en los que las causas de la enfermedad se atribuyen a las personas y sus acciones morales dentro de la comunidad, y los sistemas naturalistas, donde la enfermedad se atribuye a desequilibrios internos (biológicos) del enfermo, excluyendo completamente

las responsabilidades sociales presentes en los sistemas personalistas.

Estos enfoques reflejan un esfuerzo por comprender la enfermedad no solo como un fenómeno biológico, sino también como un proceso influenciado por factores sociales y culturales. La integración de estas perspectivas en la antropología médica ha permitido un análisis más completo y multifacético de los problemas de salud, reconociendo la importancia de los contextos socioculturales en la etiología y el tratamiento de las enfermedades.

Los estudios previamente mencionados revelan que ambos autores analizan cómo los sistemas médicos actúan de manera particular en contextos distintos. Esto subraya la necesidad de estudiar el sistema médico occidental integrando elementos culturales de los pueblos indígenas para el tratamiento de las enfermedades.

Un enfoque novedoso en este sentido lo presenta el antropólogo norteamericano A. Kleinman, cuyas ideas, formuladas a fines de los setenta y desarrolladas extensamente en la siguiente década, definen los sistemas médicos desde una perspectiva cultural-interpretativa. Kleinman considera los sistemas médicos como sistemas culturales y, por ende, como campos específicos de investigación antropológica.

En la década de los ochenta, los antropólogos que abordaron los sistemas médicos, como Taussig (1980) y Young (1982), utilizaron el marxismo como base teórica para su análisis. Estos autores introdujeron una crítica a los enfoques "culturalistas", argumentando que las enfermedades no son solo el resultado de la interacción entre mente/cuerpo y naturaleza/cultura, sino que también responden a factores sociales, incluidos componentes políticos y económicos.

Estas posturas constituyen el punto de partida para el desarrollo de perspectivas que entiendan las dimensiones sociales de la enfermedad, no como un universo micro social, como lo hacen los culturalistas, sino a partir de un enfoque global que conciba la conjunción de las estructuras políticas, económicas, históricas e ideológicas que determinan el entendimiento de los procesos de salud, enfermedad y del conocimiento médico en sí. Así, siguiendo a SINGER, podemos afirmar que "las fuerzas políticas y económicas más amplias que moldean las relaciones interpersonales, forman el comportamiento social, generan significados sociales y condicionan la experiencia colectiva" (Singer 1982: 181. En: B. Good, pág. 15).

Esta perspectiva integral y crítica permite analizar cómo los contextos más amplios influyen en la salud y enfermedad, reconociendo que no se trata solo de cuestiones biológicas o culturales aisladas, sino de un entramado complejo de factores que interactúan. Al incorporar esta visión, se puede comprender mejor cómo las políticas de salud, las condiciones económicas y las ideologías dominantes afectan la salud de las poblaciones y las prácticas médicas. Esto proporciona una base más sólida para diseñar intervenciones que no solo aborden los síntomas de las enfermedades, sino también las causas subyacentes relacionadas con las desigualdades sociales y económicas.

Enfoque aplicado: Este enfoque, conocido como "antropología médica clínicamente aplicada", se centra en utilizar modelos explicativos para explorar las diferencias conceptuales entre las percepciones del médico y del paciente sobre la enfermedad. Las investigaciones detalladas en este campo abordan opciones de atención sanitaria, creencias sobre la enfermedad y eventos vitales como el parto o la menopausia, la influencia cultural en el comportamiento del paciente, los sistemas de prestación sanitaria institucional y los contextos políticos y económicos. En algunos casos, los antropólogos son empleados por hospitales como mediadores culturales e intérpretes, ayudando a cerrar la brecha entre los profesionales de la salud y los pacientes de diversas culturas.

Enfoque crítico: Este enfoque integra dos movimientos intelectuales influyentes a lo largo de los años 80 y 90. El primero es el enfoque marxista, que examina cómo las fuerzas políticas y económicas macrosociales influyen en la salud y la estructura de los sistemas sanitarios. El segundo movimiento cuestiona los fundamentos de la teoría y la práctica biomédica contemporánea, y ha sido influenciado por pensadores como Michel Foucault, quien enfatiza la naturaleza socialmente construida de la realidad y el poder social inherente a instituciones hegemónicas como la biomedicina.

Ambos movimientos invitan a una reflexión fundamental sobre las premisas y objetivos de la antropología médica. Según Singer, en cuestiones de salud, las fuerzas políticas y económicas más poderosas modulan las relaciones humanas, configuran el comportamiento social y condicionan la experiencia colectiva. En el capitalismo, estas fuerzas dominantes moldean la práctica clínica e influyen en la distribución de las enfermedades. De este modo, la medicina no se ve solo como un conjunto de procedimientos y tratamientos, sino también como un entramado particular de relaciones sociales e ideológicas.

La tendencia denominada "crítica interpretativa" invierte un mayor esfuerzo en generar un análisis crítico de la cultura, reivindicando la historicidad en la comprensión de los procesos de salud-enfermedad y de las relaciones políticas que los producen, donde la ideología adquiere un papel relevante.

Estas perspectivas critican el modelo médico hegemónico. Como bien lo expresa Menéndez (1985), dicho modelo se caracteriza "por una serie de rasgos estructurales que tienden a excluir o limitar la incidencia y el reconocimiento de la importancia de los factores económicos, políticos y socioculturales en la producción y solución de los problemas de salud/enfermedad" (p. 21).

En este sentido, las dimensiones económicas y políticas incluyen en su análisis las condicionantes históricas e ideológicas como referentes esenciales para comprender los procesos de salud-enfermedad. Esta posición permite comprender el macro nivel (contexto) en el que se enmarca este estudio, caracterizado por la hegemonía que ejerce el sistema médico occidental sobre otros sistemas tradicionales, dentro de un espacio político y económico particular.

2.3. Términos Conceptuales.

Calidad en la salud:

La aplicación de la ciencia y tecnología médica, junto con el manejo adecuado de las relaciones interpersonales entre el personal de salud y los usuarios y sus familiares, es fundamental para lograr la máxima satisfacción del usuario. Esto implica considerar los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución. Según Ruelas y Querol (1994), la calidad es un atributo de la atención médica que puede presentarse en varios grados. Por otro lado, Varo (1994) define la calidad de atención como la capacidad de una unidad hospitalaria o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los usuarios de servicios de salud.

En los diferentes sistemas médicos, la calidad se mide en función de la satisfacción de los usuarios, la atención brindada por el personal de salud, la infraestructura y los equipos médicos disponibles. Esto implica que la calidad posee grados variables y puede ser evaluada a través de estos diferentes aspectos del servicio de salud.

Calidez en salud:

El trato cordial que recibe un usuario por parte del personal de salud es crucial para la percepción de la calidad de atención. Los usuarios no buscan únicamente aspectos visuales, como la apariencia de las instalaciones o la satisfacción puntual de sus expectativas. También valoran la disposición de los profesionales para escuchar sus inquietudes, resolver sus dudas de manera ágil, y responder con competencia, honestidad y cortesía. La capacidad de los profesionales para inspirar confianza y seguridad a través de su actitud y habilidades interpersonales juega un papel fundamental en la experiencia general del usuario y en su nivel de satisfacción con el servicio recibido.

Medicina occidental:

Es el desarrollo científico de la civilización occidental que evoluciona partir de un campo empírico a un campo científico, como resultado del desarrollo tecnológico.

Enfermedad:

Alteración parcial o grave de las fisiologías humanas ocasionadas por virus o psicológicas, reflejados en los cuadros patológicos.

Percepción:

Es la capacidad que tiene el ser humano de recibir información por medio de nuestros sentidos, con la finalidad de generar un juicio valorativo que en gran medida dependerá de nuestras costumbres, experiencias y formación, como reafirman los autores Sotton, Garcia, Hernandez y Roche (2013) “La percepción es el proceso que permite al organismo, a través de los sentidos, recibir, elaborar e interpretar la información proveniente de su entorno (Pág. 25)

Satisfacción del usuario:

Es la conformidad a que llega el usuario cuando se genera una equivalencia entre sus expectativas y el resultado en la prestación de servicios de salud, el cual debe ser favorable al usuario. Asimismo, Mira señala que “hace referencia a que la evidencia empírica demuestra que la satisfacción del paciente es un indicador de su nivel de utilización de los servicios sanitarios y de su adecuado cumplimiento con las prescripciones médicas”.

Consulta externa:

Es un servicio que atiende a los usuarios cuyo problema de salud les permite acudir al hospital. Generalmente en la consulta externa se da el diagnóstico y la prescripción de un tratamiento.

Usuarios:

Es aquella persona que acude al servicio de salud frente a un malestar o una dolencia con el fin de restablecer su salud, en nuestro caso son las mujeres en edad fértil que acuden al consultorio de ginecología.

CAPITULO II

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Nivel de investigación.

Nuestra investigación es de carácter descriptivo, ya que tiene como objetivo describir los factores que determinan la calidad de atención en el consultorio externo de ginecología. Esto se logra a través del análisis e interpretación de las respuestas, comentarios y gestos de cada una de las usuarias que asisten al consultorio. El propósito es proporcionar una visión detallada y comprensiva de los resultados obtenidos en relación con cada uno de nuestros objetivos específicos.

Es importante señalar que los resultados de nuestra investigación descriptiva deben ser interpretados con cautela. No deben considerarse como una respuesta definitiva o permanente ni como la única perspectiva válida. En cambio, deben ser vistos como una contribución a la comprensión del contexto específico en el que se llevó a cabo el estudio. Esto implica que otras formas de percepción y consideraciones, que puedan reflejar diferentes aspectos del contexto, también deben ser tenidas en cuenta.

3.2. Universo.

En nuestra investigación el universo de estudio abarca a todas las usuarias que se atendieron por consulta externa en el servicio gineco-obstétrico, en el consultorio de ginecología durante los meses de noviembre a diciembre del 2015.

3.3. Muestra

La muestra fue seleccionada por conveniencia, teniendo en cuenta que la atención en el consultorio de ginecología solo se da por las mañanas de lunes a sábado, otorgándose veinte cupos, los cuales son cubiertos en su totalidad. En ese sentido, nuestra muestra fue de

veinte usuarias teniendo en cuenta el tiempo para la realización de la investigación y el número total de asistentes, la poca accesibilidad de las usuarias a ser entrevistadas por el temor o por el tiempo limitado con que cuentan.

Criterio de inclusión:

- ✓ Usuaris en edad fértil de 15 a 50
- ✓ Usuaris del consultorio ginecológico
- ✓ Usuaris que se atienden por medio del SIS y las que pagan sus consultas

3.4. Hipótesis y variables

La calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho es deficiente, caracterizada por una falta de inclusión, empatía y efectividad. Esta situación afecta tanto a las usuarias que cuentan con el Seguro Integral de Salud (SIS) como a las particulares, generando un alto grado de insatisfacción. Las expectativas de las usuarias no se cumplen adecuadamente debido a que los resultados del proceso de atención no se alinean con sus expectativas de restablecimiento de salud.

Deficiencias en la Inclusión y la Empatía: La hipótesis sugiere que el servicio es excluyente y poco empático, lo que implica que las usuarias podrían no sentirse valoradas ni comprendidas en su totalidad. La falta de inclusión puede manifestarse en una atención que no considera adecuadamente las necesidades individuales y culturales de las usuarias, mientras que la falta de empatía puede llevar a una comunicación deficiente y una comprensión limitada de las experiencias emocionales de las pacientes.

Inefectividad del Servicio: La hipótesis también postula que el servicio tiene una baja efectividad, lo que indica que los resultados del tratamiento no cumplen con los estándares esperados. Esto puede deberse a diversos factores, como la falta de recursos adecuados, la capacitación insuficiente del personal o una gestión ineficiente de los procesos de atención.

Diferencias entre Usuarios con SIS y Particulares: La investigación sugiere que tanto las usuarias con SIS como las particulares experimentan insatisfacción. Esto implica que el problema no está limitado a un grupo específico, sino que afecta a todas las usuarias, lo que podría indicar un problema sistémico en el servicio de ginecología.

Desajuste entre Expectativas y Resultados: Finalmente, la hipótesis establece que hay una brecha significativa entre las expectativas de las usuarias y los resultados obtenidos en el proceso de atención. Esto sugiere que el servicio

no está cumpliendo con las expectativas de las pacientes en términos de resultados de salud, lo que contribuye al alto grado de insatisfacción.

Variables:

Variable independiente

La calidad que se brinda en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho es excluyente, poco empático y sin efectividad donde acuden usuarias con programa asistencial (SIS) y particulares.

Variable dependiente

Muestran un alto grado de insatisfacción porque sus expectativas y el resultado en el proceso de restablecimiento de su salud no se acerca a lo anhelado.

3.5. Método

El método etnográfico, adoptado desde un enfoque emic, ha sido fundamental en nuestra investigación para comprender la perspectiva de las usuarias sobre la calidad de atención que reciben en el consultorio externo de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho. Este enfoque emic se centra en captar la experiencia desde la perspectiva interna de las usuarias, permitiendo una comprensión más profunda de sus percepciones y expectativas.

Para alcanzar este objetivo, se emplearon métodos cualitativos como entrevistas en profundidad y observación participante. Las entrevistas en profundidad permitieron obtener información detallada y rica sobre las experiencias individuales de las usuarias, proporcionando un espacio para que expresaran sus opiniones, sentimientos y expectativas sobre el servicio recibido.

La observación participante, por otro lado, facilitó una inmersión en el contexto del consultorio, permitiendo observar directamente las interacciones entre el personal médico y las usuarias. Este método proporcionó una visión más completa de la dinámica en el consultorio, ayudando a captar tanto los aspectos visibles de la atención como las sutilezas de la interacción entre médico y paciente.

El objetivo de utilizar estos métodos es desentrañar el sentir de las usuarias a través

de la interrelación entre el médico y la paciente. Al combinar la información obtenida de las entrevistas y la observación, buscamos una comprensión holística de cómo las usuarias perciben la calidad de atención, sus niveles de satisfacción, y sus sugerencias para mejorar el servicio.

Como diría Rodriguez, es un metodo de investigacion por el que se aprende el modo de vida de una unidad social concreta (...) que percigue la descripcion o reconstrucion analitica de carácter interpretativo. Citado por (Lisette, 2010, pág. 35).

Este método ha requerido un periodo largo de investigación, en nuestro caso se aplicó durante dos meses, meses en los cuales estuvimos en contacto directo con las usuarias el cual nos permitió conocer la realidad y recoger información que amerita nuestra investigación.

3.6. Metodología

La metodología cuantitativa ha sido crucial para analizar el comportamiento y las relaciones sociales culturalmente establecidas en el entorno de atención sanitaria, desde la perspectiva de las usuarias.

Utilizando técnicas cuantitativas, pudimos medir y interpretar sistemáticamente los patrones de interacción entre las usuarias y el personal médico, así como las dinámicas sociales presentes en el consultorio. Estos métodos nos permitieron cuantificar variables clave, como la satisfacción del paciente, el tiempo de espera, y la percepción de la calidad del servicio, proporcionando una base empírica para comprender cómo estas variables afectan la experiencia general de las usuarias.

Al emplear encuestas y análisis estadísticos, la metodología cuantitativa nos facilitó la identificación de tendencias y relaciones significativas entre diferentes factores, como la calidad percibida de la atención y las características demográficas de las usuarias. Este enfoque nos permitió evaluar la magnitud de los problemas identificados y validar las percepciones de las usuarias con datos objetivos.

Además, al considerar las perspectivas de las usuarias, la metodología cuantitativa nos ayudó a contextualizar los resultados dentro de un marco cultural específico, permitiendo una interpretación más precisa de cómo las normas y expectativas culturales influyen en la experiencia de atención sanitaria.

La metodología cuantitativa proporcionó una herramienta robusta para desentrañar las complejas interacciones en el entorno de atención sanitaria, respaldando nuestros hallazgos con datos empíricos que reflejan tanto el comportamiento observado como las percepciones y expectativas de las usuarias.

Para Thomas: esta metodología es un conjunto de procedimiento para el análisis de datos brutos consistentes en palabras o imágenes mas que en numeros. Estos datos brutos pueden ser preexistentes, como en los documentos historicos, o creados por el proceso de investigacion. (Barfield, 2001, pág. 422).

Dentro de los documentos creados, aplicamos entrevistas a profundidad con el propósito de saber quiénes eran las que demandaban más los servicios de ginecología, para ello se tomó en cuenta el lugar de procedencia, la edad y su situación económica, así mismo se midió el grado de satisfacción de las usuarias con relación a la atención brindada, a la infraestructura y los equipos técnicos de salud.

3.7. Técnicas de investigación.

Observación participante

Mediante esta técnica se pudo interactuar con las usuarias que realizaban la consulta, así mismo, con las que esperaban la atención, lo que nos permitió ser testigos entre el personal de salud y usuarios.

La inmersión en la vida de la comunidad hace que el trabajador de campos sea menos intruso, menos extraño y, así, que sea objeto de tolerancia y confianza crecientes entre los miembros de la comunidad (Barfield, 2001, pág. 465).

Antes de que las usuarias realicen la consulta se logró generar un clima de confianza permitiéndonos interactuar con facilidad y espontaneidad, logrando obtener la perspectiva que cada una tiene respecto a la calidad de atención que se brinda fuera y al interior del consultorio de ginecología.

Entrevista en profundidad

Este instrumento me ayudo a tener un encuentro directo con la informante (usuaria), el cual me permitió mantener una conversación, por el cual llegue a conocer la opinión de las entrevistadas.

En el caso de nuestra investigación, se utilizó la entrevista semiestructurada, para lo

cual se utilizó una guía de preguntas, además se introdujo preguntas adicionales con el fin de obtener mayor información, el cual nos permitió conocer la perspectiva y la experiencia vivida a partir de la interrelación entre el personal de salud y usuaria.

El propósito de las entrevistas es obtener respuestas sobre el tema, problema o tópico de intereses en los términos, lenguaje y la perspectiva del entrevistado (en sus propias palabras) (Roberto & Carlos, 2007, pág. 222).

Siendo así, que por medio de nuestra entrevista se logró realizar una serie de preguntas a las usuarias del consultorio de ginecología, logrando obtener en gran mayoría respuestas similares respecto a la calidad de atención brindada en este servicio, por el cual tomamos la decisión de ir categorizando las respuestas.

CAPITULO III

GENERALIDADES DEL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO “MIGUEL ÁNGEL MARISCAL LLERENA-II” DE AYACUCHO.

3.1. Reseña histórica del hospital

Durante la época virreinal, Ayacucho se estableció como un punto de descanso obligatorio para las comisiones vinculadas a la corona española y los comerciantes que viajaban hacia Cusco y Puno en Perú, así como Cochabamba en Bolivia.

En este contexto histórico, un soldado de la realaleza llamado Barchilón, quien poseía amplios conocimientos en enfermería, fue condenado a muerte por un tribunal realista en Ayacucho debido a un cargo de desacato. Ante la perspectiva de su inminente ejecución, Barchilón imploró clemencia, ofreciendo su vida a cambio de los cuidados para los desamparados, enfermeros y heridos de los enfrentamientos. A raíz de este acto de desesperación y sacrificio, el término "Barchilón" se popularizó para referirse a los especialistas en enfermería, manteniéndose en uso hasta la década de 1960.

El 25 de mayo de 1964, durante el gobierno del Arquitecto Fernando Belaúnde Terry y con Javier Arias Stella como Ministro de Salud, se inauguró oficialmente el "Hospital Centro de Salud de Ayacucho". Aunque el hospital había comenzado a operar en noviembre de 1963, tras la finalización de su construcción financiada por el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, estableciendo así la fecha de su aniversario. El primer director del hospital fue el Dr. Augusto Llontop. En ese tiempo, Ayacucho contaba con una población aproximada de veinte mil habitantes, y el hospital tenía una cobertura que incluía incluso la provincia de Huanta. Inicialmente, el hospital contaba con tres médicos, más de cinco enfermeras, ocho técnicos en enfermería y

alrededor de ocho trabajadores administrativos y técnicos.

El Hospital de Ayacucho fue oficialmente reconocido después del Hospital 2 de Mayo en Lima, convirtiéndose primero en el Hospital General Base de Ayacucho, luego en el Hospital de Apoyo de Huamanga, y en 1995, fue galardonado como Hospital Amigo de la Madre y del Niño por el MINSA-OPS-UNICEF. Finalmente, recibió el reconocimiento oficial como Hospital Regional de Ayacucho.

A partir del año 2003 lleva el nombre del extinto médico ayacuchano, llamado “El médico de los pobres” Miguel Ángel Mariscal Llerena, adquirido mediante el Decreto Regional N° 004-03-GRA/PRES del Gobierno Regional de Ayacucho de fecha 05 de junio del 2003 y la Resolución de Alcaldía N° 280-2003-MPH/A de la Municipalidad Provincial de Huamanga del 23 de mayo del 2003” (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 8).

Actualmente está categorizado como un hospital II-2 diseñado y construido para albergar un promedio de 150 camas, pero por la demanda actualmente tiene 237 camas, situación que ha generado hacinamiento y modificaciones internas en su infraestructura, durante el 2013 se ha acondicionado áreas para consultorio externo en medicina física y rehabilitación, emergencia general y pediátrica.

Así mismo, la demanda de consultorio externo se ha incrementado porque los establecimientos periféricos de primer y segundo nivel solo tienen actividades de promoción, prevención y asistencia, incluso no cuentan con especialistas, solo cuentan con médicos generales.

3.2. Ubicación geográfica y ámbito de referencia

El Hospital Regional de Ayacucho está situado en la capital del departamento de Ayacucho, en la provincia de Huamanga. Este departamento se localiza en la zona sur-occidental del Perú, en la región central de la Cordillera de los Andes, y abarca una geografía variada que incluye tanto zonas andinas escarpadas como áreas de ceja de selva. Limita al norte con el departamento de Junín, al este con Cusco y Apurímac, al sur con Arequipa, y al oeste con Ica y Huancavelica.

