



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de
Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital
María Auxiliadora, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Br. Angélica Milagros Acosta Ramírez

ASESOR:

Mg. Daniel Córdova Sotomayor

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión en los Servicios de Salud

Lima - PERÚ

2017



ESCUELA DE POSTGRADO

UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): ACOSTA RAMIREZ, ANGELICA MILAGROS

Para obtener el Grado Académico de *Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud* ha sustentado la tesis titulada:

PROCESO DE ALTA HOSPITALARIA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y SERVICIO DE NEONATOLOGIA EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA, 2017

Fecha: 02 de diciembre de 2017

Hora: 8:00 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dra. Liza Dubois Paula Viviana

Firma: 

SECRETARIO: Dra. Karen del Pilar Zevallos Delgado

Firma: 

VOCAL: Mg. Daniel Córdova Sotomayor

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

..... *Aprobado por mayoría*

Habiendo encontrado las siguientes observaciones en la defensa de la tesis:

.....

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

.....
 - *Enriquecer marco Teórico, definición variable*

 - *Aplicar Apa, precisar técnica del muestreo (muestra)*

 - *Corregir contabilidad del instrumento*

Nota: El tesista tiene un plazo máximo de seis meses, contabilizados desde el día siguiente a la sustentación, para presentar la tesis habiendo incorporado las recomendaciones formuladas por el jurado evaluador.

Dedicatoria

A mis padres que me han brindado su apoyo y me han acompañado en estos meses y que gracias a sus consejos han sabido guiarme, a mi esposo y a mi hija quienes han estado en este arduo camino para lograr mi objetivo.

Agradecimiento

En primer lugar agradezco a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida.

Finalmente agradezco a la Universidad Cesar Vallejo por haberme aceptado ser parte de ella y abierto sus puertas para poder estudiar, así como también a los diferentes docentes que brindaron sus conocimientos y su apoyo para seguir adelante día a día.

Declaración de Autoría

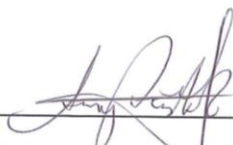
Yo, **Acosta Ramírez, Angélica Milagros**, estudiante de la Escuela de Postgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima; declaro el trabajo académico titulado **“Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2017”**, presentada, en 85 folios para la obtención del grado académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

- He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.
- No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.
- Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
- Soy consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 23 de septiembre del 2017



Acosta Ramírez Angélica Milagros

DNI: 41561365

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Cumpliendo con el protocolo establecido en el Reglamento de Grados y Títulos de la Dirección de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo para optar el grado de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, se presenta el trabajo de investigación denominado: Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017. La investigación tiene la finalidad de comparar el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017

La presente investigación está dividida en siete capítulos: El Capítulo I se consideró la introducción que contiene los antecedentes, fundamentación científica, justificación, problema, hipótesis y objetivos; el Capítulo II, referido a las variables de estudio, la operacionalización de las variables, tipo y diseño de la investigación, las técnicas e instrumentos; el Capítulo III, lo conforma los resultados de la investigación; el Capítulo V las conclusiones de la investigación, el Capítulo VI las recomendaciones, el Capítulo VII las referencias y finalmente los anexos.

Se espera señores miembros del jurado que la presente investigación este a las exigencias establecidas por la Universidad y merezca su aprobación.

Acosta Ramírez Angélica Milagros

Índice

	Página
PAGINAS PRELIMINARES	
Página del jurado	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Presentación	vi
Índice	vii
Lista de tablas	viii
Lista de figuras	ix
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I Introducción	12
1.1 Realidad Problemática	13
1.2 Trabajos Previos	14
1.3 Teorías Relacionadas al tema	19
1.4 Formulacion del problema	25
1.5 Justificación del estudio	26
1.6 Hipótesis	28
1.7 Objetivos	28
II Método	30
2.1 Diseño de investigación	31
2.2. Variable Operacionalizacion	32
2.3. Población y muestra	33
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad Técnica	34
2.5 Métodos de análisis de datos	36
2.6 Aspectos éticos	37
III RESULTADOS	38
IV Discusion	54
V Conclusiones	62
VI Recomendaciones	65
VII Referencias	67
ANEXOS	71
Anexos A. Matriz de Consistencia	72
Anexos B. Instrumento de Medición	75
Anexos C. Base de Datos de la confiabilidad de variables	76
Anexos D. Juicio de Experto	93