Debido a su configuración geográfica y la presencia de diversos pisos ecológicos, el clima en Ayacucho es variado. La temperatura media anual es de 15.67 °C, con extremos absolutos que oscilan entre -1.3 °C y 31.2 °C. El volumen pluvial medio anual varía entre

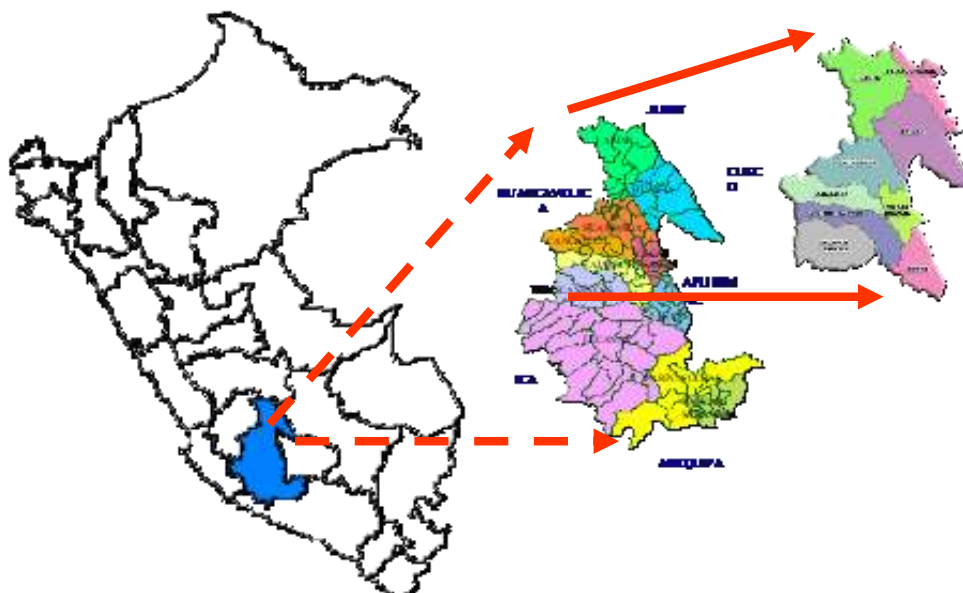
554 y 730 mm, y la humedad relativa media se sitúa en el 56%. Los valores térmicos más altos se registran entre octubre y enero, mientras que los más bajos corresponden a los meses de mayo, junio y julio, durante la temporada seca, con frecuentes heladas en las zonas altas.

La Extensión territorial es de 85.38 Km².

Tiene como población de referencia a las provincias de Huamanga, Huata, La Mar, Cangallo, Víctor Fajardo, Huancasancos, Vilcas Huamán y Sucre además de distritos del departamento de Cuzco como Kimbiri y Pichari. Distritos del departamento de Huancavelica, Churcampá.” (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 9)

Figura 1

Ubicación geográfica y ámbito de referencia del Hospital Regional de Ayacucho



Nota: UESCA

Latitud : 13°09'26"

Longitud : 74°13'22"

Altitud : 2761 m.s.n.m.

3.2.1. Ubicación del Hospital

El estudio se desarrolló en el Hospital Regional Miguel Ángel mariscal Llerena, es un establecimiento de nivel II-2, con una experiencia de 53 años el cual se encuentra ubicado

en el sitio avenida Av. Independencia 355, distrito de Huamanga del departamento de Ayacucho y limita al norte con la institución educativa Mariscal Cáceres, al sur con el parque Mariscal Cáceres, al este con el complejo deportivo Mariscal Cáceres y por el oeste con la calle las Begonias.

- **Vías de Comunicación.** Los distritos están comunicados por vía terrestre, donde los principales medios de transporte son los microbuses, los taxis y moto taxis y motos lineales; contando con servicios de comunicación telefónica y de internet.
- **Topografía.** El Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena está construido en un suelo predominantemente arenoso.
- **Vías de Acceso.** Por la Av. Independencia N° 355, cuenta con un acceso directo a los servicios de emergencia, consultorios y demás servicios.
- **Acceso Físico.** Puerta N° 1: Acceso vehicular a emergencia, consultorios externos y hospitalización, etc. Puerta N° 2: Acceso de personal, pacientes, visitantes, y otros.

3.2.2. Estructura del Hospital Regional de Ayacucho

El Hospital Regional de Ayacucho tienen una estructura de tipo horizontal, donde la parte frontal ha sido demolido, por lo cual se ha tenido que construir modernos ambientes para área materna infantil, Emergencia, referencia y consultorios externos; así mismo, por el incremento de usuarios se ha tenido realizar modificaciones estructurales para la atención de servicios de Pediatría y Neonatología, los servicios de Gineco-Obstetricia y últimamente las oficinas de referencia, contra referencia, consultorios externos, Emergencia General, emergencia Pediátrica.

Para la atención en los diferentes servicios se cuenta con ingresos diferenciados ubicados en la avenida Independencia: el primero es exclusivamente para emergencias, pediátricas, gineceo-obstétrico y general y el segundo para el ingreso de usuarios de consulta externa, visitantes y personal de salud

No hay estudios o evaluaciones de la actual infraestructura hospitalaria; por lo tanto, no se puede señalar fallas estructurales y no estructurales del hospital. Actualmente requiere de un estudio de evaluación de toda la estructura, para estudio de vulnerabilidad por el tiempo de vida útil de sus estructuras, conexiones eléctricas,

agua desagüe e instalaciones de vapor, que genera mucha pérdida de energía. (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 12)

*Figura 2 Croquis 1:
Hospital Regional de Ayacucho*

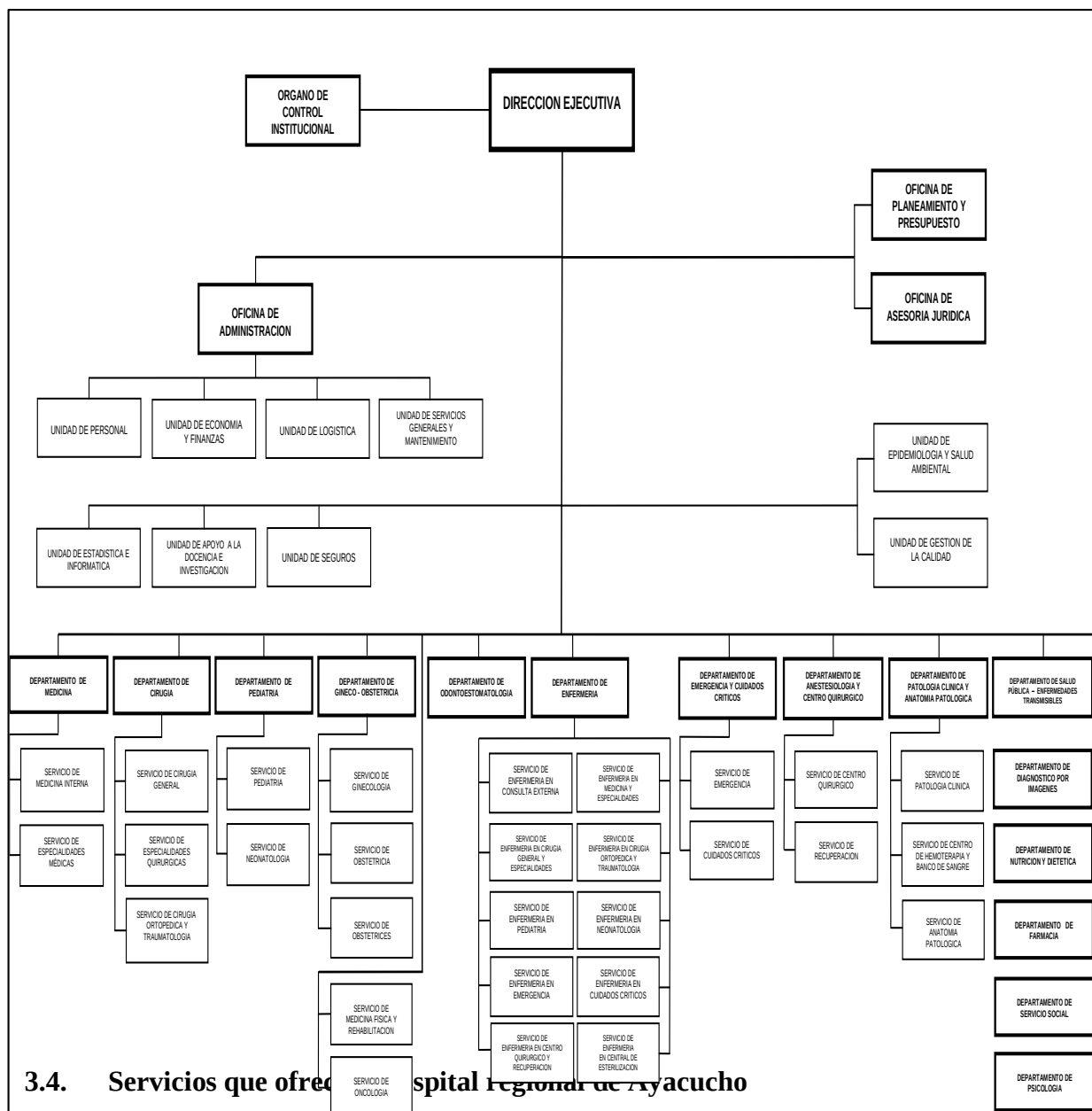


Nota: UESA-AYAC.

- **Infraestructura.** El Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena tiene 10,290 m² de área total, de los cuales 7,140.64 m² están construidos. Su infraestructura con 49 años de antigüedad está deteriorada y con altos índices de vulnerabilidad tanto estructural como no estructural.
- **Planta Física.** En cuanto a la distribución física se podría decir que la infraestructura se divide en 20 bloques todas las construcciones en material noble.

- **Nivel de Complejidad.** El Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena está catalogado como un hospital de nivel II-2 de acuerdo a la Red Nacional de Establecimientos.

3.3. Estructura orgánica del Hospital Regional De Ayacucho



- Emergencia general.
- Consultorios externos.
- Unidad administrativa y dirección general.
- Unidad de servicios generales.
- Sala de fuerza y tratamiento de agua.

- Servicios intermedios.
- Unidad hospitalaria.

Tabla 1
Categoría de los servicios del Hospital Regional de Ayacucho

SERVICIOS FINALES	INTERMEDIOS	APOYO	ASESORÍA
• Consulta Externa • Emergencia • Pediatría • Emergencia Adultos • Hospitalización • Estrategias Nacionales	• Diagnóstico por Imágenes • Centro Obstétrico • Central de Esterilización • Farmacia • Nutrición y Dietética • Enfermería • Odontología • Patología Clínica y Anatomía Patológica • Anestesiología • Centro Quirúrgico • Medicina Física y Rehabilitación • Banco de Sangre • Cuidados Intensivos • Endoscopias	• Dirección • Administración • Personal • Logística • Economía • Estadística • Servicios Generales • Lavandería • Servicio Social • Unidad de seguros • Referencia y contra referencia • Docencia e Investigación • Recursos Humanos	• Calidad • Asesoría Jurídica • Planeamiento • Epidemiología y Salud Ambiental

Nota: UESA-AYAC.

3.4.1. Cartera de servicios por departamento.

Figura 3
Cartera de servicio por departamento en el Hospital Regional de Ayacucho

DEPARTAMENTO DE GINECO OBSTETRICIA	<i>Servicio Materno</i> <i>Servicio de Ginecología</i> <i>Servicio de obstétrica</i> <i>Centro obstétrico.</i> <i>Hospitalización pabellón I-II</i> <i>Cuidados especiales obstétricos.</i> <i>Bienestar fetal.</i> <i>Consultorio externo obstétrico.</i> <i>Puerperio inmediato</i>
DEPARTAMENTO DE MEDICINA	<i>Medicina Interna</i> <i>Cardiología</i> <i>Gastroenterología</i> <i>Neumología</i> <i>Endocrinología</i> <i>Urología</i> <i>Reumatología</i> <i>Psiquiatría</i> <i>Medicina Física y Rehabilitación</i> <i>Servicio de Oftalmología</i> <i>Servicio de Otorrinolaringología</i>

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA	<i>Servicio de Neonatología Servicio de Lactante, Servicio del Niño y Servicio del Adolescente</i>
DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA Y CUIDADOS CRÍTICOS	<i>Servicio de Emergencia Emergencia Pediátrica Emergencia Obstétrica Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal Servicio de Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico</i>
DEPARTAMENTO DE ANESTESIOLOGÍA Y CENTRO QUIRÚRGICO	<i>Sala de Operaciones. Centro de esterilizaciones</i>
DEPARTAMENTO DE AYUDA AL DIAGNOSTICO	
Servicio de Patología Clínica	<i>Hematología Bioquímica-Endocrinología y Marcadores tumorales Urianálisis Inmunología Microbiología Banco de Sangre</i>
Servicio de Anatomía Patológica	<i>Servicio de Citología Servicio de Patología Quirúrgica</i>
Servicio de diagnóstico por imágenes	<i>Unidad de ecografía Unidad de radiodiagnóstico Tomografía.-Mamografía-Densitometría</i>
Servicio de diagnóstico por imágenes	<i>Unidad de ecografía Unidad de radiodiagnóstico Tomografía.-Mamografía-Densitometría</i>
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA.	
DEPARTAMENTO DE APOYO AL TRATAMIENTO:	<i>Servicio de Farmacia Servicio de Nutrición Servicio Social Servicio de Psicología</i>
DEPARTAMENTO DE ODONTOESTOMATOLOGIA:	<i>Consultorio de Medicina y Patología Bucal Consultorio de Cariología y Endodoncia Consultorio de Cirugía Oral y Maxilofacial Consultorio de Odontopediatría.</i>

Nota: UESA-AYAC

3.4.2. Recursos humanos

Tabla 2

Distribución del personal por cargos según clasificación de grupo ocupacional

Nº	CÓDIGO DE CARGO	PEAS	TIPO/CONTRATO
5	ARTESANO	82	D.L. 276
6	ASIST. EN SERV. DE SALUD I	16	D.L. 276
9	ASISTENTE SOCIAL II	12	D.L. 276
10	AUX. DE ESTADÍSTICA I	1	D.L. 276

Nº	CÓDIGO DE CARGO	PEAS	TIPO/CONTRATO
11	AUX. DE NUTRICIÓN I	1	D.L. 276
12	BIÓLOGO	10	D.L. 276
13	CAPELLÁN I	1	D.L. 276
14	CHOFER I	1	D.L. 276
15	CIRUJANO DENTISTA	2	D.L. 276
16	CONTADOR/A I	3	D.L. 276
17	DIRECTOR SIST. ADM.I	3	D.L. 276
18	DIRECTOR/A EJECUTIVO/A	1	D.L. 276
19	ECONOMISTA I	4	D.L. 276
20	ELECTRICISTA I	1	D.L. 276
21	ENFERMERA/O	107	D.L. 276
22	ESTADÍSTICO I	1	D.L. 276
23	INSPECTOR SANITARIO I	3	D.L. 276
27	MEDICO	80	D.L. 276
28	NUTRICIONISTA	2	D.L. 276
29	OBSTETRAS	42	D.L. 276
32	OPERAD. DE MAQ. INDUSTRIAL II	4	D.L. 276
33	PSICÓLOGO I	2	D.L. 276
34	QUÍMICO FARMACÉUTICO	2	D.L. 276
37	SECRETARIA V	6	D.L. 276
38	SUP. DE CONSERV. Y SERV. I	14	D.L. 276
39	SUPERV. PROG. SECTORIAL I	5	D.L. 276
42	TEC. ADMINIS. III	40	D.L. 276
44	TEC. EN ENFERMERÍA	100	D.L. 276
46	TEC. EN ESTADÍSTICA	6	D.L. 276
47	TEC. EN LABORATORIO	8	D.L. 276
49	TEC. EN TRANSPORTE	12	D.L. 276
50	TEC. READAPT. Y REHABIL. SOC. I	1	D.L. 276
51	TEC. SANITARIO II	28	D.L. 276
52	TEC. ESPECIALIZADO	2	D.L. 276
53	TEC. ESPECIALIZADO RAYOS X	2	D.L. 276
54	TRABAJADOR DE SERVICIOS I	2	D.L. 276
1	ARTESANO	23	D.L. 1057
2	ASISTENTA SOCIAL CENARUE	1	D.L. 1057
3	BIÓLOGO (A)	7	D.L. 1057
4	CONTADOR PUBLICO	3	D.L. 1057
5	DIGITADOR(A)	4	D.L. 1057
6	ENFERMERA(O)	45	D.L. 1057
7	INGENIERO EN INFORMÁTICA	1	D.L. 1057
8	LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN	2	D.L. 1057
9	MEDICO	7	D.L. 1057
10	NUTRICIONISTA	1	D.L. 1057
11	OBSTETRA	1	D.L. 1057
12	OBSTETRAS	12	D.L. 1057
13	QUÍMICO FARMACÉUTICO	4	D.L. 1057
14	SECRETARIA	7	D.L. 1057
15	TÉCNICO ADMINISTRATIVO	2	D.L. 1057
16	TÉCNICO DE FARMACIA	1	D.L. 1057

Nº	CÓDIGO DE CARGO	PEAS	TIPO/CONTRATO
17	TÉCNICO ELECTRÓNICO	1	D.L. 1057
18	TÉCNICO EN COMPUTACIÓN E INFOR	3	D.L. 1057
19	TÉCNICO EN CONTABILIDAD	1	D.L. 1057
20	TÉCNICO EN ENFERMERÍA	27	D.L. 1057
21	TÉCNICO EN FARMACIA	4	D.L. 1057
22	TÉCNICO EN LABORATORIO CLÍNICO	2	D.L. 1057
23	TECNÓLOGO MEDICO	2	D.L. 1057
Total General		161	

Nota: PLH-CAS

De acuerdo a los datos proporcionados por el área de contrataciones de personal por modalidad CAS del Hospital Regional de Ayacucho, para el año 2012, el personal de profesional se incrementó en 13% de acuerdo al requerimiento e incremento de demanda de parte de los usuarios.

3.5. Población que se atiende en el hospital regional de Ayacucho

La población que demanda atención en el Hospital Regional de Ayacucho, es de más de 648,149 habitantes, como es el único de Nivel II, con mayor capacidad resolutive, la atención son productos de la demanda poblacional y de la referencia de los Establecimientos de salud del departamento, y de los establecimientos de otras regiones colindantes como Huancavelica, Andahuaylas, Cusco, Junín. (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 20).

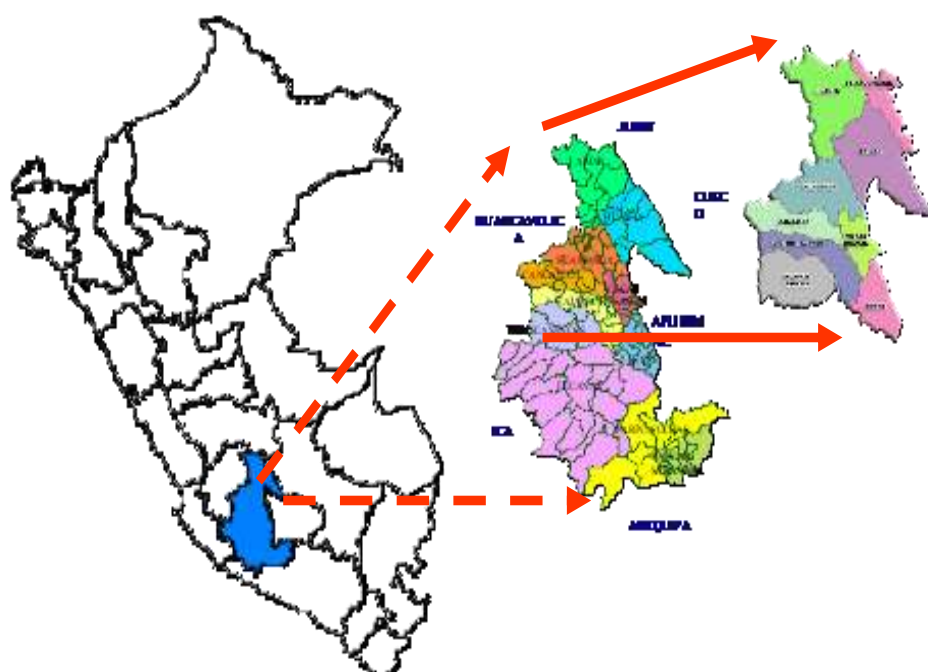
3.5.1. Características socio demográficas

Para año 2013 se tiene una población a la demanda de más 681,149 habitantes. La población de 0 - 4 años es de, 93,464 representa el 9.3, de 5 - 09 años el 8,9% (89,280), los mayores de 50 años el 14.77% (148,424). Es importante recalcar que la población de 15-29 años representa el 30.45%. (305,860). En lo que se concluye que la población mayoritariamente es joven, lo que hace que la pirámide poblacional tenga las características de los países en desarrollo (expansiva). (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 20). De acuerdo al UESCA la población que accede al Hospital Regional Miguel Ángel Mariscal Llerena para ser atendidos en las diferentes áreas, en un 89.56 %proceden del mismo distrito, mientras que un 6.96 % proceden de los otros distritos, un 2.36 % de las otras provincias y 1.13 % de otros departamentos del país. En un 75% de las emergencias de los diferentes establecimientos de salud a nivel del departamento y de otros, son referidos

al Hospital Regional de Ayacucho por contar con los personales médicos y equipos especializados. Para el año 2013 la población es de 648, 149 hab. El 51.2 % (51,687) son mujeres en este grupo el 56.04% se encuentran en periodo reproductivo y el 48.8% (49,248) hombres.

El 70.4% de la población se concentra entre las edades de 0 - 34 años. La mayor proporción de la población es joven económicamente activa y en período reproductivo y por tanto existe un elevado potencial de nacimientos y por ende el crecimiento poblacional será mayor los siguientes años.

MAPA 1: JURISDICCIONES QUE SE ATIENDEN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO



Nota: UESA-DIRESA

3.6. Características de consulta externa en el Hospital Regional de Ayacucho.

La consulta externa es un servicio médico, donde acuden usuarios con programa asistencial y particulares, cuyo problema de salud les permite movilizarse, generalmente la consulta consiste en la revisión, diagnóstico y prescripción de medicamentos.

Los servicios de salud están divididos por departamentos integrados por una serie de consultorio externo en Gineco-Obstetricia: integrado por consultorios de Salud Sexual y Reproductivo, Consultorio de obstetricia y Ginecología, Departamento de Medicina:

medicina Interna, Cardiología, Gastroenterología, Neumología, Endocrinología, Urología, Reumatología, Psiquiatría, Medicina Física y Rehabilitación, Servicio de Oftalmología, Servicio de Otorrinolaringología, Departamento de Pediatría: Servicio de Neonatología, Servicio de Lactante, Servicio del Niño y Servicio del Adolescente

3.6.1. Procedencia de los usuarios que acuden por consulta externa al Hospital Regional de Ayacucho.

Actualmente a nivel nacional los distritos cuentan con establecimientos de salud que en su mayoría solo cuentan con médicos generales, equipos técnicos reducidos y carecen de medicamentos para tratar las distintas enfermedades. Es por ello que, muchos usuarios son derivados al Hospital Regional de Ayacucho, en un **98.84%** de la población proceden de nuestra región, donde en un 89.56% proceden del distrito de Ayacucho, mientras que un 3.12% proceden del distrito de San Juan Bautista.

Tabla 3

Perfil de la procedencia de los pacientes que acuden por consulta externa al Hospital Regional de Ayacucho-2013

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	Nro.	%
AYACUCHO	HUAMANGA	AYACUCHO	78861	89.56
		SAN JUAN BAUTISTA	2745	3.12
		JESÚS NAZARENO	1282	1.46
		CARMEN ALTO	844	0.96
		VINCHOS	346	0.39
		PACAYCASA	159	0.18
		TAMBILLO	125	0.14
		QUINUA	116	0.13
		OCROS	104	0.12
		ACOCRO	99	0.11
		SANTIAGO DE PISCHA	85	0.10
		SOCOS	82	0.09
		CHIARA	80	0.09
		ACOS VINCHOS	47	0.05
		SAN JOSÉ DE TICLLAS	19	0.02
	LA MAR	SAN MIGUEL	221	0.25
		TAMBO	132	0.15
		SANTA ROSA	117	0.13
		ANCO	81	0.09
		CHUNGUI	17	0.02
		CHILCAS	15	0.02
		AYNA	2	0.00
		LUIS CARRANZA	1	0.00
	HUANTA	HUANTA	428	0.49
		SIVIA	103	0.12
		HUAMANGUILLA	57	0.06
		LLOCHEGUA	55	0.06
		LURICOCHA	16	0.02
		SANTILLANA	4	0.00

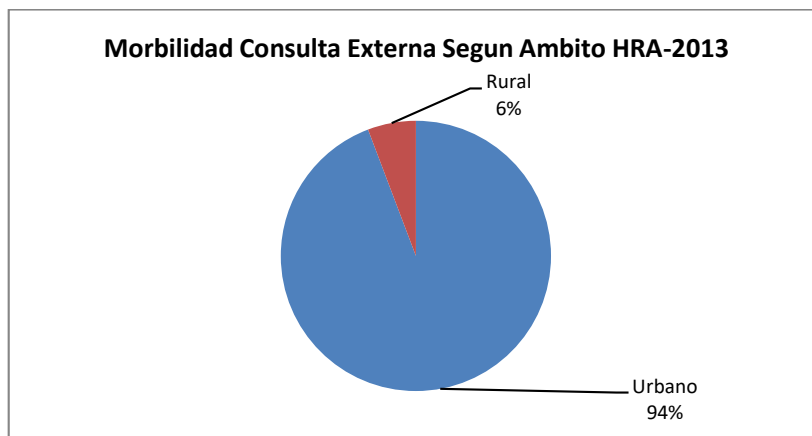
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	Nro.	%
	CANGALLO	CANGALLO	114	0.13
		PARAS	67	0.08
		CHUSCHI	51	0.06
		TOTOS	43	0.05
		LOS MOROCHUCOS	35	0.04
	VILCAS HUAMAN	VILCAS HUAMAN	150	0.17
		CONCEPCION	19	0.02
		VISCHONGO	17	0.02
		ACCOMARCA	2	0.00
		SAURAMA	1	0.00
	HUANCA SANCOS	SANCOS	10	0.01
		SANTIAGO DE LUCANAMARCA	3	0.00
		SACSAMARCA	2	0.00
		CARAPO	1	0.00
	LUCANAS	SANTA ANA DE HUAYCAHUACHO	6	0.01
		PUQUIO	3	0.00
		SAN PEDRO	1	0.00
	PARINACOCHAS	SAN FRANCISCO DE RAVACAYCO	127	0.14
		CORACORA	2	0.00
	PAUCAR DEL SARA SARA	SAN JOSÉ DE USHUA	1	0.00
	SUCRE	BELEN	92	0.10
		QUEROBAMBA	5	0.01
	VICTOR FAJARDO	HUANCAPI	17	0.02
		VILCANCHOS	9	0.01
		CANARIA	5	0.01
		COLCA	3	0.00
		CAYARA	2	0.00
		SARHUA	2	0.00
		HUANCARAYLLA	1	0.00
TOTAL AYACUCHO			87034	98.84
CUSCO			439	0.50
HUANCAVELICA			171	0.19
JUNÍN			125	0.14
LIMA			98	0.11
LORETO			32	0.04
APURÍMAC			24	0.03
ICA			23	0.03
CAJAMARCA			13	0.01
PUNO			12	0.01
UCAYALI			12	0.01
HUÁNUCO			10	0.01
ANCASH			9	0.01
LAMBAYEQUE			9	0.01
AMAZONAS			6	0.01
PIURA			6	0.01
LA LIBERTAD			5	0.01
MADRE DE DIOS			4	0.00
PASCO			4	0.00
TUMBES			4	0.00
AREQUIPA			3	0.00
SAN MARTIN			3	0.00

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	Nro.	%
TACNA			3	0.00
MOQUEGUA			2	0.00
TOTAL GENERAL			88051	100.00

Nota: HIS/elab. UESCA

Figura 4

Morbilidad de consulta externa según ámbito en el Hospital Regional de Ayacucho-2013



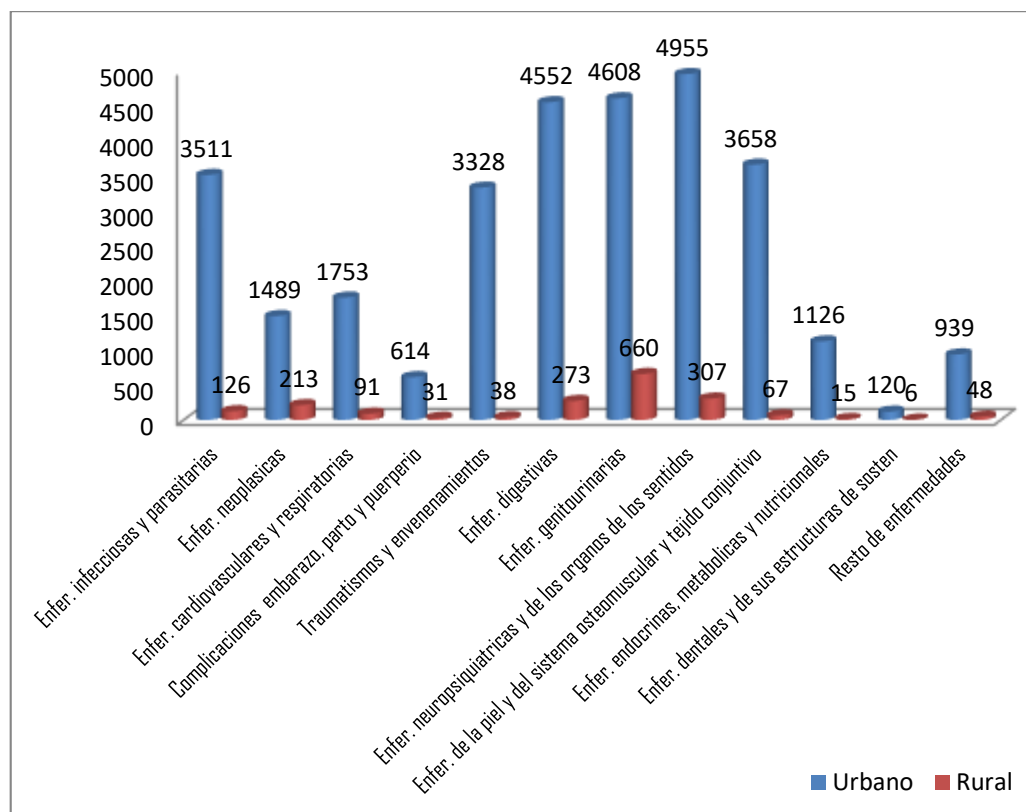
Nota: HIS-UESCA.

Los servicios de consultorio externo en el Hospital Regional de Ayacucho presentan una demanda en un 94% procedente de la zona urbana y solo un 6% de la zona rural.

Esta baja demanda de los pobladores de zonas rurales responde a factores culturales y económicos; el paciente que es referido de una posta medica al Hospital Regional considera: que si lo refieren es porque está grave de salud y por temor a las respuestas no acuden, en la mayoría son pacientes quechua hablantes que necesitan el acompañamiento de un familiar y si viajaran a la ciudad implica gastos en pasaje, estadía y alimentación, además consideran que acudir a una consulta toma mucho tiempo e interrumpe con sus actividades agrícolas y ganaderas.

Figura 5

Casos de morbilidad de consulta externa agrupada por ámbito en el Hospital Regional de Ayacucho-2013



Nota: HIS-UESA.

De acuerdo al gráfico 3, los casos con más demanda por consulta externa de procedencia urbana en orden descendiente son: enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos, enfermedades genitourinarias, enfermedades digestivas, enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades cardiovasculares y respiratorio, enfermedades neoplásicas, enfermedades endocrino metabólica y nutricionales, resto de enfermedades, complicaciones embarazo, parto y puerperio, y en último tenemos a las enfermedades dentarias. Mientras que los pobladores de las zonas rurales asisten por consulta externa por: enfermedades genitourinarias, enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos, enfermedades digestivas, enfermedades neoplásicas, enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades cardiovasculares y respiratorios, enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo, resto de enfermedades traumatismo y envenenamiento, complicaciones embarazo, parto y puerperio, enfermedades endocrina, metabólica y nutricionales y las enfermedades dentales.

Figura 6

Morbilidad agrupada por ámbito y quintil de pobreza en el Hospital Regional de Ayacucho-2013

Morbilidad consulta externa lista agrupada	Ámbito		Quintil de pobreza				
	Urbano	Rural	Pobre Extremo	Muy Pobre	Pobre	Regular	Aceptable
	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos	Nº Casos
Enfermedades infecciosas y parasitarias	3511	126	42	31	107	3388	69
Enfermedades neoplásicas	1489	213	103	96	113	1365	25
Enfermedades cardiovasculares y respiratorias	1753	91	56	31	43	1704	10
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	614	31	13	10	46	566	10
Traumatismos y envenenamientos	3328	38	19	21	20	3305	1
Enfermedades digestivas	4552	273	160	121	141	4387	16
Enfermedades genitourinarias	4608	660	287	276	535	4003	167
Enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos	4955	307	143	132	274	4643	70
Enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	3658	67	31	20	50	3607	17
Enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales	1126	15	6	8	14	1108	5
Enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén	120	6	1	3	17	102	3
Resto de enfermedades	939	48	23	17	57	881	9

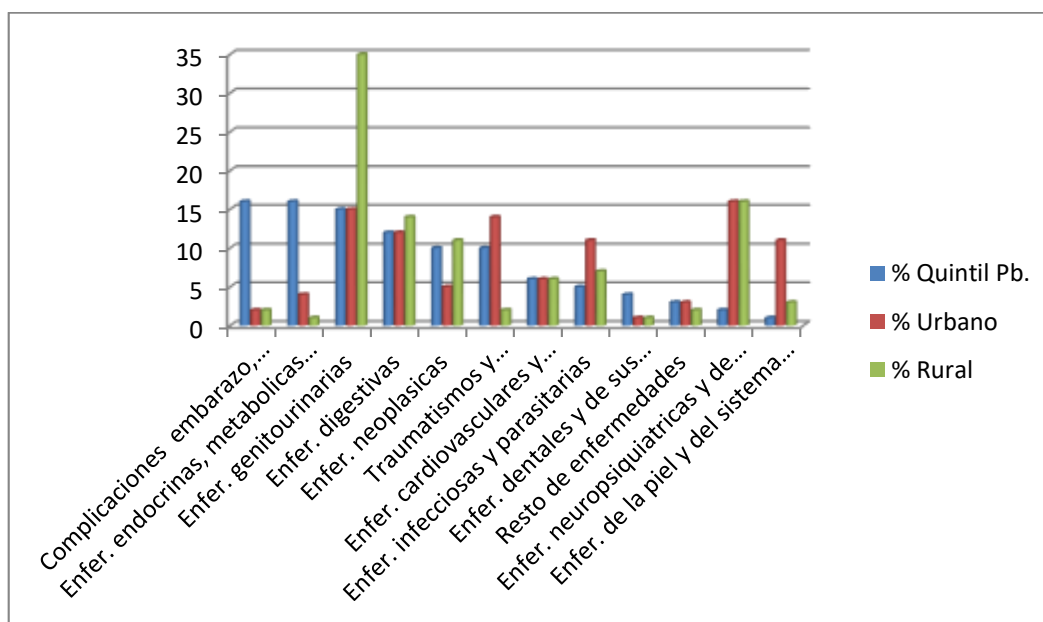
Nota: HIS-UESA.

La pobreza es un fenómeno social que refleja el grado de bienestar alcanzado por una sociedad en particular. En el departamento de Ayacucho, alrededor de 393,000 personas, lo que equivale al 72.5% de la población, viven en condiciones de pobreza. Esto significa que sus gastos totales están por debajo del costo de una canasta básica de consumo. Además, aproximadamente 246,000 personas, que representan el 45.5% de la población, vivían en condiciones de extrema pobreza en el año 2001. Estas personas residen en hogares cuyo gasto total está por debajo del valor de una canasta básica de alimentos (INEI-2003).

La presente tabla nos muestra que con mayor frecuencia las personas que viven en condición de extrema pobreza son las más propensas a adquirir enfermedades, en igual proporción tenemos a las poblaciones pobres los cuales acuden con mayor frecuencia por enfermedades: infecciosas y parasitarias, neoplásicas, enfermedades digestivas, enfermedades genitourinarias y Enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos, con mayor porcentaje.

Figura 7

Morbilidad por ámbito y estrato en el Hospital Regional de Ayacucho-2013



Nota: HIS-UESA.

Como podemos observar el motivo de consulta externa varía considerablemente de acuerdo a ámbito urbano donde los primeros motivos de consulta son las enfermedades neuropsiquiátricas, seguido de las genitourinaria y en tercer lugar las enfermedades digestivas, en el ámbito rural la primera son las genitourinarias seguidas de las digestivas y en tercer lugar las neuropsiquiátricas, lo que difiere del quintil de pobreza donde la primera causa de consulta son las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, seguido de las enfermedades endocrinas y en tercer lugar las enfermedades genitourinarias que es común en los tres casos.

3.6.2. Enfermedades tratadas por consulta externa en el Hospital Regional de Ayacucho.

En el año 2013, las principales afecciones motivo de consulta externa en el hospital fueron las infecciones de vías respiratorias, que representaron el 5.27% del total de las

consultas. A continuación se ubicaron las fracturas, con un 5.18%, y las colelitiasis y colecistitis, que ascendieron del séptimo al tercer lugar con un 4.65%. Las enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos mantuvieron el cuarto lugar con un 4.14%, mientras que las gastritis y duodenitis ocuparon el quinto lugar con un 3.20%. Las neoplasias malignas de los órganos digestivos, excluyendo estómago, colon y recto, descendieron del primer al séptimo lugar, representando el 3.06% del total de consultas externas.

Esta distribución muestra una variación significativa en las causas de consulta en comparación con años anteriores, destacando un cambio en la prevalencia de ciertas afecciones y un reajuste en la jerarquía de las principales razones de consulta.

Tabla 4
Morbilidad por consulta externa-comparativo 2012-2013

ID	Lista de Morbilidad 12/110-2012	Casos	%	% Acum	ID	Lista de Morbilidad 12/110-2013	Casos	%	% Acum
1	Neoplasias malignas de los órganos digestivos excepto estómago, colon y recto	2249	7.9	7.9	1	Infecciones de vías respiratorias agudas	1714	5.27	5.27
2	Infecciones de vías respiratorias agudas	1675	7.9	15.8	2	Fracturas	1685	5.18	10.35
3	Fracturas	1578	5.8	21.6	3	Colelitiasis y colecistitis	1514	4.65	15.00
4	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1151	5.5	27.1	4	Enfermedades inflamatorias de los órganos pélvicos femeninos	1348	4.14	19.14
5	Gastritis y duodenitis	1017	4	31.1	5	Gastritis y duodenitis	1041	3.20	22.34
6	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	918	3.6	34.7	6	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	1004	3.09	25.43
7	Colelitiasis y colecistitis	862	3.2	37.9	7	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocido	996	3.06	28.49
8	Traumatismos superficiales y heridas	695	3	40.9	8	Migraña y otros síndromes de cefalea	960	2.95	31.44
9	Neoplasias benignas y de comportamiento incierto o desconocido	644	2.4	43.3	9	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, excepto gastritis y duodenitis	939	2.89	34.33
10	Hiperplasia de la próstata	606	2.2	45.5	10	Hiperplasia de la próstata	810	2.49	36.82
11	Enfermedades del esófago, del estómago y del duodeno, excepto gastritis y duodenitis	585	2.1	47.6	11	Traumatismos superficiales y heridas	799	2.45	39.27
12	Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	580	2	49.6	12	Otras enfermedades de los órganos genitales masculinos	798	2.43	41.70
13	Migraña y otros síndromes de cefalea	575	2	51.6	13	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	792	2.43	44.13
14	Diabetes mellitus	549	2	53.6	14	Lumbago y otras dorsalgias	768	2.36	46.49
15	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	541	1.9	55.5	15	Otras enfermedades del sistema respiratorio	698	2.14	48.63

ID	Lista de Morbilidad 12/110-2012	Casos	%	% Acum	ID	Lista de Morbilidad 12/110-2013	Casos	%	% Acum
16	Otras enfermedades de los órganos genitales femeninos	488	1.9	57.4	16	Otras enfermedades del ojo y sus anexos	638	1.96	50.59
17	Otras enfermedades del sistema respiratorio	481	1.7	59.1	17	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	613	1.88	52.47
18	Lumbago y otras dorsalgias	476	1.7	60.8	18	Otras enfermedades de la piel y el tejido sub cutáneo	608	1.87	54.34
19	Infección de vías urinarias	453	1.7	62.5	19	Diabetes mellitus	569	1.74	56.08
20	Enfermedades del apéndice y de los intestinos	438	1.6	64.1	20	Traumatismo internos, amputaciones traumáticas y aplastamientos	521	1.60	57.67
	Resto de enfermedades	12084	36	100		Resto de enfermedades	13713	42.33	100
	Total	28645	100				32528		

*Nota: Sistema de consulta
Externa HIS, 2012*

*Nota: Sistema de consulta
Externa HIS, 2013*

3.7. Infecciones intra hospitalarias

Según la UESCA, las infecciones intrahospitalarias (IIH) son una causa principal de morbilidad y mortalidad evitable, estrechamente relacionadas con la atención en salud y el uso de dispositivos invasivos. Estas infecciones constituyen una problemática de salud crucial, que pone en riesgo significativo la vida de pacientes, personal de salud y, en algunos casos, incluso de visitantes. La gravedad de las IIH subraya la necesidad de implementar medidas efectivas de prevención y control dentro de los entornos hospitalarios para minimizar su impacto.

En el año 2013, ocurrieron 142 infecciones intrahospitalarias; de las cuales, 42 corresponden a las infecciones priorizadas según la norma técnica nacional; y 100 corresponden a otras infecciones que se identifican en cada servicio y que no están priorizadas a nivel nacional, pero que igualmente constituyen un problema institucional y que se viene vigilando. De las 42 infecciones registradas, las de mayor porcentaje fueron las infecciones de herida operatoria por cesárea (52.38%) y las infecciones del torrente sanguíneo (28.57%). A ellos le siguen las neumonías asociadas a ventilador mecánico y las infecciones del tracto urinarios.

Las infecciones de mayor porcentaje se encuentran las úlceras de presión que representan el 49%, seguido de las neumonías intrahospitalarias no asociadas a ventilador mecánico con el 32%.

Tabla 5
Principales infecciones priorizadas como objeto de vigilancia

Tipo de Infección intrahospitalaria	Factor de riesgo asociado	Servicio priorizado
Infección del trato urinario (ITU)	Catéter urinario	Medicina
		Cirugía
		UCI adultos
Neumonía	Ventilación mecánica	UCI adultos
		Neonatología
Infección del torrente sanguíneo	Catéter venoso central (CVC)	UCI adultos
	Catéter venoso periférico (CVP)	Neonatología
Endometritis puerperal	Parto vaginal	Gineco obstetricia
	Parto cesárea	Gineco obstetricia
Infección de herida operatoria	Parto cesárea	Gineco obstetricia
	Colecistectomía	Cirugía
	Hernioplastia inguinal	Cirugía

Nota: Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias-Ayacucho

Tabla 6
Total de infecciones intrahospitalarias por servicios- enero- diciembre, 2013

Infección Intrahospitalaria	Frecuencia	%
Neonatología	15	10.56
Medicina	53	37.32
Cirugía	25	17.61
UCI General	25	17.61
Gineco obstetricia	24	16.90
Gran Total	142	100

Nota: Vigilancia de Infecciones Intrahospitalarias

3.8. Gestión y manejo de residuos sólidos hospitalarios del Hospital Regional de Ayacucho

Los residuos sólidos generados en el Hospital Regional de Ayacucho “Miguel Ángel Mariscal Llerena” resultan de las actividades asistenciales en salud y representan un riesgo significativo para la salud de trabajadores, pacientes y visitantes. La exposición a estos residuos, que varía en función del tiempo de permanencia en el establecimiento y de la adecuada disposición y manipulación, puede ser peligrosa. En particular, el personal encargado del manejo de estos residuos, tanto dentro como fuera del hospital, está en riesgo.

Según datos de la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, en 2013 se registraron 14 accidentes ocupacionales, de los cuales el 87.5% fueron causados por agujas. En 2012, se reportaron 11 accidentes, con un 81% atribuible a agujas, y en 2011 se

registraron 16 accidentes, de los cuales el 85% fueron consecuencia de un manejo inadecuado de residuos punzocortantes. El personal más afectado por estos accidentes incluye al personal de limpieza y a las enfermeras, seguido por las técnicas de enfermería.

De acuerdo con la normativa vigente sobre la gestión y manejo de residuos sólidos, salud ocupacional y bioseguridad, es esencial la segregación de los residuos en el punto de generación para reducir su volumen, especialmente cuando se trata de residuos peligrosos. Una medida clave para minimizar los residuos biocontaminados en el hospital es la segregación in situ, que implica que el personal, pacientes y visitantes deben comprometerse a separar los residuos de acuerdo con sus características. Además, es crucial contar con el equipo adecuado para el almacenamiento eficiente de estos residuos.

El Hospital Regional de Ayacucho en promedio produce 148 kg. Por día de residuos biocontaminados, de especiales 3.28 kg. Por día y de Residuos Comunes 101 kg por día, en el cual se determinó que la Cantidad de residuos producidos en el hospital. El reporte de los pesos de estos residuos sólidos hospitalarios es una preocupación para los administradores del Hospital, por ende el equipo de gestión y la Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental, elabora planes y realiza capacitaciones al personal Asistencia y al personal de limpieza, etc. por lo que esta actividad se estaría realizando en forma eficiente y eficaz, y con la implementación de material y equipos de protección personal para un buen manejo y gestión de los Residuos Sólidos Hospitalarios. La generación promedio diaria según clasificación fue la siguiente: biocontaminados (59 %), comunes (40 %) y especiales (1 %) en el Hospital. En este estudio se llegó a la conclusión que el 59 % de los residuos generados son contaminados con materiales o secreciones generados durante el proceso de atención médica a los pacientes, pero al ser manejados inadecuadamente son mezclados con el resto de los residuos, ocasionando que el total de éstos se contaminen”. (Galvan Huaman, Tenorio Aguirre, & Yupari, 2014, pág. 89).