Índice de tablas

		Página
Tabla 1	Matriz de operacionalización de la variable alta hospitalaria	33
Tabla 2	Ficha técnica del instrumento de medición de la variable alta Hospitalaria	35
Tabla 3	Validez de contenido del instrumento de alta hospitalaria por Juicio de expertos.	36
Tabla 4	Confiabilidad de la variable alta hospitalaria.	37
Tabla 5	Resultados del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	39
Tabla 6	Resultados del registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	40
Tabla 7	Resultados del registro de datos del médico responsable en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	41
Tabla 8	Resultados del proceso asistencial en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	42
Tabla 9	Resultados de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	43
Tabla 10	Resultados del alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	44
Tabla 11	Resultados del registro de datos del paciente en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	45
Tabla 12	Resultados del registro de datos del médico responsable en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	46
Tabla 13	Resultados del proceso asistencial en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	47
Tabla 14	Resultados de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	48

Índice de figuras

		Página
Figura 1	Resultados del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	39
Figura 2	Resultados del registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	40
Figura 3	Resultados del registro de datos del médico responsable en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	41
Figura 4	Resultados del proceso asistencial en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	42
Figura 5	Resultados de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	43
Figura 6	Resultados del alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	44
Figura 7	Resultados del registro de datos del paciente en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	45
Figura 8	Resultados del registro de datos del médico responsable en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	46
Figura 9	Resultados del proceso asistencial en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017.	47
Figura 10	Resultados de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, 2017.	48

Resumen

Investigación titulada Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017, cuyo objetivo fue comparar el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017.

La investigación se realizó bajo el enfoque cuantitativo con un tipo de investigación básica y nivel descriptivo comparativo. El diseño de la investigación fue no experimental; de corte transversal el muestreo fue no probabilístico de 150 historias clínicas del servicio de obstetricia y 150 historias clínicas del servicio de neonatología y la población estuvo constituida por 500 historias clínicas del servicio de obstetricia y 400 historias clínicas del servicio de neonatología del Hospital María Auxiliadora, 2017. Se aplicó una lista de chequeo para la variable alta hospitalaria, las cuales fueron sometidas a validez y confiabilidad del Alpha de Cronbach.

Se aplicó la prueba de chi cuadrado lo que se interpreta que hay diferencias entre los procesos de un servicio a otro, con una $p=0,000$ ($p<0.05$) por lo que se rechaza la hipótesis nula aceptando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y el servicio de neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017

Palabras clave: Alta Hospitalaria, Obstetricia, Neonatología

Abstract

Research entitled Process of Hospital Discharge in the Obstetrics Service and Neonatology Service at the María Auxiliadora Hospital, 2017, whose objective was to compare the process of hospital discharge between the Obstetrics Service and the Neonatal Service at the María Auxiliadora Hospital, 2017.

The research was conducted under the quantitative approach with a type of basic research and comparative descriptive level. The design of the research was non-experimental; cross-sectional sampling was not probabilistic of 150 clinical histories of the obstetrics service and 150 clinical histories of the neonatology service and the population consisted of 500 clinical histories of the obstetrics service and 400 clinical histories of the neonatology service of the Maria Auxiliadora Hospital, 2017. A checklist was applied for the hospital discharge variable, which were subjected to the validity and reliability of Cronbach's Alpha.

The chi-square test was applied which is interpreted as there are differences between the processes from one service to another, with a $p = 0.000$ ($p < 0.05$) so the null hypothesis is rejected accepting that there is a difference between the process of discharge Hospital between the obstetrics service and the neonatology service at the María Auxiliadora Hospital, 2017

Keywords: Hospital discharge, Obstetrics, Neonatology

I. Introducción

1.1 Realidad Problemática

Alrededor del mundo, en muchos hospitales y centros de salud asistencial, los procesos se gestionan de la mejor manera: simplificando procedimientos, recortando trámites o automatizando otros, para facilitar la atención y lograr una mayor satisfacción del usuario con la menor inversión en el servidor. Estos procesos han sido optimizados empleando herramientas de gestión, las cuales fueron adaptados para el sector salud después del despegue de la calidad del servicio impulsado por Demming (1989).