3.8.1. Servicios o unidades generadoras de residuos sólidos hospitalarios.

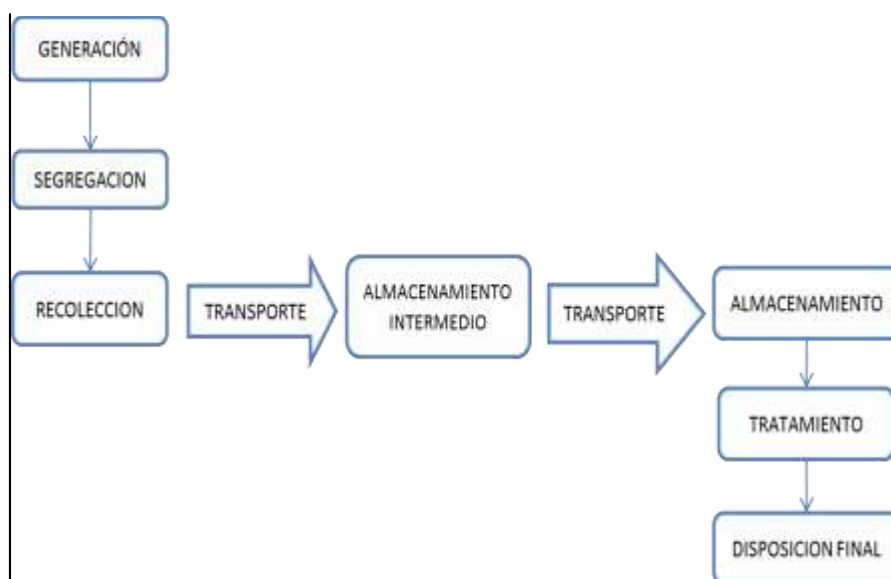
- Servicio de medicina.
- Servicio de cirugía.
- Servicio de traumatología.
- Servicio de SOP.
- Servicio de pediatría.
- Servicio de neonatología.

- Servicio de ginecología.
- Servicio de UCI.
- Servicio de consultorios externos.
- Servicio de laboratorio.
- Servicio de emergencia.
- Servicio de lavandería.
- Servicio de nutrición.
- Servicio de banco de sangre.
- Clínica.
- Farmacia.
- Áreas administrativas.
- Otros.

3.8.2. Flujo grama del manejo de los residuos sólidos hospitalarios

Figura 8

Flujo grama del manejo de los residuos sólidos hospitalarios



Nota: Unidad de Epidemiología y Salud Ambiental

3.9. Gestión hospitalaria

3.9.1. Recursos Financieros Según Genérica de Gasto Hospital Regional de Ayacucho “2009-2012.

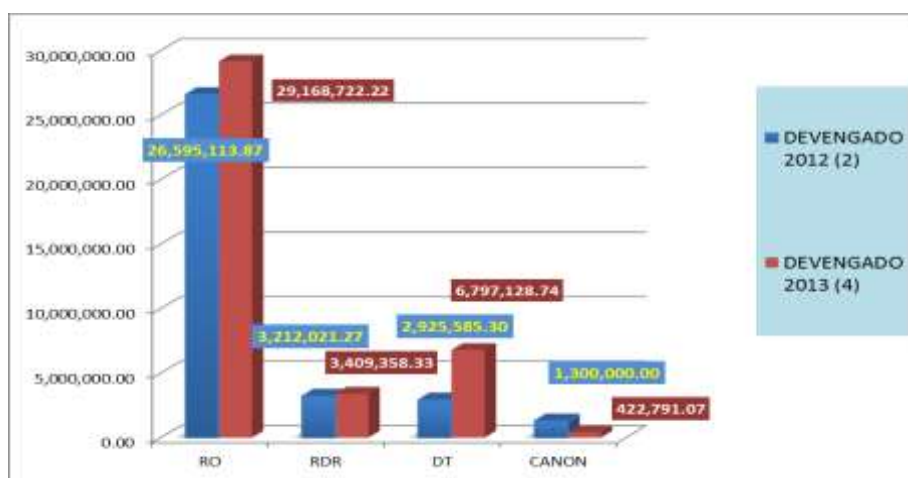
En el año 2012, el Hospital Regional de Ayacucho "MAMLL" disponía de un

presupuesto total de 27,603,209 soles, destinado a organizar y optimizar los servicios de salud para atender las necesidades de la población. Esta cifra representa un incremento en comparación con el presupuesto del año anterior, lo que indica un esfuerzo por mejorar la inversión en infraestructura y recursos para la atención sanitaria.

Es relevante destacar que la ejecución del gasto alcanzó un 95.93% del presupuesto asignado. Este alto nivel de ejecución refleja una gestión eficiente de los recursos disponibles, asegurando que la mayor parte del presupuesto se utilizara para cumplir con los objetivos establecidos. La adecuada ejecución del gasto es un indicador clave de la capacidad del hospital para implementar mejoras y proporcionar servicios de calidad, adaptándose a las demandas de la comunidad.

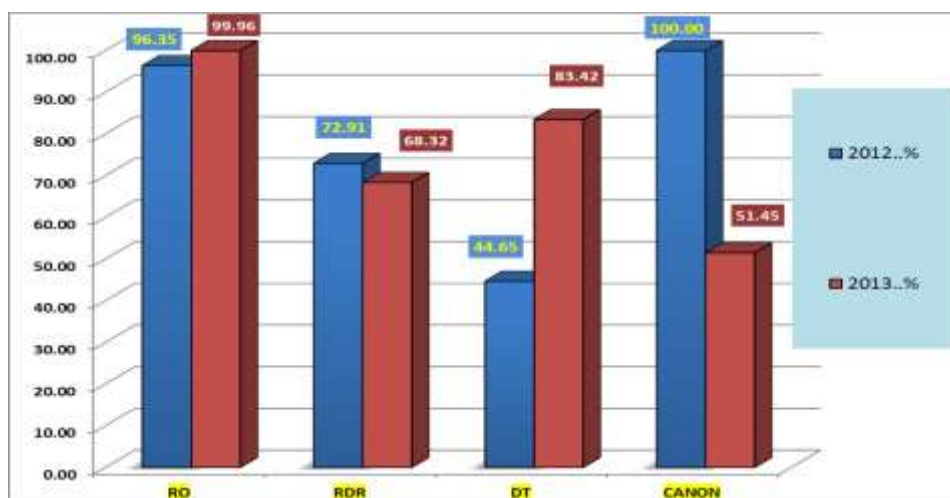
En resumen, el aumento en el presupuesto y la elevada tasa de ejecución del gasto en 2012 subrayan el compromiso del Hospital Regional de Ayacucho "MAMLL" con la optimización de sus servicios y la mejora continua en la atención sanitaria.

Figura 9
Presupuesto asignado al Hospital Regional de Ayacucho



Nota: Oficina de Planeamiento Estratégico – HR

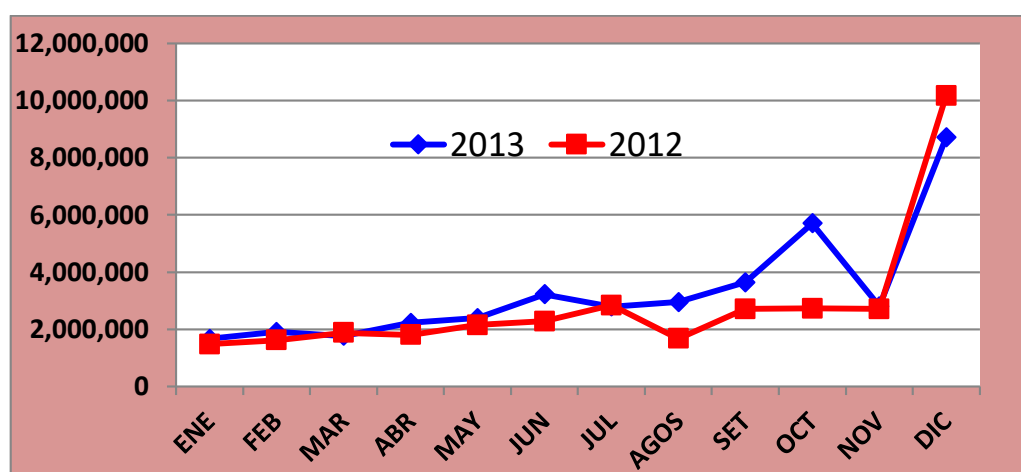
Figura 10
Presupuesto asignado al Hospital Regional de Ayacucho-2013



Nota: Oficina de Planeamiento Estratégico – HR.

Se evidencia que, en relación al año anterior, en 2013 se incrementó hasta por el monto de S/. 619,105.00, en la Genérica de gasto Personal y Obligaciones Sociales, debido a nombramiento del profesional de salud; mientras que en la Genérica de gasto 2.3 Bienes y Servicios, se incrementó en S/. 1'028,239.00, debido a implementación de nuevas estrategias tales como DESASTRES Y SAMU.

Figura 11
Oportunidad de gasto de 2012 y 2013



Nota: Oficina de Planeamiento Estratégico – HR

En cuanto a la oportunidad del gasto en 2013 en comparación con 2012, se observa que durante el primer semestre del año 2013 la ejecución del presupuesto fue inferior al promedio aceptable, es decir, por debajo de 4 millones de soles. Sin embargo, a partir de

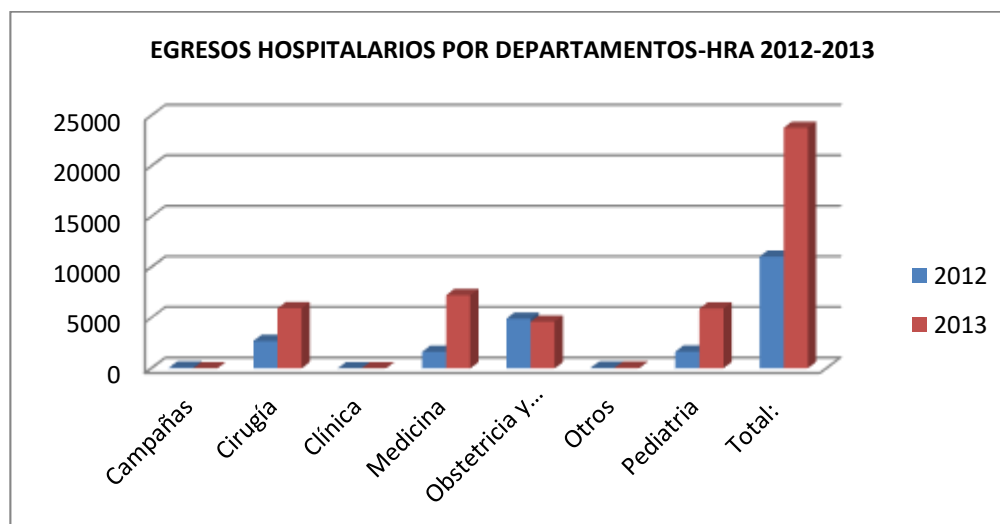
agosto, la ejecución del gasto mejoró significativamente. Este incremento en la ejecución se debió a un dinamismo en la gestión de recursos, especialmente en lo que respecta a los recursos ordinarios, permitiendo que el presupuesto se utilizara de manera oportuna.

Al analizar el cuadro comparativo del ejercicio fiscal 2013 en relación con 2012, se evidencia un incremento del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) del 8.22%. Esto representa un aumento cuantitativo, pasando de S/. 39,861,152.00 en 2012 a S/. 43,140,473.00 en 2013, lo que se traduce en una diferencia de S/. 3,279,321.00. Además, la ejecución del gasto en 2013 superó a la del año anterior en un 16.94%. En términos absolutos, el monto ejecutado pasó de S/. 34,032,720.44 en 2012 a S/. 39,798,000.36 en 2013, resultando en un incremento de S/. 5,765,279.92.

Estos datos reflejan una mejora significativa en la gestión del presupuesto, con un aumento tanto en la asignación como en la ejecución del gasto. Esta tendencia positiva indica una mayor capacidad del hospital para utilizar los recursos disponibles de manera efectiva y atender las necesidades de salud de la población con mayor eficiencia.

Figura 12

Porcentaje de egresos hospitalarios por departamento en el Hospital Regional de Ayacucho, 2012-2013



Nota: GALENOS-ELAB.EPIDEMIOLOGIA.

En 2013, los egresos hospitalarios experimentaron un incremento del 46.6% en comparación con 2012, alcanzando un total de 23,795 pacientes. Este aumento en los egresos

refleja una mayor actividad y utilización de los servicios hospitalarios durante el año en cuestión.

Particularmente, el departamento de Gineco-Obstetricia ha registrado el mayor número de egresos hospitalarios, representando un promedio del 41.74% del total de egresos del Hospital Regional de Ayacucho. Este dato indica que el departamento de Gineco-Obstetricia no solo maneja una proporción significativa de los casos hospitalarios, sino que también juega un papel crucial en la atención de los pacientes dentro del hospital.

El aumento en los egresos y la preeminencia del departamento de Gineco-Obstetricia destacan la necesidad de asegurar que los recursos y servicios en esta área sean adecuados para manejar la demanda creciente. Este análisis subraya la importancia de evaluar y optimizar la capacidad del departamento para mantener una atención de calidad y eficiente para todas las pacientes.

3.10. Proceso salud y enfermedad en el área gineco- obstétrico

3.10.1. Morbilidad Hospitalaria Gineceo Obstetricia 2013 HRA.

En el área de Gineco-Obstetricia, se observa que un 21% de las pacientes reciben atención debido a partos. Además, el 18% de las pacientes son atendidas por partos por cesárea. Un 16.02% de las pacientes llegan al servicio por abortos espontáneos o incompletos, mientras que un 4.28% es atendido por amenazas de aborto. También, un 2.5% de las pacientes son tratadas por infecciones en las vías urinarias, y un 15.26% acude al departamento por otras enfermedades ginecológicas o relacionadas.

Estos datos reflejan la diversidad de condiciones tratadas en el departamento de Gineco-Obstetricia y destacan las áreas de mayor demanda y necesidad de atención especializada. El análisis de estos porcentajes es crucial para la planificación y asignación de recursos, así como para la implementación de estrategias que mejoren la atención y los resultados para las pacientes.

Figura 13
Atención frecuente en el área de gineco-obstétrico

Ord	Código CIE10	DESCRIPCIÓN	Nro	%
1	O83.9	Parto único asistido, sin otra especificación	1380	29.96
2	O82.9	Parto por cesárea, sin otra especificación	835	18.13
3	O03.4	Aborto espontáneo, incompleto, sin complicación	738	16.02
4	O82.0	Parto por cesárea electiva	267	5.8
5	O20.0	Amenaza de aborto	197	4.28
6	O80.9	Parto único espontáneo, sin otra especificación	131	2.84
7	N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado	119	2.58
8	O73.1	Retención de fragmentos de la placenta o de las membranas, sin hemorragia	98	2.13
9	O00.9	Embarazo ectópico, no especificado	88	1.91
10	O82.1	Parto por cesárea de emergencia	50	1.09
		otras enfermedades	707	15.26
		TOTAL	4606	100

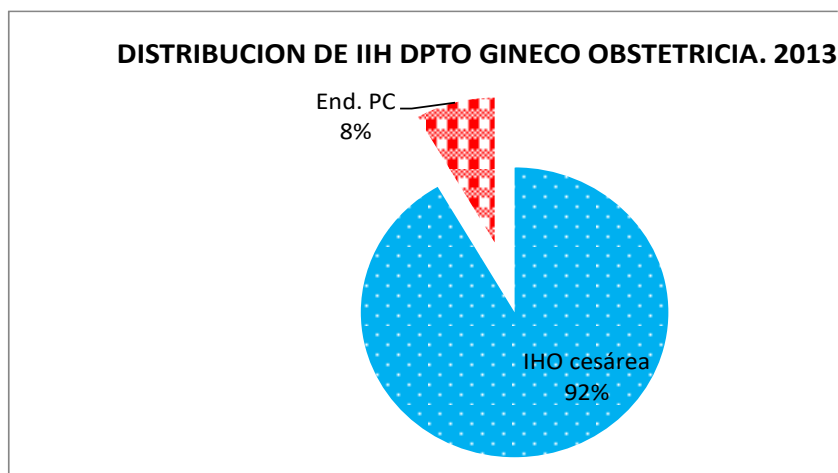
Nota. Galenos –UESA.

3.10.2. Comportamiento de las IIH en el departamento de Gineco-Obstetricia

La carga de infecciones intrahospitalarias en el departamento de Gineco-Obstetricia se distribuye de la siguiente manera: de un total de 24 infecciones registradas, el 92% corresponde a infecciones de herida operatoria asociadas a cesáreas, mientras que el 8% restante se debe a endometritis post-cesárea.

Esta distribución resalta que la mayoría de las infecciones intrahospitalarias en este departamento están relacionadas con complicaciones en las heridas operatorias tras cesáreas. Este hallazgo subraya la importancia de fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones en el contexto de procedimientos quirúrgicos, particularmente cesáreas, para mejorar los resultados clínicos y reducir la incidencia de complicaciones.

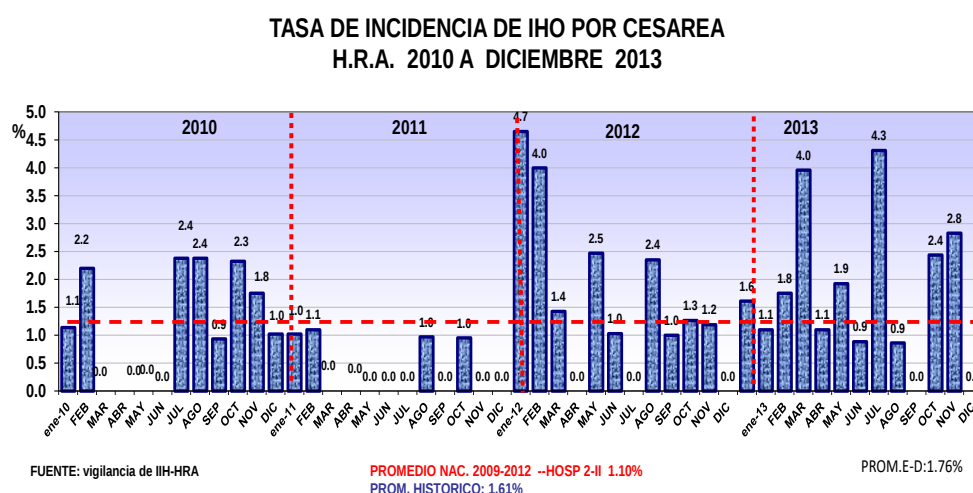
Figura 14
Distribución de IIH gineco obstetricia-2013



Nota. Vigilancia de IIH, HRA

En 2013, la Tasa de Incidencia de Infecciones Hospitalarias (IHO) asociadas a cesáreas en el Hospital Regional de Ayacucho fue del 1.76%. Esta cifra supera tanto el promedio histórico de 1.61% como el promedio nacional de 1.22%. Esto indica que, en el año 2013, por cada 100 cesáreas realizadas en el hospital, aproximadamente una presentó riesgo de infección. Este incremento en la tasa de incidencia sugiere una necesidad urgente de revisar y mejorar las prácticas de prevención y control de infecciones en el contexto de cesáreas. Es fundamental abordar estos indicadores para garantizar la seguridad de las pacientes y reducir el riesgo de complicaciones postoperatorias.

Figura 15
Tasa de incidencia de infecciones intrahospitalarias por cesárea-2013

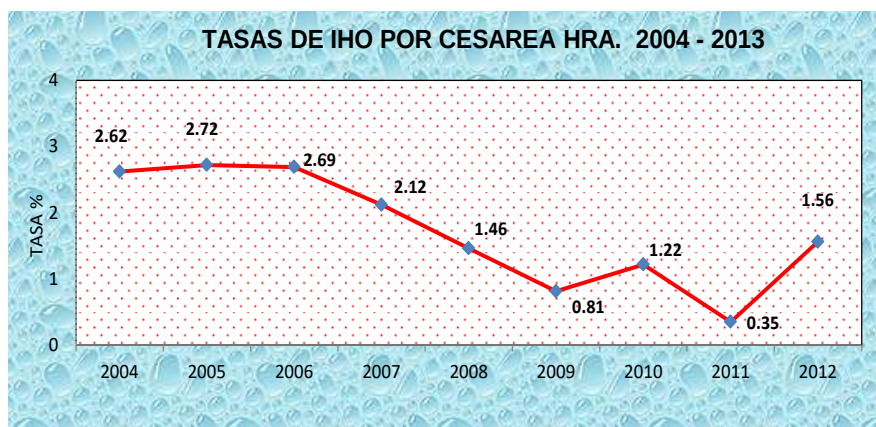


En términos de tendencia, se ha observado una disminución gradual en las tasas de infecciones intrahospitalarias a lo largo de los años. Sin embargo, el último año ha registrado un preocupante aumento en estas tasas, superando el promedio nacional para nuestra categoría hospitalaria. Este reciente incremento contrasta marcadamente con la tendencia de disminución observada en años anteriores, subrayando una discrepancia significativa que requiere atención inmediata.

Este aumento en las infecciones intrahospitalarias sugiere una necesidad urgente de revisar y actualizar las prácticas actuales de prevención y control de infecciones. Es crucial realizar una investigación exhaustiva para identificar las posibles causas subyacentes de este incremento. Entre las áreas a considerar se incluyen la adherencia a los protocolos de higiene, la gestión de dispositivos médicos, y la formación continua del personal en prácticas de control de infecciones.

Para abordar este problema de manera efectiva, es imperativo desarrollar e implementar estrategias de intervención basadas en los hallazgos de la investigación. Estas estrategias deben enfocarse en reforzar las medidas preventivas y correctivas, garantizar la formación continua del personal en mejores prácticas de control de infecciones, y revisar los protocolos existentes para asegurar su alineación con los estándares nacionales. La implementación exitosa de estas medidas no solo contribuirá a una reducción sostenible de las tasas de infección, sino que también ayudará a alinear los indicadores del hospital con los estándares nacionales, mejorando la calidad de atención y la seguridad del paciente en el largo plazo.

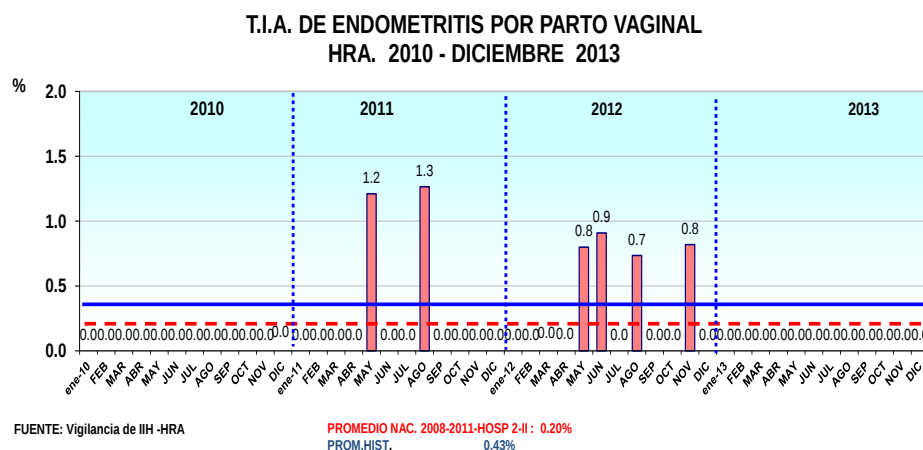
Figura 16
Tasa de IHO por cesárea 2004-2013



La Tasa de Incidencia Acumulada de Endometritis por Parto vaginal, en el 2013 fue de 0 %, este dato se encuentra por debajo del promedio histórico (0.43%) y del promedio nacional (0.28%).