El Proceso de alta debe ser de manera eficaz siempre y cuando estén consignados todos los ítems necesarios para la tramitación del alta del paciente ya que todos los pacientes cuentan con Seguro Integral de Salud al realizar el alta del paciente si no están consignados los datos más importantes en la historia clínica se haría el proceso más lento ya que se tendría que buscar al médico responsable para que complete la información mientras tanto hace que el proceso demore.

El Informe de alta hospitalaria es la fuente primordial de información sobre los procesos hospitalarios para el paciente, su familia y para los profesionales de distintos niveles asistenciales. El empleo de un informe de alta hospitalaria llenado de manera correcta permite que se acceda a un resumen de la información de la historia clínica donde tendremos la garantía que esta información sea de calidad y completa.

El informe clínico de alta es el documento emitido por el médico responsable de un paciente al finalizar su proceso asistencial en un centro hospitalario. En este artículo se hace referencia en exclusiva a los informes de alta en hospitalización (IA) y no se consideran otros documentos como los informes de consulta externa, urgencias o exploraciones complementarias, aunque son aplicables muchas de las consideraciones expuestas.

El informe de alta es básicamente una herramienta de comunicación. Como en cualquier proceso de comunicación existe un emisor, el clínico que lo redacta, y uno o varios receptores. En realidad, el informe de alta tiene múltiples usuarios: el paciente, sus familiares, el médico de Atención Primaria, el mismo médico que lo ha redactado u otros del mismo servicio, otros especialistas, los médicos de

urgencias y los codificadores clínicos. En ocasiones el informe de alta es utilizado por el personal de enfermería, trabajadores sociales, investigadores, evaluadores de calidad asistencial, autoridades sanitarias o judiciales. (García Alegría, Jiménez-Puente 2005)

En el hospital María Auxiliadora, en las observaciones realizadas al proceso, se pudo evidenciar que dentro del servicio de obstetricia y neonatología, y oficina de seguros tienen problemas cotidianos que van desde el registro u omisión de datos hasta el proceso de alta. Es muy probable que la falta de conocimiento por parte del servidor produce una mala atención en el usuario, por ausencia de competencias o por desactualización. Sin embargo, esta situación es fácilmente remediable, siempre y cuando se efectúen controles y monitoreo de la calidad, situación que actualmente se trabaja mucho. Sin embargo hay un aspecto que pocas veces se trata dentro de estos procesos.

El propósito de este estudio es justamente la verificación de los datos para acelerar los procesos de alta de los distintos servicios de pacientes de alta.

1.2 Trabajos Previos

1.2.1 Trabajos previos internacional

Manjarrez (2014) realizó una investigación *Proceso del Alta Hospitalaria*. La investigación tuvo como objetivo realizar una revisión no metódica de acuerdo a los términos mesh discharge planning, discharge summary, readmission, length of stay y quality assurance del buscador PubMed. De este buscador se escogieron estudios descriptivos y aleatorios que muestren la condición actual del proceso de alta y las estrategias destinadas a mejorarlo; además, se llegó a la conclusión que las estrategias destinadas a mejorar el proceso de alta son diversas (algunas fueron estudiadas en paquete y otras por separado). No habiendo castigos económicos por permanencias hospitalarias largas y reingresos, cada centro de atención debería contar con un indicador que le permita evaluar el impacto de una determinada intervención, para lo cual resulta esencial un adecuado registro de indicadores hospitalarios (tanto de procesos como resultados).

Saboya (2013) en su tesis, *gestión de servicios hospitalarios públicos de la Región noroeste de Brasil y Cataluña*, haciendo una comparación entre los servicios prestados de Barcelona (España) y Fortaleza (Brasil) centrándose en el marketing y la calidad de la atención a los usuarios de las consultas externas. La metodología es básicamente descriptiva, la entrevista fue realizada a 100 pacientes, llegando a la conclusión de que se percibe un abismo cultural entre los dos países, esta cultura nos ayudara a comprender la diferencia de lo que ocurre en relación a los derechos que poseen como ciudadanos, La actuación del médico en general es satisfactoria, sobresaliéndose el HCR seguido del HVDH y el que ha ganado más respuestas de muy satisfactorio fue el HCB seguido también por el HVDH. La calidad general de las visitas fue en su gran mayoría satisfactoria, siendo el HCR lo mejor valorado seguido del HVDH, no obstante en el requisito muy satisfactorio quien viene delante es HC seguido del HCR.