Figura 17

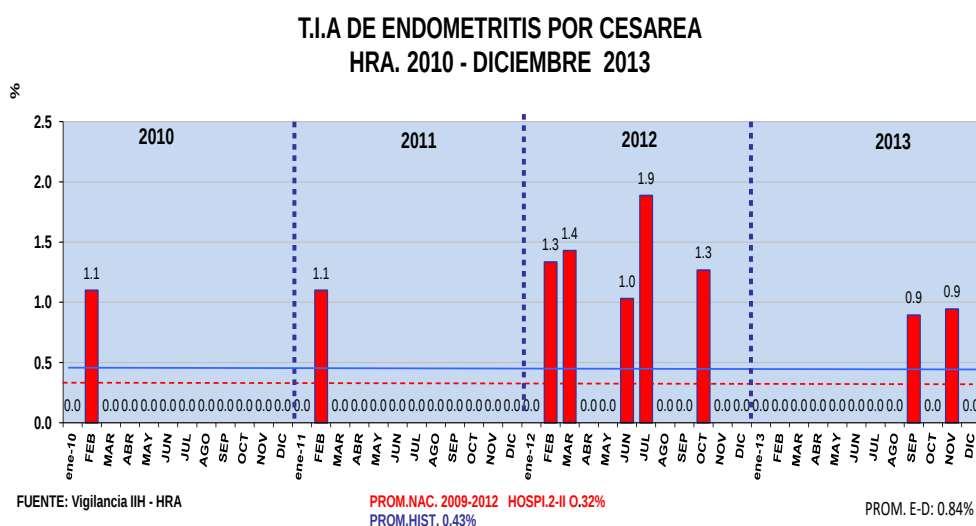
Tasa de incidencia acumulada de endometritis por parto vaginal, 2011-2013



La Tasa de Incidencia Acumulada de Endometritis por Parto Cesárea para el 2013 fue de 0.16%, cifra inferior a la comparada al promedio nacional (0.32%) y al histórico (0.43%).

Figura 18

Tasa de incidencia acumulada de endometritis por cesárea, 2010-2013



La Incidencia de legrados uterinos post parto vaginal y cesárea para el 2013 fueron de 10.93% y 0.32%, respectivamente.

3.10.3. Mortalidad en el departamento de ginecología y obstetricia.

Figura 19

Muertes en el área de ginecología y obstetricia

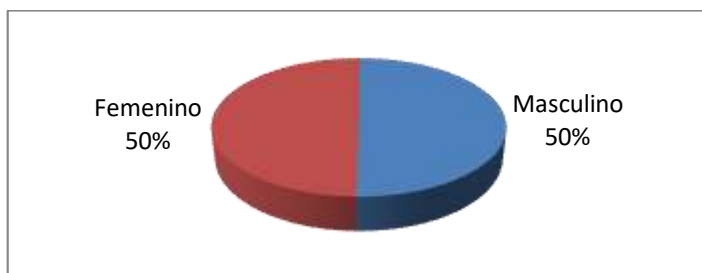
Ord	Código CIE10	DESCRIPCIÓN	Nro	%
1	I46.9	Paro cardíaco, no especificado	1	100

El año 2013, se tuvo una muerte por paro cardíaco.

Mortalidad neonatal y fetal.

Figura 20

Porcentaje de muertes perinatales y neonatales, según sexo en HRA-2013

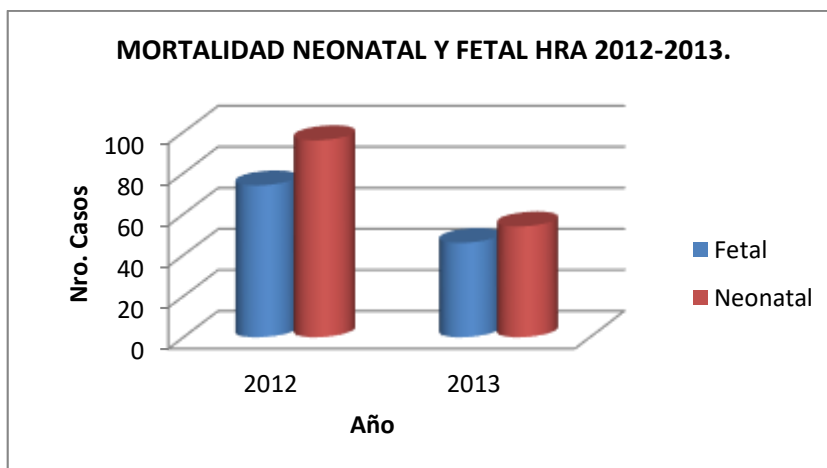


Fuente: NOTIMNP-UESA

Como se observa no hay diferencia en los casos de mortalidad peri y neonatal según sexo. Como la unidad de Neonatología es la única de referencia a nivel regional un buen porcentaje son referidos del anillo periurbano.

Figura 21

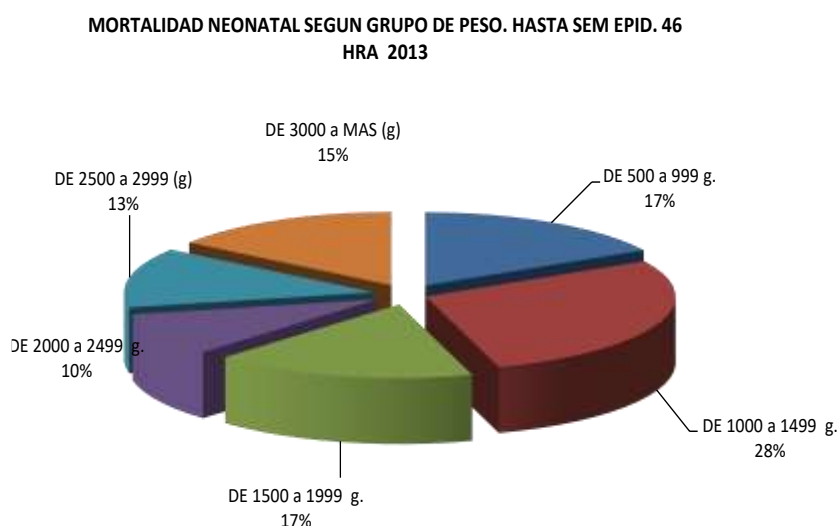
Mortalidad neonatal y fetal 2012-2013



Fuente:NOTIMNP-UESA

Como se observa hay disminución en los casos de mortalidad neonatal y fetal en el 2013 como se observa en el gráfico.

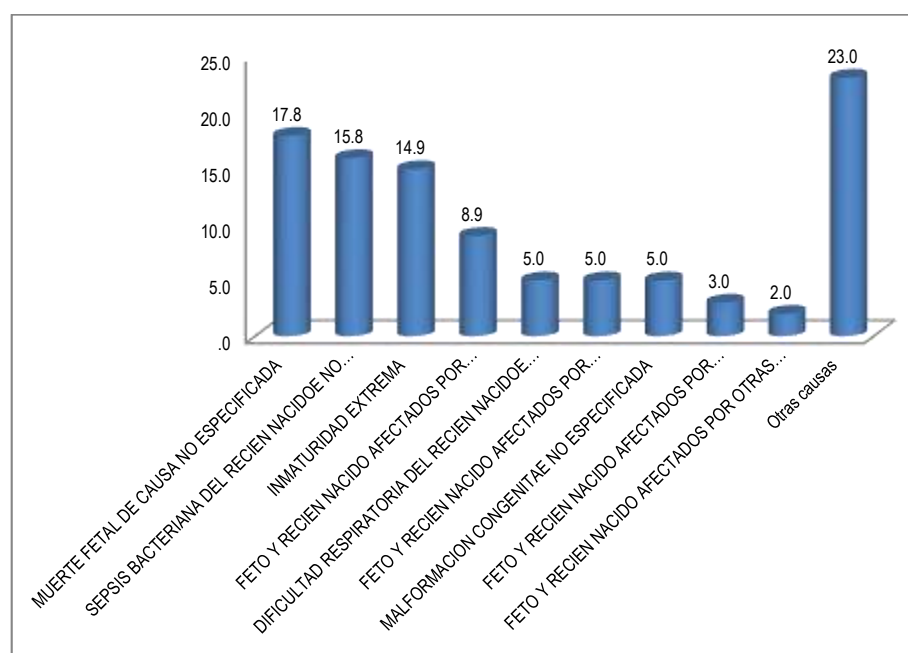
Figura 22
Mortalidad neonatal según grupo de peso-2013



Fuente:NOTIMNP-UESA

Observamos que en general el 2013 se han reportado un total de 100 muertes Neonatales y fetales, siendo el bajo peso al nacer el factor de riesgo que más predomina.

Figura 23
Principales causas de muerte neonatal y perinatales HRA-2013

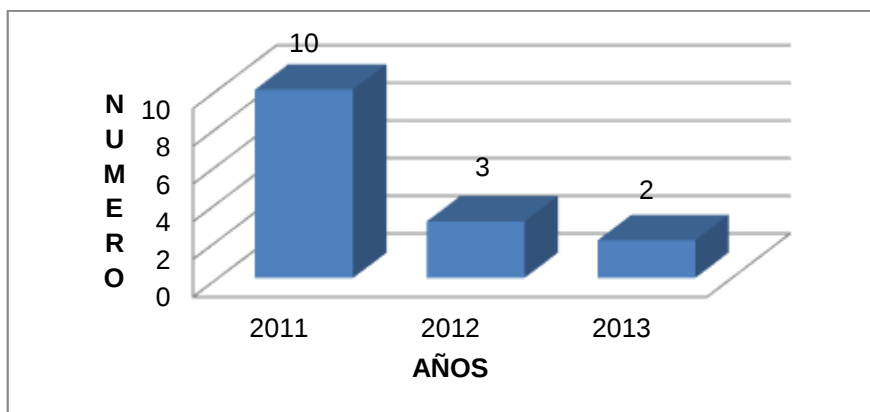


Fuente:NOTIMNP-UES.

Muerte materna:

Figura 24

Mortalidad Materna en el Hospital Regional de Ayacucho 2011-2013

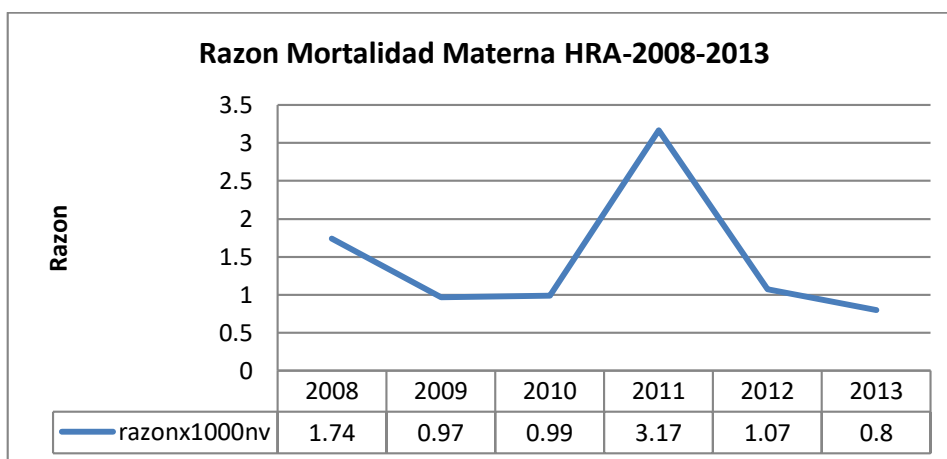


Fuente NOTISP-UESA.

La mortalidad materna es un indicador de importancia, como se observa el año 2013 se ha reportado dos casos de muerte materna indirecta en ambos casos fueron pacientes referidas. por lo que se hace necesario fortalecer el primer nivel de atención para detectar a tiempo los riesgos asociados a estas muertes.

Figura 25

Mortalidad materna 2008-2013



Fuente NOTISP-UESA.

Como se observa la razón de mortalidad materna, por 1000 nacidos vivos, presento un pico muy alto el 2011 decreciendo considerablemente para el año 2013.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Los resultados que se discuten a continuación constituyen evidencia obtenida a partir de la interpretación de la observación participante y de la aplicación de la entrevista a profundidad en el consultorio externo de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho referente a la calidad de atención.

El análisis estadístico de esta investigación se realizó de manera descriptiva para cada variable, utilizando distribuciones de frecuencias. Primero, se codificaron las respuestas correspondientes a cada pregunta de la guía de entrevista. Las frecuencias obtenidas se convirtieron en frecuencias relativas, expresadas en porcentajes. Estos porcentajes se presentaron a través de gráficos de barras y circulares, facilitando así la visualización, interpretación y análisis de cada variable en función de los objetivos planteados.

Objetivo 1: Describir a los asistentes al servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

4.1.1. Edad de las usuarias que acuden a los servicios de Ginecología.

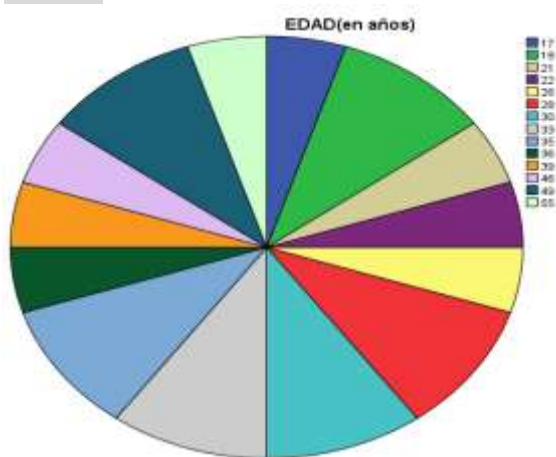
Tabla 7
EDAD

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	17	1	5,0	5,0	5,0
	19	2	10,0	10,0	15,0
	21	1	5,0	5,0	20,0
	22	1	5,0	5,0	25,0
	26	1	5,0	5,0	30,0
	28	2	10,0	10,0	40,0
	30	2	10,0	10,0	50,0

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	33	2	10,0	10,0	60,0
	35	2	10,0	10,0	70,0
	36	1	5,0	5,0	75,0
	39	1	5,0	5,0	80,0
	46	1	5,0	5,0	85,0
	49	2	10,0	10,0	95,0
	55	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 26
Edad



Interpretación: El promedio de edad de las usuarias que acuden al consultorio de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho es de 28 años. Se observa que el 80% de las pacientes se encuentran en el rango de edad de 20 a 49 años, un grupo que coincide con la etapa fértil de la vida. Además, el 15% de las usuarias tienen entre 17 y 19 años, mientras que solo un 5% son mayores de 50 años.

Estos datos sugieren que la mayor parte de la población atendida en el consultorio externo de ginecología está en edad fértil, donde las consultas suelen estar relacionadas con temas como el embarazo, los trastornos hormonales, las enfermedades de transmisión sexual y las infecciones. La predominancia de mujeres jóvenes y de mediana edad en las consultas resalta la importancia de adaptar los servicios ginecológicos a las necesidades específicas de este grupo etario, asegurando que se aborden adecuadamente las condiciones más comunes y se implementen estrategias preventivas y de tratamiento eficaces.

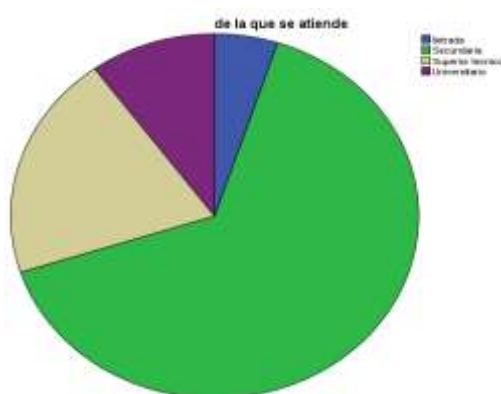
4.1.2. Nivel de estudio de las usuarias del área de consulta externa de ginecología

Tabla 8
Nivel de estudio

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Iletrada	1	5,0	5,0	5,0
	Secundaria	13	65,0	65,0	70,0
	Superior técnico	4	20,0	20,0	90,0
	Universitario	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 27
Nivel de estudio



Interpretación: El análisis revela que el 65% de las usuarias que asisten al consultorio de ginecología tienen un nivel de instrucción secundaria completa o incompleta. Un 20% de las pacientes están cursando o han completado una carrera técnica, mientras que el 10% son universitarias. Solo el 5% de las usuarias son iletradas.

Este perfil educativo sugiere que la mayoría de las pacientes que recurren al servicio de ginecología provienen de contextos educativos variados, con una predominancia de quienes han alcanzado la secundaria, muchos de los cuales provienen de zonas rurales. Este grupo puede enfrentar desafíos en su salud determinados por una combinación de factores personales, económicos, sociales y culturales. La presencia significativa de pacientes con secundaria incompleta y de zonas rurales indica la necesidad de enfoques adaptados a sus realidades específicas, para mejorar el acceso y la calidad de la atención ginecológica que reciben.

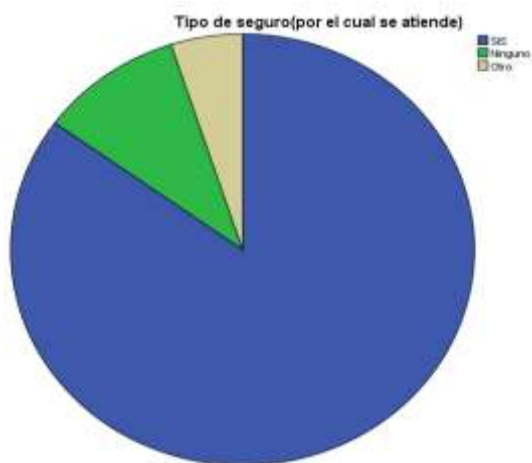
4.1.3. Tipo de seguro

Tabla 9
Tipo de seguro

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SIS	17	85,0	85,0	85,0
	Ninguno	2	10,0	10,0	95,0
	Otro	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 28
Tipo de seguro



Interpretación: Entre las entrevistadas, el 85% utiliza el Seguro Integral de Salud (SIS) para recibir atención ginecológica, mientras que el 10% accede a los servicios de manera particular y el 5% restante cuenta con otro tipo de seguro.

Este dato revela que una gran mayoría de las pacientes dependen del SIS para sus consultas ginecológicas. A pesar de este predominio del SIS en la cobertura de salud, el Censo del INEI de 2015 indica que solo el 40% de la población general tiene acceso a este seguro. Este contraste subraya una brecha significativa en la cobertura del seguro de salud. Por lo tanto, es imperativo que el Estado tome medidas para reducir esta disparidad y mejorar el acceso a servicios de salud, garantizando que más personas puedan beneficiarse de seguros de salud adecuados y accesibles.

Objetivo 2: Saber el grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

4.1.4. Información que brinda el personal para el trámite para la atención en consulta externa.

Tabla 10

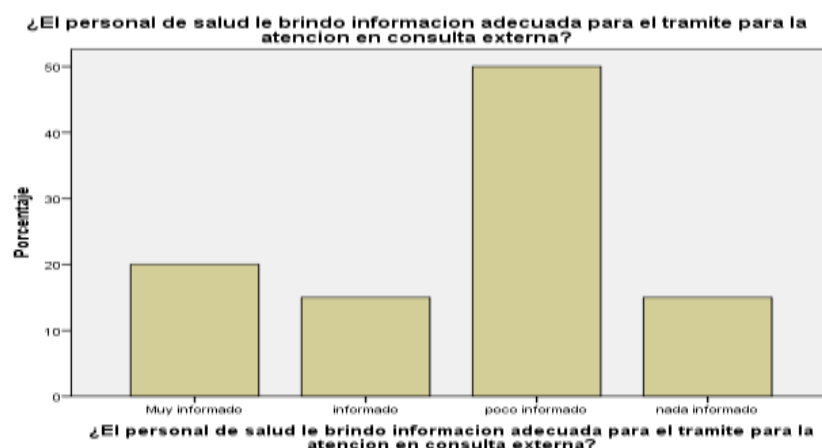
Información que brinda el personal referente al tramite

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy informado	4	20,0	20,0	20,0
	informado	3	15,0	15,0	35,0
	poco informado	10	50,0	50,0	85,0
	nada informado	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 29

Información que brinda el personal referente al tramite



Interpretación: En relación con la información proporcionada por el personal de salud para realizar trámites en la consulta externa, el 50% de las usuarias reporta que la información recibida fue insuficiente. Solo el 20% considera que se les informó adecuadamente, el 15% indica que recibió la información necesaria, mientras que un preocupante 15% afirma no haber recibido ninguna información.

Estos resultados destacan una deficiencia significativa en la comunicación entre el personal de salud y las usuarias, lo que contribuye a la confusión sobre si sus problemas de salud deben ser tratados en ginecología u obstetricia. Esta falta de claridad afecta la

capacidad de las pacientes para gestionar adecuadamente sus citas y acceder a los servicios necesarios. Es crucial implementar mecanismos y estrategias de orientación más efectivas para mejorar la comunicación y asegurar que las usuarias puedan utilizar los servicios de manera más eficiente y adecuada.

4.1.5. La atención en caja o en el módulo de admisión del seguro integral de salud.

Tabla 11

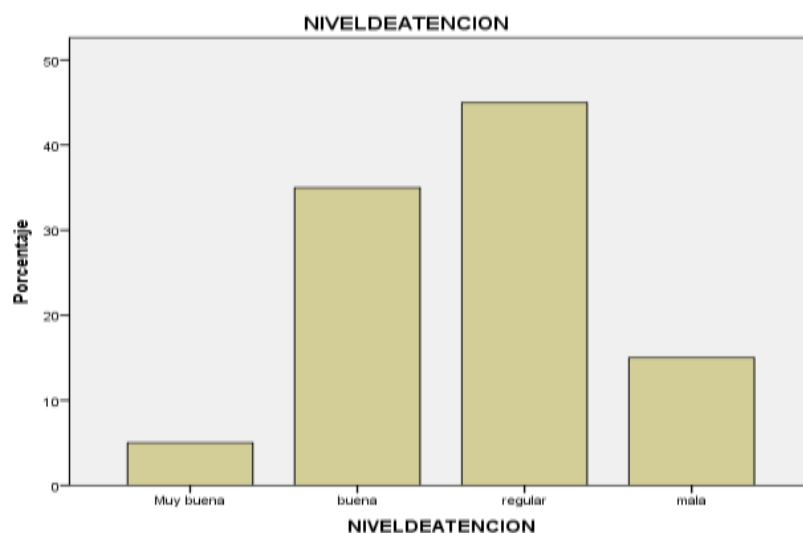
Atención en caja, módulo de admisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy buena	1	5,0	5,0	5,0
	buena	7	35,0	35,0	40,0
	regular	9	45,0	45,0	85,0
	mala	3	15,0	15,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 30

Atención en caja, módulo de admisión



Interpretación: Un 45% de las usuarias consideran que la atención en caja o en el módulo de admisión del seguro integral de salud, fue regular, y un 35% menciona que fue buena, y solo un 15% considera que la atención fue muy buena y un 15% considera que fue mala.