Delgado (2012) en su tesis *Modelo y Cumplimiento de alta hospitalaria de la unidad de gestión clínica de cirugía oral y maxilofacial*. Como mejorarlo tuvieron como objetivo conocer la calidad y grado de cumplimiento de la información recogida en las altas hospitalarias (IAH) del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial". Estudio descriptivo transversal de 152 altas hospitalarias (se incluyeron un total de 35 ítems agrupados). Para la evaluación del IAH se tuvo en consideración la ausencia y la poca información con la que se contaba. Asimismo, se concluyó que el trabajo valora la calidad de un modelo particular de IAH con ítems que son elegidos con la anticipación, estos son útiles y adecuados para reflejar de forma completa, exacta y precisa el proceso asistencial que recibe el paciente, siendo los ítems como: teléfono, residente, fechas de consulta, biopsia y de informe de biopsia, cirugía mayor ambulatoria, intervención urgente y material específico; en la corrección de algunos carencias en el consejo terapéutico y en la inclusión de los campos sexo y plan de seguimiento, con el fin de que aun contando con el 90% de los ítems considerados, se facilite la asistencia al paciente, disminuya el tiempo de búsqueda de información y se puedan obtener información para una mejor toma de decisiones y, por ende, tener mejores resultados de la gestión.

Navarro (2012) en su tesis, *Mejora del proceso de consulta externa, a través de la metodología de análisis de recorrido*. En un Hospital General de la

Ciudad de México buscó medir la congruencia del proceso de atención de consulta externa a través de la metodología de análisis de recorrido a fin de establecer los parámetros de mejora en la optimización del proceso de atención médica y para esto participaron los servicios A, B, C, D y E de un hospital general de la Ciudad de México, usando tres criterios para su análisis, a) revisión de los manuales de procedimientos de consulta externa, b) estudio de sombra de los pacientes que ingresan a la unidad médica y c) empleo de la metodología de recorrido para el seguimiento de pacientes. Lo que se obtuvo fue el modelo de atención actual (desde el momento en que el paciente ingresa a la unidad médica hasta cuando sale de la misma). En forma simultánea, se midió el recorrido, tiempo, permanencia en los servicios por los que transitó y se estableció un patrón lógico de atención. Encontrando que lo escrito en los manuales no es congruente con la operación del servicio, el tiempo de recorrido es muy alto en todos los servicios, no existe seguimiento de los procesos ni corrección para su optimización, la conclusión fue Es necesaria la capacitación de todo el personal involucrado en el proceso, incluyéndose los directivos y la revisión de los procesos de atención escritos en los manuales de procedimientos y realizar los ajustes pertinentes para su optimización en la realidad. Asimismo, dar seguimiento al menos cada 6 meses.

1.2.2 Trabajos Previos Nacionales

Sánchez, (2013) en su tesis, Análisis y diseño de informatización de sistema para la dinamización de procesos y procedimientos en la atención médico hospitalaria de los pacientes de oncología de un hospital público. Estudio, presentado en la Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Ciencias e Ingeniería, Tesis para optar el Título de Ingeniero Informático, El presente trabajo, procura un análisis formal de los procedimientos que se dan en los procesos de atención de ésta área y, propone el diseño de un sistema de información que ayude a la dinamización de los mismos, haciendo uso de las buenas prácticas recomendadas por RUP (Rational Unified Process) y teniendo como marco para la gestión del proyecto el PMBOK (Project Management Body of Knowledge). La investigación fue descriptiva y aplicativo, la conclusión a que se arribo fue; Realizar las actividades que, soporten los procesos de asistencia a la atención médico hospitalaria manualmente, produce redundancia de trabajo, desorden y pérdida de datos. Como ejemplo de ello, se ha

encontrado que; los reportes operatorios y los protocolos de seguimiento a pacientes hospitalizados, redundan en datos; existen pacientes que cuentan con varias historias clínicas, vinculaciones mal efectuadas (cuando algunos servicios generan un código de identificación para cada paciente independiente del código de su historia clínica); problemas de traslado (perdida de los folios o historias clínicas completas); etc. También, se ha observado que, las historias clínicas elaboradas manualmente son de gran volumen y desordenadas; razón por la cual, los médicos pierden mucho tiempo en su revisión y elaboración.