Como observamos, un 45% de las usuarias califican la atención en caja o módulo de admisión como regular, mientras que el 15% considera que fue mala; conllevando a señalar

que se cuenta con personal de salud formados desde una perspectiva científica poco humanística, además se suman factores personales, los riesgos intrahospitalarios, bajas remuneraciones y la falta de reconocimiento por la institución, conllevando al resquebrajamiento en las relaciones interpersonales entre los prestadores de salud y las pacientes.

4.1.6. El tiempo que esperan las usuarias para realizar la consulta médica.

Tabla 12

Tiempo de espera para la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	3horas	5	25,0	25,0	25,0
	4horas	5	25,0	25,0	50,0
	5horas	9	45,0	45,0	95,0
	al instante	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 31

Tiempo de espera para la consulta



Interpretación: La insatisfacción de las usuarias es evidente debido a los tiempos de espera prolongados para acceder a las consultas. Un 45% de las pacientes deben esperar un promedio de 5 horas antes de ser atendidas, mientras que solo un 5% recibe atención de manera inmediata. Además, un 25% de las usuarias espera alrededor de 4 horas y otro 25% aguarda aproximadamente 3 horas para ser atendidas por el médico.

De acuerdo con el cuadro N° 26, un porcentaje significativo de usuarias expresa su

descontento con estos tiempos de espera, ya que interrumpen considerablemente sus actividades diarias y afectan su satisfacción general con el servicio. Esta situación indica una necesidad urgente de optimizar los procesos de atención para reducir los tiempos de espera y mejorar la experiencia del paciente, minimizando así las interrupciones en sus actividades y aumentando la eficiencia del servicio.

4.1.7. El tiempo que lleva esperando le genera incomodidad.

Tabla 13

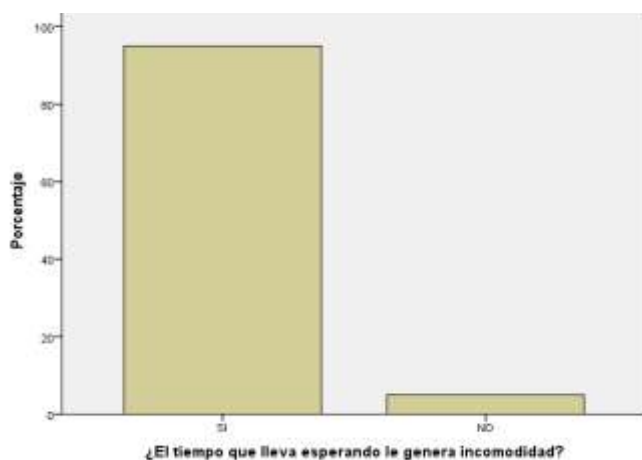
El tiempo de espera

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	19	95,0	95,0	95,0
	NO	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 32

El tiempo de espera



Interpretación: Las usuarias del servicio de consulta externa de ginecología en un 95% se sienten incomodas por tiempo de espera, ya que interfiere con sus actividades y solo a un 5% no les genera perjuicio.

Como se evidencia, las usuarias tienen que hacer largas colas desde las 4 a.m. para poder obtener un cupo y ser atendidos a partir de las 8 a.m., donde la consulta dura un corto tiempo, como afirma una usuaria “Es una larga cola, la espera es demasiada, en otros casos la encargada se retira y no hay nadie que atienda, nunca tiene sencillo, se amarga cuando le preguntas alguna

duda, cuando llegas donde la doctora solo te atiende 10 minutos, ni te da tiempo de preguntar” (Fabiola, 2015).

4.1.8. Disposición de la historia clínica.

Tabla 14

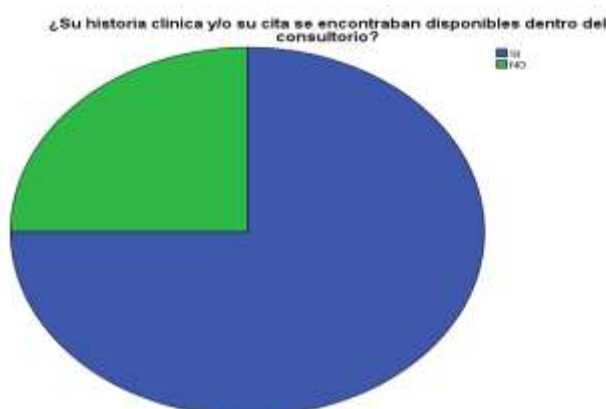
Disposición de la historia clínica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	15	75,0	75,0	75,0
	NO	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 33

Disposición de la historia clínica



Interpretación: Un 75% de las usuarias confirmaron que su historia clínica estaba disponible en el consultorio durante su visita, mientras que un preocupante 25% no pudo encontrar su historia clínica en el lugar correspondiente.

La falta de disponibilidad de la historia clínica para el 25% de las usuarias sugiere problemas significativos en la gestión y organización de los archivos médicos. Esta situación no solo crea inconvenientes para las pacientes, que deben buscar y transportar sus propios registros, sino que también puede afectar la continuidad y calidad de la atención médica proporcionada. Es crucial implementar medidas para asegurar que todas las historias clínicas estén adecuadamente ubicadas y accesibles en el consultorio, lo que facilitará una atención más eficiente y fluida para las usuarias.

4.1.9. Privacidad durante la atención en el consultorio.

Tabla 15

Privacidad durante la consulta médica

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	10,0	10,0	10,0
	Medianamente	4	20,0	20,0	30,0
	NO	14	70,0	70,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 34

Privacidad durante la consulta médica



Interpretación: Un 70% de las entrevistadas manifestaron que no se respetó su privacidad, porque durante la consulta los personales de apoyo entraban y salían, al interior del consultorio se encontraba más de tres personales de salud, incluso la puerta de los consultorios en su mayoría se mantiene abiertos o semiabiertos y solo un 20% considera que se respetó medianamente su privacidad y solo un 10% cree que se respetó su privacidad.

De la mayoría de usuarias manifiestan que no existe privacidad en la consulta, puesto que no se cuentan ambientes que garanticen una atención personalizada y a la confidencialidad de su información médica; por el que, resulta necesario que el Hospital Regional de Ayacucho cuente con infraestructura diseñado para la protección de la dignidad de la usuaria, proporcionando ambientes que no permitan que personas ajenas a la consulta

puedan escuchar o ver, además se tiene que permitir que la usuaria pueda pedir la presencia del personal de su propio sexo para ciertos exámenes, además a no permanecer desnuda el mayor al tiempo que requiere el procedimiento.

4.1.10. ¿Cómo se mantuvieron las puertas del consultorio?

Tabla 16

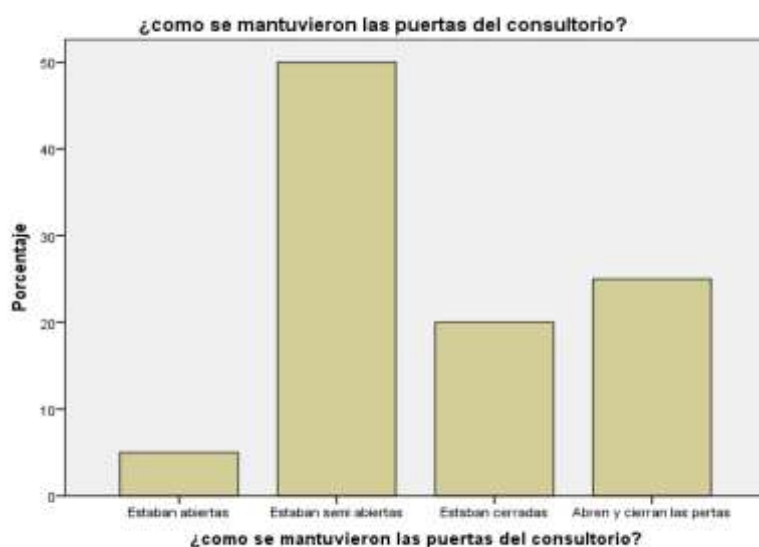
Privacidad durante la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estaban abiertas	1	5,0	5,0	5,0
	Estaban semi abiertas	10	50,0	50,0	55,0
	Estaban cerradas	4	20,0	20,0	75,0
	Abren y cierran las pertas	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 35

Privacidad durante la consulta



Interpretación: Durante la consulta con el medico ginecólogo, un 50% de las usuarias manifestaron que las puertas estaban semiabiertas, y 25% manifestaron que el personal de apoyo abre y cierran las puertas y un 5% nos mencionó que se encontraban abiertas y solo un 20% observó que la puerta se mantuvo cerrada.

Durante la atención de las usuarias, la mayoría observó que las puertas se mantuvieron semi abiertas, afectando a su pudor y reflejando la escasa privacidad en la atención a las pacientes, pues permitía que personas ajenas a la consulta puedan escuchar y

ver cuando se está examinando a la paciente, generando en ella temor y vergüenza, tal como lo manifestó una usuaria “Tengo miedo a que pida que me saque la ropa, me da vergüenza que me vean desnuda”.

4.1.11. ¿Cómo la recibió el médico: con amabilidad, respeto y paciencia o con descortesía, ¿enojo?

Tabla 17

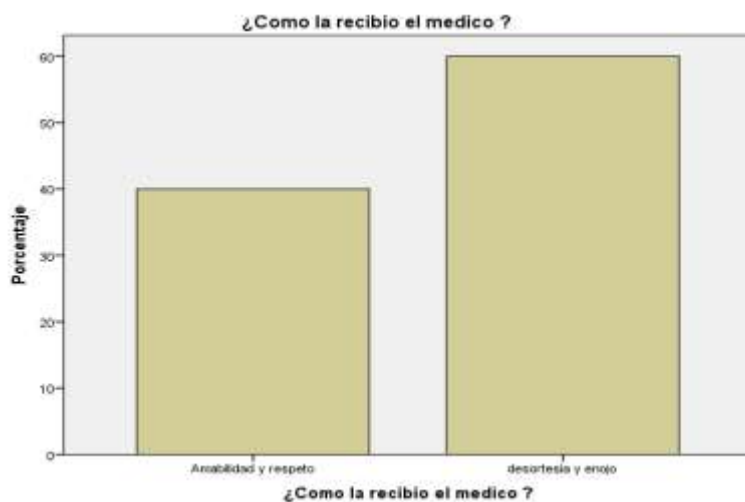
Trato del médico durante la consulta

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amabilidad y respeto	8	40,0	40,0	40,0
	descortesía y enojo	12	60,0	60,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 36

Trato del médico durante la consulta



Interpretación: La mayoría de las usuarias: el 80% manifestaron que el doctor las recibió con descortesía y enojo y solo un 20% siente que el doctor las recibió con amabilidad y respeto.

Como se evidencia, los médicos tienen una posición jerárquica, donde estos tienen el conocimiento absoluto, el cual le da incluso poder para manifestar maltratos hacia las usuarias, como manifiesta una paciente “Yo tengo tres hijos y cuando di a mi última hijita, me hicieron cesaría porque no podía dar a luz, cuando me dieron de alta mi esposo me llevo a casa y unos días después sentí dolor y volvimos al hospital, la doctora me reviso y como

no aguantaba el dolor, me dijo que las del campo teníamos hijos como cuy, ¿por qué has abierto las piernas?, ¿Por qué no te cuidas?” (Juana, 2015); conllevando a afirmar que los malos tratos se presentan durante el diagnóstico, tratamiento y curación de la enfermedad, pese a contar con leyes que protegen el derecho de las usuarias.

4.1.12. ¿Durante la consulta el doctor mostro interés y la escucho atentamente sobre su problema de salud?

Figura 37

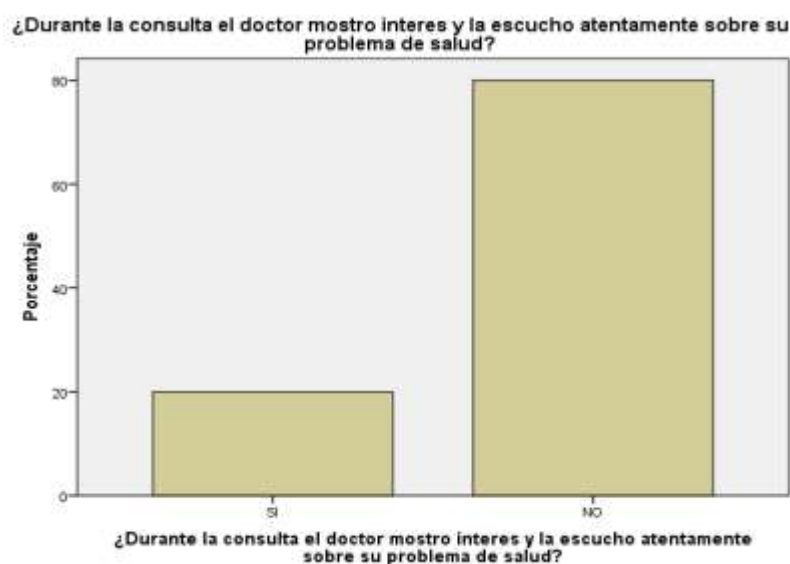
Interés del médico referente al problema de salud de la paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	4	20,0	20,0	20,0
	NO	16	80,0	80,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 38

Interés del médico referente al problema de salud de la paciente



Solo un 20% de las entrevistadas manifestaron que, durante la consulta médica el doctor mostro interés y escucho atentamente sobre su problema de salud, y un alarmante 80% siente y percibe que los médicos no muestran interés en el comentario que realizan las pacientes referentes al problema de salud.

Este alarmante porcentaje es preocupante, por el que resulta necesario que el médico a parte de conocer el problema de salud, comprenda la situación familiar, psicológica e incluso espiritual, ello se lograra mediante una comunicación afectiva y empática, además de hacer partícipe a los miembros de la familia acerca del diagnóstico, tratamiento de la paciente, porque son ellos los aliados para lograr el restablecimiento de la salud.

4.1.13. ¿Durante la consulta, Ud. cree que el doctor entiende todo lo que Ud. le dice?

Tabla 18

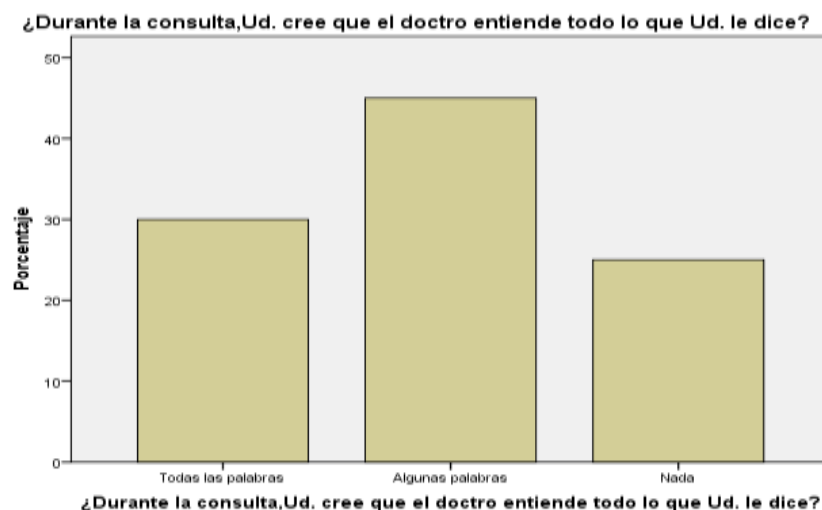
Comprensión del médico de la referencia del problema de salud que realiza el paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Todas las palabras	6	30,0	30,0	30,0
	Algunas palabras	9	45,0	45,0	75,0
	Nada	5	25,0	25,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 39

Comprensión del médico de la referencia del problema de salud que realiza el paciente



Interpretación: Las usuarias sienten en un porcentaje mayor: en 45% que el doctor solo entiende algunas palabras, mientras que un 30% considera que el doctor entiende todo lo que ellas comentan respecto a su estado de salud, mientras que un 25% menciona que el doctor no les entiende absolutamente nada porque desconocen del idioma quechua.

Un 25% de las usuarias manifestaron que el médico no las comprende por hablar el

idioma quechua, generando que la comunicación no sea fluida y que la usuaria se sienta impotente; por el que, resulta necesario que se implementen planes de capacitación al personal de salud a fin de que puedan aprender el idioma quechua y así brindar una atención de calidad.

4.1.14. ¿Comprende la explicación que el médico le brindara sobre el problema de salud, sobre los procedimientos y análisis que le realizaran?

Tabla 19

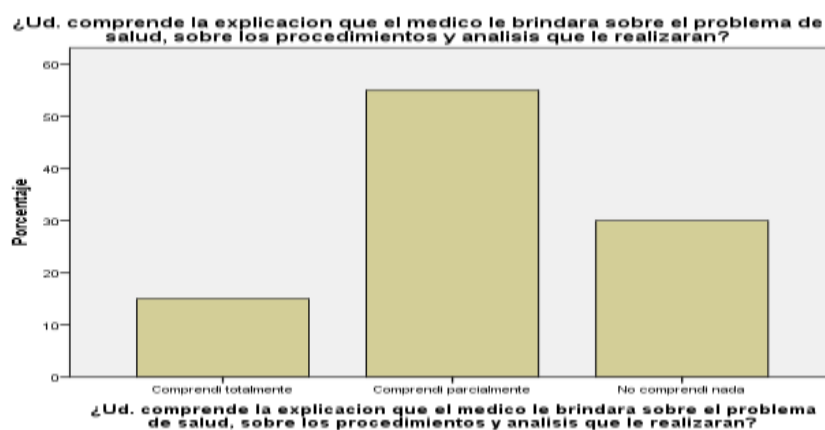
Comprensión de la paciente referente a la explicación que le brinda el medico sobre su problema de salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Comprendí totalmente	3	15,0	15,0	15,0
	Comprendí parcialmente	11	55,0	55,0	70,0
	No comprendí nada	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Tabla 20

Comprensión de la paciente referente a la explicación que le brinda el medico sobre su problema de salud



Interpretación: El total de las usuarias que comprende la explicación que el médico le brindan sobre el problema de salud, sobre los procedimientos y análisis que se realizaran; un 55% manifestó que comprendió parcialmente, mientras que un 30% no entendió nada y solo un 15% comprendió la explicación del médico.

Como podemos advertir, los médicos en su mayoría no proporcionan una información clara, tampoco manejan un lenguaje sencillo y adecuado según las prácticas

culturales de la usuaria, siendo necesario que el médico se convierta en un amigo y no actúe con un poder paternal.

4.1.15. ¿Comprendió la explicación que el médico le explico sobre el tratamiento: ¿Tipo de medicamento, efectos colaterales?

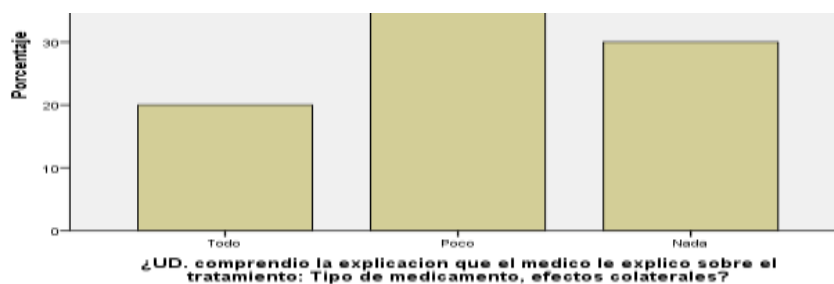
Tabla 21

La explicación sobre la receta médica y los efectos colaterales

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Todo	4	20,0	20,0	20,0
	Poco	10	50,0	50,0	70,0
	Nada	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 40
La explicación sobre la receta médica y los efectos colaterales



Interpretación: El 50% de las entrevistadas indicaron que comprendieron poco sobre la prescripción médica, mientras que un 30% no entendió nada de la misma, y solo el 20% logró entender el tipo de tratamiento y los posibles efectos colaterales.

Este resultado refleja una brecha significativa en la comunicación entre el personal médico y las pacientes. La mayoría de las usuarias que acuden al consultorio ginecológico tienen secundaria completa o incompleta y algunas hablan quechua, lo que puede complicar la comprensión de las prescripciones médicas. Por lo tanto, es fundamental contar con personal de salud capacitado para ofrecer explicaciones claras y adaptadas al nivel educativo, cultural y emocional de cada paciente. Implementar estrategias de comunicación efectivas y proporcionar información en el idioma y nivel de comprensión adecuados son pasos cruciales para mejorar la calidad de la atención y asegurar que las pacientes entiendan

completamente sus tratamientos y cuidados.

4.1.16. ¿Cree Ud. que es necesario el acompañamiento de un familiar durante la consulta?

Figura 41

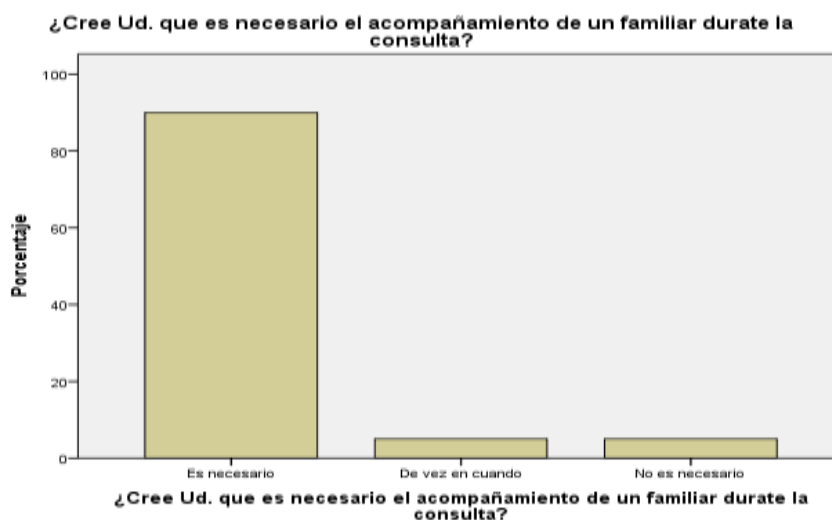
Acompañamiento de un familiar

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Es necesario	18	90,0	90,0	90,0
	De vez en cuando	1	5,0	5,0	95,0
	No es necesario	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 42

Acompañamiento de un familiar



Interpretación: En cuanto al acompañamiento durante las consultas médicas, un 90% de las usuarias considera que es esencial e importante contar con la presencia de un familiar, mientras que solo un 5% lo ve como algo ocasional, y otro 5% no lo considera necesario.

La alta valoración del acompañamiento por parte de las usuarias subraya su importancia en el entorno clínico. La presencia de un familiar no solo proporciona apoyo emocional crucial, sino que también puede servir como un intermediario entre el médico y la paciente, facilitando una comunicación más efectiva. Además, el acompañamiento familiar es fundamental en situaciones de emergencia, ya que ofrece respaldo adicional y ayuda en la gestión de cualquier imprevisto. Estos factores destacan la necesidad de integrar el acompañamiento familiar como una parte integral del proceso de atención médica para

mejorar la experiencia y el apoyo durante las consultas y tratamientos.

4.1.17. ¿El médico le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud por el cual fue atendido?

Tabla 22

Examen físico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	5	25,0	25,0	25,0
	NO	15	75,0	75,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 43

Examen físico



Interpretación: Un 75% de las usuarias señalaron que no se les realizó un examen físico completo y minucioso para abordar su problema de salud, mientras que solo un 25% opinó que recibió un examen adecuado.

Esta diferencia en la percepción sugiere que la mayoría de las pacientes no están recibiendo una evaluación exhaustiva durante sus consultas, lo cual puede afectar la precisión del diagnóstico y la efectividad del tratamiento. Un examen físico completo es crucial para identificar adecuadamente los problemas de salud y proporcionar una atención adecuada. La percepción de insuficiencia en la calidad del examen físico resalta la necesidad de mejorar los protocolos de evaluación médica en el consultorio ginecológico, asegurando que cada paciente reciba una atención minuciosa y detallada para optimizar los resultados

de su cuidado y tratamiento.

4.1.18. ¿Durante la consulta, antes de la auscultación el doctor pidió que se desvista?

Tabla 23

Antes de la auscultación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	En forma respetuosa	2	10,0	10,0	10,0
	Fue normal	7	35,0	35,0	45,0
	Irrespetuosamente	9	45,0	45,0	90,0
	No me pidió desvestirme	2	10,0	10,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 44

Antes de la auscultación



Interpretación: Un 75% de las usuarias señalaron que no se les realizó un examen físico completo y minucioso para abordar su problema de salud, mientras que solo un 25% opinó que recibió un examen adecuado.

Esta diferencia en la percepción sugiere que la mayoría de las pacientes no están recibiendo una evaluación exhaustiva durante sus consultas, lo cual puede afectar la precisión del diagnóstico y la efectividad del tratamiento. Un examen físico completo es crucial para identificar adecuadamente los problemas de salud y proporcionar una atención adecuada. La percepción de insuficiencia en la calidad del examen físico resalta la necesidad de mejorar los protocolos de evaluación médica en el consultorio ginecológico, asegurando

que cada paciente reciba una atención minuciosa y detallada para optimizar los resultados de su cuidado y tratamiento.

4.1.19. ¿Cómo se sintió cuando el medico la ausculto?

Tabla 24

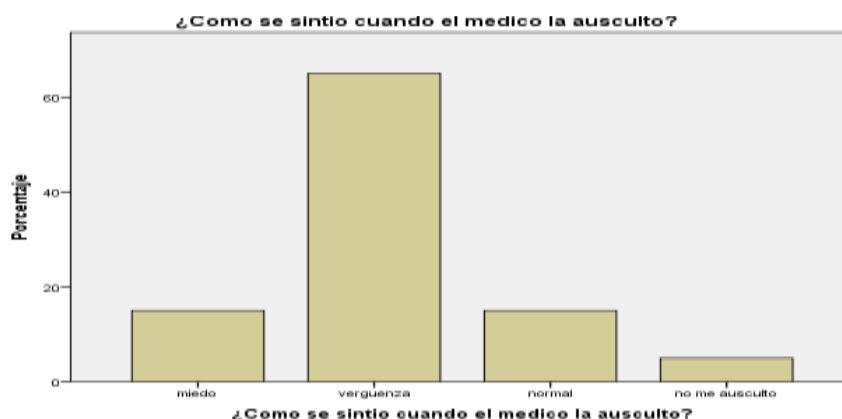
Durante la auscultación

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	miedo	3	15,0	15,0	15,0
	vergüenza	13	65,0	65,0	80,0
	normal	3	15,0	15,0	95,0
	no me ausculto	1	5,0	5,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 45

Durante la auscultación



Interpretación: Entre las entrevistadas, un 65% expresó haber sentido vergüenza durante la auscultación, un 15% experimentó miedo, otro 15% se sintió normal, y el 5% restante indicó que no fueron auscultadas. Como mencionó la señora Isabel: “La doctora, junto con su practicante, me revisó e incluso me hicieron un tacto vaginal. Sentí dolor, y sobre todo, vergüenza.”

Este sentimiento de vergüenza y malestar puede estar relacionado con la exposición de las partes más íntimas del cuerpo durante la auscultación, especialmente cuando se solicita a las pacientes que se desvisten o se cubran con una bata. La visualización de los órganos sexuales, que son percibidos como altamente privados, puede generar una sensación de invasión y angustia. Además, la presencia de múltiples profesionales de la salud durante el examen puede transformar un procedimiento privado en una experiencia pública, intensificando la incomodidad y ansiedad.

Este contexto destaca la necesidad de sensibilizar al personal médico sobre la importancia de manejar estos procedimientos con la máxima consideración y respeto por la privacidad y el confort emocional de las pacientes. Implementar prácticas que minimicen la exposición innecesaria y garanticen la privacidad puede ayudar a reducir el malestar y mejorar la experiencia general durante las consultas médicas.

4.1.20. ¿Cuándo el doctor la ausculto, estuvo presente otra persona? ¿Quién?

Tabla 25

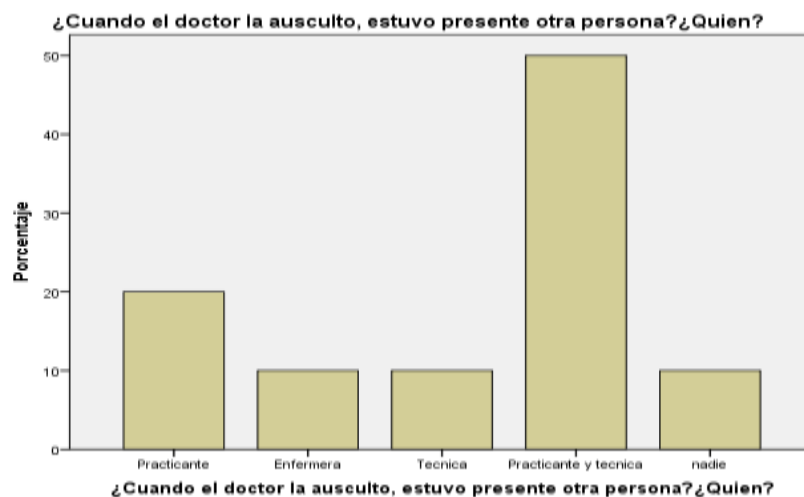
Durante la auscultación, quien estuvo presente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Practicante	4	20,0	20,0	20,0
	Enfermera	2	10,0	10,0	30,0
	Técnica	2	10,0	10,0	40,0
	Practicante y técnica	10	50,0	50,0	90,0
	nadie	2	10,0	10,0	100,0
Total		20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 46

Durante la auscultación, quien estuvo presente



Interpretación: el 50% manifestaron que la persona que estuvo durante la auscultación fueron la técnica la enfermera y el practicante, el 10% respondieron que la enfermera estaba presente, así mismo, un 10% reafirmaron que durante la auscultación estuvo presentes las técnicas, el 20% manifestaron que fueron practicantes quienes

estuvieron presentes y solo un 10% dijeron que durante su auscultación no estuvo presente nadie.

Es probable que, de acuerdo con el protocolo clínico médico, tanto las profesionales técnicas de enfermería como las enfermeras puedan ingresar al consultorio durante la consulta. Además, en el caso de los practicantes, se podría considerar una excepción, dado que estos futuros profesionales necesitan experimentar la realidad profesional. Sin embargo, es fundamental recordar que están tratando con seres humanos, no con objetos, y que estos pacientes tienen emociones y miedos que deben ser respetados y considerados.

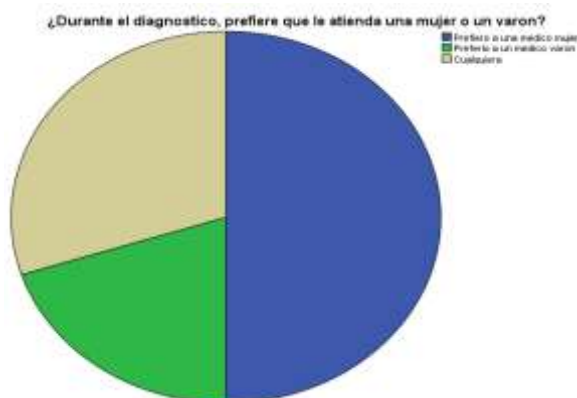
4.1.21. ¿Durante el diagnostico, prefiere que le atienda una mujer o un varón?

Tabla 26
Preferencia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Prefiero a una médico mujer	10	50,0	50,0	50,0
	Preferido a un médico varón	4	20,0	20,0	70,0
	Cualquiera	6	30,0	30,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 47
Preferencia



Interpretación: de las usuarias entrevistadas el 50% prefieren la atención de una ginecóloga, mientras el 20% prefiere la atención de un ginecólogo y a un 30% no tienen preferencias por ninguno.

La mayoría de las entrevistadas manifestaron que prefieren la atención de una mujer porque se sienten en confianza y si se ponen en su lugar, porque en algún momento pasaron por lo mismo Dato importante a tomar en cuenta para la satisfacción de un sector de las

usuarias que se sienten más identificadas cuando son atendidas por médicos mujeres.

4.1.22. ¿Se siente satisfecho por la atención prestada por el medico?

Tabla 27

Satisfacción en la atención que se brinda en el Hospital Regional de Ayacucho

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SI	2	10,0	10,0	10,0
	NO	18	90,0	90,0	100,0
	Total	20	100,0	100,0	

Nota: Sistematización de Instrumentos de Campo- noviembre 2015

Figura 48

Satisfacción en la atención que se brinda en el Hospital Regional de Ayacucho



Las usuarias en un 90% no se sienten satisfechas por la atención brindada en el área de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho, para lograr la satisfacción de las usuarias se tiene que mejorar en el trato que se le brinda a la paciente desde el momento de ingreso hasta que se retire, la información acerca de su estado de salud, así como la prescripción médica tienen que ser transmitidas en forma clara, así mismo, se debe tener en cuenta el estado emocional de la paciente.

4.2. Discusión

La investigación se circunscribe en el servicio de consulta externa de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho, donde acuden usuarias por problemas relacionados con los ovarios, el útero y la vagina. Este servicio está destinado a tratar una amplia gama de condiciones y trastornos que pueden presentarse en las mujeres, tales como irregularidades

en el ciclo menstrual, síndrome de ovario poliquístico, infecciones e inflamaciones de las paredes uterinas, anticoncepción, menopausia, colposcopia, medicina reproductiva y uroginecología.

Desde una perspectiva antropológica, es esencial considerar cómo los factores culturales, sociales y psicológicos influyen en la percepción y manejo de estos problemas de salud. En comunidades rurales y urbanas de Ayacucho, las creencias tradicionales y prácticas ancestrales tienen un impacto significativo en la manera en que las mujeres interpretan sus síntomas y buscan atención médica. Por ejemplo, el tratamiento de problemas ginecológicos puede estar influenciado por prácticas de medicina tradicional y creencias en curanderos locales, que muchas veces coexisten con los servicios de salud modernos.

La perspectiva holística de la antropología médica nos permite entender que la salud no es solo la ausencia de enfermedad, sino un estado de bienestar que integra aspectos físicos, mentales y sociales. En este sentido, es crucial analizar cómo las usuarias perciben los servicios de ginecología en función de sus antecedentes culturales y experiencias personales.

Además, desde un enfoque metodológico, la investigación aplicará una perspectiva "emic", recogiendo las experiencias y significados que las propias usuarias atribuyen a sus problemas de salud y su interacción con el sistema de salud. Esta aproximación permitirá generar conocimientos contextualizados y científicos dentro del campo de la praxis antropológica.

De este modo, la investigación no solo se centrará en los aspectos médicos y técnicos del tratamiento de las condiciones ginecológicas, sino también en cómo los elementos culturales y sociales configuran la experiencia de las usuarias y afectan la calidad de la atención recibida. Esta integración de perspectivas contribuirá a un entendimiento más completo y a la mejora de los servicios de salud.

4.2.1. Consultorio externo de ginecología

Describir a los asistentes al servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

- Las entrevistas realizadas nos permitieron conocer un poco sobre el perfil y

características que tienen las usuarias de nuestro estudio.

- La mayor parte de usuarias que asisten a la consulta externa de ginecología del Hospital Regional de Ayacucho oscilan entre las edades de 20 a 49 años de edad. Siendo en promedio de edad de 28 años.
- Este promedio de edad, nos indica que en su mayoría son mujeres en edad fértil.
- De la observación participante nos dimos cuenta, que la mayoría de usuarias asisten al Hospital por alguna dolencia, siendo muy pocas las que asisten por un chequeo médico regular.
- La mayoría de las usuarias asisten a la consulta externa de ginecología por motivo de embarazo y en un porcentaje menor por algún tipo de infección, así mismo un mínimo porcentaje para hacerse pruebas de cáncer y atención post operatorio y tratamiento hormonal y problemas ováricos.
- En un 65% de las entrevistadas que asisten a consulta externa en el servicio de ginecología tienen secundaria completa y/o incompleta, así mismo, en un 5% se atienden pacientes iletradas. Esta variable nos permite determinar el factor socio económico con que cuentan las usuarias; es decir, quienes asisten al hospital son personas que cuentan con programa asistencial (SIS) y particulares con escasos recursos económicos como refiere la señora María “Si tuviera plata me atendería en un particular, aquí nos tratan mal, se demoran bastante para atendernos, se aprovechan de que no tenemos plata”, de igual forma, la mayoría de las usuarias son bilingüe quechua/castellano lo que dificulta y representa una barrera para poder interactuar y poder comunicarse con el médico, ya que este durante la consulta da instrucciones orales en idioma castellano. Además, se debe tomar en cuenta que son usuarias que cuentan con determinadas costumbres y creencias; y presentan temor de desvestirse frente a extraños y al tacto vaginal durante la auscultación.
- En ese sentido, el factor cultural, social y económico son determinantes para que las usuarias del servicio de consulta externa de ginecología perciban que existe una mala calidad de atención, donde el medico adopta una posición jerárquica sobre la paciente, teniendo que someterse a los malos tratos y a que sean tratadas

como ignorantes.

- En un 85% de las usuarias que se atienden en este servicio cuentan con el sistema nacional de salud (SIS), el cual nos permite determinar que la mayoría de la población tiene acceso a los servicios de salud.
- Es cierto que el SIS cubre los gastos de operación, parto, medicamentos, entre otros. Pero no cuentan con los medicamentos recetados por los médicos, teniendo que ser adquiridas de forma particular, donde muchas veces llegan a ocasionar un gasto superior a los 80 soles, por lo cual las usuarias no llegan a cumplir a cabalidad con la prescripción médica, incluso por el costo prefieren auto medicarse o recurrir al autocuidado.
- Del 85% de las usuarias que cuentan con el SIS, existe un gran numero de que son derivadas de una posta médica de la región, porque en ella no se cuenta con médicos ginecólogos, lo que conlleva a esperar a que exista un cupo para ser atendidas, demorándose un promedio de 10 días a 15 días.
- El 10% de las usuarias que se atienden en el servicio de consulta externa de ginecología en forma particular son personas que no cuentan con el SIS o cuentan con otro tipo de seguro, se atienden en el hospital por factores económicos, por recomendación de familiares o amigas, incluso por la preferencia hacia un médico determinado.
- El 5% de las usuarias son atendidas por otro tipo de seguro, siendo las estudiantes de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga derivadas por esta modalidad.

4.2.2. Satisfacción de la usuaria.

Saber el grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015.

- Para el análisis y poder medir el nivel de nuestro segundo objetivo, realizamos diecisiete preguntas dirigidas a las usuarias, cada una de ellas aportaría un resultado que nos permitirá Saber el grado de satisfacción del usuario del consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho.

- Sobre la información que brinda el personal de salud para realizar los trámites de consulta externa, mencionaron en un 50% que se les brinda muy poca información. Del cual deducimos que existe un número limitado de personal encargado para orientar a las pacientes, como refiere la señora Fabiola “No me explicaron nada, yo misma averigüé por mis propios medios, porque estaban ocupados y tenían que atender a muchos pacientes”.
- Con respecto a la calidad de atención en caja o en el módulo de admisión del seguro integral de salud, en un 15% descalifican la labor del personal, considerando que brindan una atención mala, debido a la gran demanda de usuarios del servicio de salud, el personal se muestra impaciente e intolerante frente a las preguntas de las usuarias. Mientras que un 35% de las usuarias se sienten satisfechas por la atención en caja y un 45% menciona que la atención es regular; lo que nos lleva a considerar que existen factores psicológicos que determinan la calidez del personal desde problemas familiares, la prepotencia de algunos usuarios, hasta el espacio donde laboran.
- Los pacientes también presentan problemas como son la falta de información adecuada sobre el fármaco prescrito.
- Otro elemento importante es el tiempo de espera de las usuarias, siendo un promedio de 5 horas, lo que genera en las usuarias incomodidad porque se cruza con sus actividades diarias, siendo en su gran mayoría madres de familia y que se dedican a algún tipo de actividad comercial, como afirma la señora Patricia: “esperamos más de 5 horas, para que adentro nos atiendan rápido, solo 15 minutos, para eso nos hacen esperar tanto tiempo”.
- La atención se realiza en el horario de la mañana, siendo necesario que el tiempo de atención se desdoble en un horario de la mañana y de la tarde y que se ordene según el turno y el tiempo que durara la atención, para que las usuarias estén al tanto en que horario se les va atender y no se cruce con sus actividades diarias.
- De la entrevista realizada se puede determinar que el tiempo de consulta es insuficiente, ya que no les permite a las usuarias la absolución de sus dudas, siendo necesario la ampliación del tiempo de consulta.

- Un 75% de las usuarias acreditaron que su historia clínica se encontraba en el consultorio, mientras que un alarmante 25% no encontró su historia clínica al interior del consultorio, siendo necesario que ellas mismas busquen y lleven al consultorio su historia clínica para su atención.
- Más de la mitad de nuestra muestra manifestaron que no existe privacidad en su consulta médica, corroboramos en la observación y según la estadística de nuestro análisis, el 70% de las usuarias manifestaron que no se respetó su privacidad debido a la presencia y al ingreso de otras personas durante la consulta como son los practicantes y enfermeras técnicas, las enfermeras.
- Asimismo, las usuarias manifiestan en un 50% que las puertas estaban semi abiertas y un 25% observaron que abren y cierran la puerta y solo un 20% afirmaron que las puertas se encontraban cerradas; concordando con la falta de respeto hacia la privacidad de las usuarias. Esto fue comprobado con la observación que realicé, confirmando que durante la consulta la técnica es quien abre y cierra la puerta sin tener en consideración la consulta médica y el servicio que están prestando es de mucha privacidad, por ser ginecológico. Esta actitud genera en las usuarias mucha incomodidad, ya que no se sienten en confianza, ni respetadas.
- El ingreso de personas ajenas a la consulta (técnicas, enfermeras, practicantes), es aprobado por el médico, porque los practicantes están en proceso de aprendizaje, mientras que las técnicas son el personal de apoyo.
- No existe el mínimo respeto del profesional de salud hacia la privacidad de la usuaria, no podemos concebir interrupciones y mucho menos faltar en la intimidad de una persona cuando está siendo revisada; por el que, los médicos deben ser conscientes de que estas actitudes generan desconfianza en las usuarias, porque sienten que están vulnerando su privacidad.
- De la observación participante, se comprobó que la infraestructura no es la mejor, ya que el consultorio no cuenta con espacios divididos, sino que la atención se concentra en un solo ambiente, todo el personal se encuentra en una sola sala atentando contra la privacidad de las usuarias del área de ginecología.

- Referente a como fue recibida la usuaria por el médico, el 80% manifestaron que el doctor las recibió con descortesía y enojo. Demos tener en cuenta que la actitud que se tome al recibir a las usuarias será determinante para poder interactuar con la usuaria y el nivel de confianza, solo el 20% de usuarias percibieron que el doctor las recibió con amabilidad y respeto, este porcentaje se incrementaría si el personal de salud es cálido en su trato.
- La gran mayoría de usuarias manifestaron que el doctor solo entiende algunas palabras, así mismo un 25% mencionaron que el doctor no les entiende absolutamente nada porque intervienen factores lingüísticos.
- Casi un 55% de las usuarias manifestaron que comprendieron parcialmente la explicación del médico le brindo sobre el problema de salud, sobre los procedimientos y análisis que se realizaran, mientras que un 30% manifestaron que no entendieron nada. Esto nos demuestra que la mayoría de los médicos no se preocupan por ser comprendidos por sus pacientes, porque el médico está concentrado en la parte física de la paciente y no le interesa la preocupación que esta tiene por saber lo que está pasando con su cuerpo o dolencia, y no toman en cuenta la parte emocional de las personas. Si se toma en cuenta estos factores, se lograría que las usuarias se sientan satisfechas con la atención.
- Según la señorita Darcy “los doctores no se dejan entender, porque utilizan palabras técnicas”. Muchas veces el doctor se olvida que la paciente no entiende estos términos, siendo necesario que utilicen un lenguaje común, asimismo existe usuarias que solo hablan el idioma quechua, siendo necesario la presencia de un interlocutor que permita transmitir el problema de salud que comenta la paciente al médico.
- Cumplir la medicación está vinculada con la adecuada comunicación entre paciente y medio, solo un 20% de las usuarias tienen información adecuada del fármaco prescrito, un 50% entendieron muy poco sobre la prescripción médica y un 30% no entendieron nada. Estos indicadores están asociados a la poca disponibilidad de tiempo del médico, que solo se circunscribe a leer la receta y la usuaria por temor y vergüenza no realiza preguntas y se queda con ciertas dudas referente a la prescripción médica, lo que conlleva a que muchas usuarias

incumplan el tratamiento, o lo realicen de manera inadecuada.

- Un 90% de las usuarias manifestaron que, si es importante el acompañamiento de un familiar, ya que son ellos quienes brindan un apoyo emocional, interpretativo y se encargan de las urgencias que pueden surgir. Es ese sentido, que el Hospital Regional de Ayacucho debe de promover e incentivar el acompañamiento familiar, ya que son ellos frente a una noticia mala, brindan el soporte emocional, frente algunos trámites son ellos quienes lo realizan, así mismo, sabemos que se cuenta con una población quechua hablante, donde el familiar muchas veces cumple el rol de interprete. Sobre todo, la familia será la encargada de vigilar el cumplimiento del tratamiento.
- En un 75% de las usuarias nos mencionaron que no se les realizó un examen físico completo y minucioso por su problema de salud.
- La mayoría de las usuarias fueron auscultadas y el 45% respondieron que los médicos les pidieron desvestirse en forma irrespetuosa, sin tener en consideración que el cuerpo en el mundo andino tiene una construcción simbólica, donde el cuerpo es un templo que requiere ser protegido y cuando el médico requiere a las usuarias que se desvistan lo hace sin contar con los requisitos mínimos de privacidad, generando incomodidad y vergüenza en las usuarias.
- Un 65% de las usuarias auscultadas percibieron que fueron maltratadas, las irrespetaron en el momento del procedimiento de la auscultación, como refiere la señora Isabel “la doctora con su practicante me ha revisado, incluso me hicieron tacto vaginal sentí dolor, sobre todo vergüenza”. Cuando se pide a la paciente que se desvista o se cubra con una bata para poder realizar la auscultación, lo primero que se visualiza son los órganos sexuales, siendo esta la parte más íntima pues se haya fuera de la mirada convencional, generando molestia, vergüenza, ansiedad y miedo, pues deja de ser personal, para convertirse en un acto público por la intromisión de varias personas durante este acto.
- En nuestro contexto social, el cuerpo es una construcción social y cultural.

Mientras que, en la sociedad occidental, el cuerpo remite a representaciones de la anatomía y fisiología. La enfermedad se explica a partir de la alteración biológica por lo que la medicina busca restablecer la salud, a través de fármacos. Los aspectos sociales quedan detrás de la enfermedad.

- Un 50% de las usuarias manifestaron que la persona que estuvo presente durante la auscultación fue la técnica enfermera y la practicante en ginecología, es decir, estas personas están observando la intimidad de las usuarias cuando estas están siendo revisadas, siendo permitida por el médico, olvidándose que están tratando no con objetos sino con seres humanos que tienen emociones y miedos.
- Dentro de la consulta ginecológica se tratan con problemas relacionados con la sexualidad y la intimidad sexual; donde el médico y paciente en muchas ocasiones tienen perjuicios que determinan la percepción del origen del problema. Como refiere la señora Rosa Isabel “El doctor me grito y me dijo: que mi problema se debía una poca higiene, acaso él vive conmigo para que sepa si me baño o no”. Este trato hostil genera la desconfianza entre el médico y el paciente resquebrajando la comunicación.
- El ginecólogo tiene que ser cálido en su trato: saber recibir, saber escuchar, saber tranquilizar y saber responder a sus inquietudes, para poder determinar el origen del problema de salud y brindar una prescripción eficaz; porque el origen de una infección o de hongos vaginal no necesariamente se debe a la poca higiene, sino a otros factores como el agua o al contagio por parte de la pareja, etc.
- Es por ello, el 50% de las usuarias manifestaron que preferían que el profesional que las revise sea de sexo femenino, porque ellas en algún momento pasaron por su situación. Dato importante a tomar en cuenta para la satisfacción de un sector de las usuarias, que se siente más identificadas cuando son atendidas por médicos mujeres.
- Las usuarias que no creen que el medico se pone en su lugar, manifestaron que el medico (hombre) no sabe lo que les pasa, no las entiende, no perciben que el medico se haya puesto en su lugar, no les da confianza, siendo solo un 20% las que prefieren la atención de un médico varón.

- Las usuarias en un 90% no se sienten satisfechas por la atención brindada en el área de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho, para lograr la satisfacción de las usuarias se tiene que mejorar el trato que se le brinda a la paciente desde el momento de ingreso hasta que se retire, la información acerca de su estado de salud, así como la prescripción médica tienen que ser transmitidas en forma clara, además se debe tener en cuenta el estado emocional de la paciente, es decir, se debe buscar incluir las necesidades del médico y del paciente.

CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación nos han permitido conocer la calidad de atención que se realiza en el servicio de consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho, donde existen factores sociales, económicos y estructurales para que las usuarias perciban que existe una mala prestación de servicio de salud.

1. En cuanto a la dimensión de calidad que se brinda en el consultorio externo de ginecología las usuarias manifestaron que no se acerca a lo anhelado, porque a nivel técnico, en el proceso y el resultado aún se presentan deficiencias porque: no se cuenta con la infraestructura, ambientes y equipos técnicos adecuados que genera dificultades para realizar el diagnóstico; se cuenta con un número limitado de personal encargado de brindar información a las usuarias referente a los trámites que se tiene que realizar para ser atendidos por consulta externa, así mismo, el personal de caja o de módulo se muestra poco empático con las usuarias, la atención en el área de ginecología se realiza en un solo horario, siendo necesario que este se desdoble en horario de la mañana y la tarde para que no se cruce con las actividades de las usuarias; existe una gran disconformidad en el tiempo de espera para realizar la consulta y el tiempo en que se realiza la consulta, por el que quedan insatisfechas con el tiempo que se les brinda, durante la consulta y la auscultación; las usuarias sienten vulnerado su privacidad, porque salen y entran las técnicas, los practicantes, generando desconfianza, miedo y vergüenza en las usuarias, quebrando la comunicación entre médico y paciente; la mayoría de los médicos no se preocupan por ser comprendidos por sus pacientes, donde el médico está concentrado en la parte física de la paciente y no le interesa la preocupación que esta tiene por saber lo que está pasando con su cuerpo o dolencia y no toman en cuenta la parte emocional de las personas. Si se tomará en cuenta estos factores se lograrían que las usuarias se sientan satisfechas con la atención del médico.

2. Las usuarias que asisten a consulta externa en su mayoría son mujeres en edad fértil (20-49 años) con secundaria incompleta o completa con escasos recursos económicos, siendo en su mayoría bilingües (castellano/quechua hablantes), el mismo que genera una dificultad al momento de interactuar con el médico, siendo necesario promover e incentivar el acompañamiento familiar, ya que son ellos frente a una noticia mala, brindaran el soporte emocional y son los encargados de vigilar el cumplimiento de la prescripción médica, incluso realizan los trámites administrativos que se requiere; asimismo, el familiar en muchas ocasiones cumple el rol de interprete; las usuarias en su mayoría se atienden por medio del Sistema Integral de Salud que les permite tener acceso a realizar consultas y operaciones; pero en la farmacia del Hospital Regional de Ayacucho no cuenta con los medicamentos prescritos en el área de ginecología, por lo cual tienen que ser adquiridos en la calle y por el alto valor económico que tienen estos medicamentos no son adquiridos conllevando a auto medicarse o al auto cuidado.
3. En un 90% de las usuarias no se sienten satisfechas por la calidad de atención se brinda en el consultorio externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho por contar con una infraestructura y ambientes inadecuados y por la interrelación entre los prestadores de salud y las usuarias que se presenta poco empática.

RECOMENDACIONES

Al Ministerio de Salud

1. El ministerio de salud debe destinar más presupuesto para la capacitación de los médicos y a todos los personales en salud intercultural y fortalecer sus capacidades comunicativas con sus pacientes.
2. El Ministerio de Salud tiene que dotar de una infraestructura adecuada para el servicio de ginecología, para que los médicos se sientan cómodos y las usuarias no sientan que están vulnerando su privacidad.
3. El Ministerio de Salud debe proponer normas que permitan al Ministerio de Educación fortalecer y consolidar los cursos o asignaturas de formación académica en medicina. Estas normas deberían revisar y actualizar conceptos, procedimientos y orientaciones relacionados con la interacción médico-paciente, con un énfasis particular en los factores socioculturales y psicoemocionales que influyen en la consulta externa. Al integrar estos aspectos en la formación académica, se contribuiría significativamente a mejorar la calidad de atención en los hospitales públicos.

A Nivel del Hospital

1. Realizar talleres dirigidos a médicos sobre los factores que influyen en la comunicación médico-usuaria, de acuerdo con el marco de esta investigación, puede ser altamente beneficioso. Estos talleres deben enfocarse en cómo la calidad de la interacción con las usuarias impacta directamente en su salud y bienestar. Además, mejorar la comunicación ayudará a los médicos a

relacionarse de manera más efectiva con las pacientes, lo cual puede influir positivamente en la percepción de la institución y fomentar una mejor utilización de los servicios en el futuro. Así, se fortalecerá la imagen de la institución y se contribuirá a una atención de mayor calidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Estandares e indicadores para la acreditación de Hospitales en America Latina y el Caribe*. Recuperado el 15 de 02 de 2015, de <http://apps.who.int/medicinedocs>
- Barfield, T. (2001). *Diccionario Antropologico*. Barcelona: Bellaterra 2000.
- Burgos Moreno, M. d., & Paravic Klun, T. M. (2003). *Percepción de violencia de los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de un Hospital Pùblico*. Concepción, Venezuela: Ciencia y enfermería.
- Carames García, M. (2004). Procesosocializador en ciencias de la salud. Caracterización y crítica al modelo hegemonico vigente. En G. Fernández Juárez, *Salud e interculturalidad: Perspectivas Antropologicas* (Primera ed., pág. 176). Quito, Ecuador: Abya-Yala.
- Donabedian, A. (1986). Quality assurance in our health care system. En D. A., *Quality assurance and utilization review* (págs. 6-12).
- Donabedian, A. (1990). *Garantía de la calidad y la atención médica, enfoques para la evaluación*. Mexico: Instituto en Salud Publica.
- e, R., & J, Q. (1994). *Calidad y eficiencia en las organizaciones de atencion a la salud. Mexico:.* Mexico: Fundacion Mexicana para la salud.
- Fabiola. (04 de noviembre de 2015). ¿cuánto tiempo lleva esperando para que lo atiendan? (D. B. Tánner Kenia, Entrevistador)
- Gil Espinoza, M. I. (2002). *Bioetica, una propuesta de humanización y actitud frente a la vida*. Bogota: Pontificia Javeriana.
- Huiza Guardia, G. A. (2003). *Satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención de salud en el Hospital de la Base Naval. Callao*. Lima: Universidad San Marcos.
- Illich, I. (1984). *Nemesis Medica:La expresión de la SaludM en Mexico*. Mexico: Planneta.
- Iruretagoyena, M. A. (09 de febrero de 2016). *Normas ISO 9000*. Obtenido de <http://www.sdpt.net>
- J, v. (1994). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid: Diaz Santos.

- Jose Carlos, B. (s.f.). Hacia una humanización de los cuidados.
- Juana. (09 de Noviembre de 2015). Consulta medica. (T. K. Delgado Buiron, Entrevistador)
- LIDIA. (11 de noviembre de 2015). ¿prefieres la atención de un doctor o una doctora? (D. B. Tannery Kenia, Entrevistador)
- Lisette, W. (2010). *Un acercamiento a partir del caso mapuche en el consultorio poniente de Pudahuel*. Santiago: Universidad de Chile.
- Llinás Delgado, A. E. (26 de Marzo de 2010). Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer. (S. Uninorte, Ed.) *Revista Científica Salud Uninorte*, I(26), 1-2.
- María Isabel, G. E. (2002). *Bioética una propuesta de humanización y actitud frente a la vida*. Bogotá: Universidad Pontificia Javeriana.
- Méndez, E. G. (2008). *Calidad de la atención en el serviciodeurgencias del area de salud Heredia Cubujuqui desde la perspectiva del cliente*. Costa Rica: Instituto CentroAmericano de administración Pública.
- Mendez, E. L. (28 de octubre de 1985). Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina. *Nueva Antropología*, VII(28), 11-28.
- Ministerio de Salud. (2003). *Normas técnicas de estándares de calidad para Hospitales e Institutos*. Lima: Ministerio de Salud.
- MINSA. (2001). *Interculturalidad en la Atención de Salud en los Valles del río Apurímac y la Convención*. Lima, Peruano, Perú: MINSA- OEI- PFSS.
- Munro Faure, L. (1994). ¿Qué podemos aprender de los gurúes de la calidad? En M. Munro Faure, *La calidad total en la acción* (págs. 17-33). Barcelona: Folio.
- Quispe Saccsara, K. (05 de noviembre de 2015). Calidad de Atención en el Servicio de Consultorio Externo de Ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho. (T. K. Delgado Buitrón, Entrevistador)
- Roberto, H. S., & Carlos, F. C. (2007). *Fundamentos de la metodología de la investigación* (Vol. I). (C. Jose Manuel, Ed.) Madrid: McGraw-Hill.
- Salinas, A. (enero de 1998). <http://sapiens.ya.com/labahiaylaspala/bagre2.htm>. (Alborada, Editor)
- Salud, M. d. (2015). *Serie de comunicación y salud desde una perspectiva de derechos*. Buenos Aires: Ministerio de Salud.
- Salud, O. M. (2002.). Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002 - 2005. ginebra: OMS. *Medicina Tradicional*, 27-46.
- Sanchez Alanza, A. (s.f.). *Ginecología y obstetricia*.

- Scheper Hughes, N. (1997). *La Muerte sin Lloranto: violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.
- Seguin, C. A. (1988). *Medicina Tradicional y Medicina Folklorica*. Lima, Peruano, Perú: Banco Central de Reserva.
- Sotton, L. H., Garcia, R. F., Hernandez, R. A., & Roche, O. F. (2013). *Expectativas y experiencias de los usuarios del sistema de salud en Mexico: Un estudio de satisfaccion con la atencion medica*. Distrito Federal, Mexico: Facultad de medicina.
- Sutton, L. H., Garcia, R. F., Hernandez, R. A., & Roche, O. F. (2013). *Expectativa y experiencias de los usuarios del Sistema de Salud en Mexico: Un estudio de Satisfacción con la atención médica*. Distrito Federal: Universidad Autonoma de Mexico.
- Tapia, M. R. (2011). *Percepción de la calidad de atención que tienen los usuarios de la consulta externa del Subcentro de Salud de Amaguaña*. Quito: UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA.
- Tylor Edward, B. (1871). *primitive culture: researches into the development of mythology, religion*. Londres: Murray.
- Tyndall, C. M. (s.f.). Violencia Hospitalaria, el caso del Pitocin. *Revista de Medicinas Complementarias. Medicina Holística*.
- UNIDAS, F. D. (FEBRERO de 2011). Interculturalidad y Salud Materna.
- Vargas. (1994). <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>. Recuperado el 3 de marzo de 2016, de <http://www.uam-antropologia.info/alteridades/alt8-4-vargas.pdf>: <http://www.uam-antropologia.info>
- Varo, J. (1993). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Winslow Taylor, F. (s.f.). *Biografías y vidas*. Recuperado el 2 de febrero de 2016, de <http://www.biografiasyvidas.com>

ANEXOS

Figura 49
Foto del exterior del Hospital Regional de Ayacucho



Nota. Archivo fotográfico de la investigación 2015.

Figura 50
Exteriores del módulo de atención de ginecología y obstétrica



Nota: Archivo fotográfico de la investigación 2015.

Figura 51
Trámite para la consulta externa de ginecología



Nota: Archivo fotográfico de la investigación 2015.

Figura 52
Consultorio de atención de consulta externa de ginecología



Nota: Archivo fotográfico de la investigación 2015.

**UNSH**FACULTAD DE CIENCIAS
SOCIALES

TRANSCRIPCIÓN DEL ACTA DE SUSTENTACIÓN:

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE LA TESIS "CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO - 2015"

DE LA BACHILLER : TANNERY KENIA DELGADO BUITRON

PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL

En la ciudad de Ayacucho, siendo las dieciséis horas con treinta minutos del día viernes veintisiete de mayo del año dos mil dieciséis; se reunieron en el Auditorio de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, los señores profesores: Mg. Manuel Uldarico Mayorga Sánchez, Mg. Yolanda Juárez Choque, Antrop. Mario Maldonado Valenzuela, Antrop. Lucio Alberto Sosa Bitulas y Abog. Teófilo Tomás Chuchón Gómez, Presidente, Miembros del Jurado, Asesor y Secretario Docente, encargados de la recepción y calificación de la Sustentación de Tesis CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CONSULTORIO EXTERNO DE GINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL REGIONAL DE AYACUCHO - 2015, mediante el cual la Bachiller TANNERY KENIA DELGADO BUITRON, aspira optar el Título Profesional de Licenciada en Antropología Social.

Verificado el quórum reglamentario, el Presidente del Jurado dispuso que el Secretario Docente diera lectura al expediente promovido por el sustentante y la Resolución Decanal que autoriza la misma, en concordancia con lo dispuesto en el Reglamento de Grados y Títulos del Plan de Estudios de la Escuela Profesional de Antropología Social y el Reglamento del Curso Taller de Elaboración y Presentación de Tesis (CTEPTEPAS.2015)

Culminada la lectura del expediente, el Presidente del Jurado invitó al sustentante dar inicio a su exposición indicándole que sea breve puesto que cuenta con treinta (30) minutos y que el jurado ya conoce el tema.

El sustentante luego de unas palabras introductorias y de agradecimiento dio inicio a su exposición en forma ordenada y por capítulos, culminando con las conclusiones y recomendaciones, utilizando para ello un equipo audio visual multimedia.

Concluida la exposición de la tesis, el Presidente del Jurado invitó a los miembros del Jurado dar inicio a la rueda de preguntas y repreguntas respecto a la exposición, iniciando con la intervención del Antrop. Mario Maldonado Valenzuela, finalizando la Mg. Yolanda Juárez Choque.

Absueltas por el sustentante cada una de las preguntas y repreguntas formuladas por los miembros del Jurado y finalizado el acto de sustentación de la tesis, el Presidente del Jurado invitó al sustentante y público asistente, abandonar el recinto a fin de dar paso a las deliberaciones respecto a la sustentación y emitir la calificación correspondiente.

El Secretario Docente recepcionó de cada uno de los miembros del Jurado los formatos de opinión y calificación distribuidos al inicio del acto académico, con el resultado siguiente: Mg. Yolanda Juárez Choque, catorce (14); y Antrop. Mario Maldonado Valenzuela, catorce (14) obteniendo un promedio general de catorce (14).

Aprobado por unanimidad con la nota promedio de CATORCE (14), el Presidente del Jurado notificó al sustentante el resultado de su calificación, felicitándole por su desempeño y deseándole éxitos en su vida profesional que se inicia con la obtención del Título Profesional.

Concluido el acto académico, se levantó el acta siendo las dieciocho horas con veinticinco minutos del mismo día, firmando al pie el Presidente del Jurado.

Juan Benigno Gutiérrez Martínez
Secretario docente de la FCS

**UNSCH**FACULTAD DE
CIENCIAS SOCIALESESCUELA PROFESIONAL DE
ANTROPOLOGIA SOCIALDocente
Instructor de Turnitin

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

N° 090-2024-EPAS/FCS/UNSCH

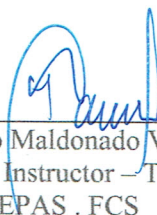
1. Referencia: **MEMORANDO N° 589-2024-UNSCH-FCS-EPAS-D**, de fecha: **05 de agosto de 2024**
2. Apellidos y nombres del investigador: **DELGADO BUITRON, TANNERY KENIA**
3. DNI N° **48711916**
4. Escuela Profesional: **ANTROPOLOGÍA SOCIAL**
5. Facultad: **CIENCIAS SOCIALES**
6. Tipo de trabajo académico evaluado: **TESIS**
7. Título del trabajo académico: **Calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015**
8. Software de similitud: **TURNITIN (Con: Depósito de Trabajos Estándar)**
9. Fecha de recepción: **07 de agosto de 2024**
10. Fecha de evaluación: **8 de agosto de 2024**
11. Porcentaje de similitudes. **14%**
12. Evaluación de originalidad.

Porcentaje de originalidad	Resultado
* 14% CATORCE	** APROBADO

* *Consignar el porcentaje de similitud*

** *Consignar APROBADO si se encuentra dentro del rango de porcentaje establecido o DESAPROBADO si excede el porcentaje permisible de similitud.*

Ayacucho, 08 de agosto de 2024.


Mtro. Mario Maldonado Valenzuela
Docente Instructor – Turnitin
EPAS . FCS

Calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015

por Tannery Kenia Delgado Buitron

Fecha de entrega: 08-ago-2024 10:39a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2429071858

Nombre del archivo: TESIS_-_Tannery_Kenia_Delgado_Buitron_1_.pdf (2.34M)

Total de palabras: 33263

Total de caracteres: 186620

Calidad de atención en el servicio de consultorio externo de ginecología en el Hospital Regional de Ayacucho - 2015

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%	14%	5%	4%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	www.tesis.uchile.cl Fuente de Internet	1%
3	tesis.pucp.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	documents.mx Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga Trabajo del estudiante	1%
6	idoc.pub Fuente de Internet	1%
7	1library.co Fuente de Internet	1%
8	docplayer.es Fuente de Internet	1%

9	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
10	sieval.sanbartolome.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
11	pt.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
12	www.hospitalcayetano.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
13	hospitalabancaygdv.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
14	cdn.www.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
15	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
16	www.hospitalsjl.gob.pe Fuente de Internet	<1 %
17	repositorio.uap.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
18	www.uv.mx Fuente de Internet	<1 %
19	docslib.org Fuente de Internet	<1 %
20	tesis.uson.mx Fuente de Internet	<1 %

21	Submitted to uni Trabajo del estudiante	<1 %
22	Submitted to Universidad de San Martin de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
23	core.ac.uk Fuente de Internet	<1 %
24	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	<1 %
25	Submitted to Universidad Estatal a Distancia Trabajo del estudiante	<1 %
26	repositorio.undac.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
27	More Huamán, Libny Betsabeth. "Aplicativo Informático de Seguimiento de Historias Clínicas Para Enfrentar el Alto Tiempo de Espera en la Atención en Consulta Externa en el Hospital Regional Docente de Cajamarca", Pontificia Universidad Catolica del Peru (Peru), 2022 Publicación	<1 %
28	idoc.tips Fuente de Internet	<1 %
29	www.hsj.gob.pe Fuente de Internet	<1 %

30	Dusek Paz, Magnolia Jesus. "Determinacion de las percepciones de la usuaria sobre los factores que intervienen en la comunicacion con el medico durante la consulta externa de Gineco Obstetricia del Hospital Santa Rosa del Ministerio de Salud.", Pontificia Universidad Catolica del Peru - CENTRUM Catolica (Peru), 2020 Publicación	<1 %
----	--	------

31	repositorio.ug.edu.ec Fuente de Internet	<1 %
----	---	------

32	www.tiempofueguino.com.ar Fuente de Internet	<1 %
----	--	------

33	biblioteca.utb.edu.co Fuente de Internet	<1 %
----	--	------

34	qdoc.tips Fuente de Internet	<1 %
----	--	------

35	repositorio.unfv.edu.pe Fuente de Internet	<1 %
----	---	------

36	revistas.ustatunja.edu.co Fuente de Internet	<1 %
----	--	------

37	www.scribd.com Fuente de Internet	<1 %
----	---	------

Excluir citas Activo

Excluir bibliografía Activo

Excluir coincidencias < 30 words