Quispe (2013) en su estudio, re hospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. El objetivo fue determinar la frecuencia y los factores asociados a las re hospitalizaciones en adultos mayores del servicio de medicina de un hospital general de Lima (Perú) realizan un estudio longitudinal con la técnica de entrevista a los pacientes o cuidadores durante la hospitalización, además de recoger datos de la historia clínica. Se incluyeron a 276 pacientes adultos mayores (,14% de re hospitalizados). Los resultados indican que la re hospitalización estuvo asociada a dependencia funcional, el diagnóstico de neumonía al ingreso y a la falta de control ambulatorio. La conclusión fue el factor asociado más importante para la re hospitalización de adultos mayores fue la visita de control posterior al alta.

García (2012) en su tesis, una década de altas médicas no efectivizadas en un hospital de Lima, Perú. El objetivo del estudio fue describir los cambios financieros de los días de alta no efectiva desde el año 2001 al 2010, en un hospital general de Lima Metropolitana. Para ello, se obtuvieron los montos totales pagados y exonerados de las cuentas de los pacientes con alta médica no efectivizada, por falta de pago de la cuenta médica no efectivizada por falta de pago del 2001 al 2010 en 77%, los días desde el alta médica hasta que el paciente abandonó el hospital disminuyó en 80%; las cuentas totales, pagadas y exoneradas, se redujeron en 63,53 y 68% respectivamente. Asimismo, el porcentaje promedio exonerado a cada paciente con alta médica no efectivizada por falta de pago, en la década estudiada, fue 61,7%. En conclusión, el alta no efectiva incrementa los costos al paciente, teniendo que ser asumido por el hospital al exonerar la cuenta, aunque este gasto disminuyó en el periodo estudiado, esto podría deberse a la implementación de políticas de aseguramiento en salud.

Espíritu (2007) en su estudio, Notificación de eventos adversos en un hospital nacional de Lima, con el objetivo de establecer un sistema de notificación

de eventos adversos en el Hospital Nacional 2 de mayo. La investigación fue operacional y se centraba en la puesta en funcionamiento de un sistema de aviso voluntario, confidencial y con supervisión activa. El manejo de los eventos adversos se realizó a través de un manejo metódico. Se contabilizó un total de 8964 egresos y la cantidad de eventos adversos reportados fue de 347. Los eventos adversos más detectados fueron las infecciones intrahospitalarias con 241 casos y, las reacciones adversas a medicamentos con 49 casos, el cual se obtuvo gracias a una vigilancia activa. Su conclusión fue la tasa general de eventos adversos estimada fue de 3.9%, lo cual es menor al promedio de países desarrollados, lo que indica que no se estaba haciendo un debido control de los eventos. Cabe mencionar, que la continua vigilancia de eventos adversos y la integración de subsistemas es la manera más conveniente para obtener información de este tipo de eventos.

Zuñiga (2006) en su tesis, factores que prolongan la estancia hospitalaria, el objetivo fue realizar una propuesta de mejora en los procesos de un operador logístico, en el que pretende optimizar el traslado de productos dentro de sus zonas de trabajo, utilizar los procesos que permitan incrementar el desempeño del personal dentro del centro de distribución logística de la empresa en estudio. La metodología para el estudio de dichos procesos emplea, en primer lugar, un diagnóstico de la situación original con la finalidad de identificar los problemas ocurridos dentro de la operación logística y por consiguiente, conocer sus causas orígenes. Los resultados indican que las iniciativas de mejoramiento trajeron una sensación positiva en el desarrollo de las actividades logísticas de la empresa, que se reflejó en la reducción en varios puntos en promedio, como: los tiempos de operación (80%), los traslados de productos (43%) y los costos de operación (91%). Asimismo, se logró el orden de los flujos logísticos, la redefinición de los acuerdos de nivel de servicio con el cliente en función a su capacidad operativa real, la reducción de las diferencias de inventario en un 77%, la optimización de la generación y captura de información mediante RFID, en la mejoría del desempeño del personal aplicando la filosofía de trabajo 5'S. Todo esto ayudó a reducir en un 43% los costos de los servicios que se ofrecían en la empresa antes de la mejora.

1.3 Teorías Relacionadas al tema

1.3.1 Alta hospitalaria

Se denomina alta hospitalaria al cierre (por curación, fallecimiento o traslado) de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico.

Existen distintos tipos de altas, que a continuación se detallan:

Curación o mejoría: Las que se han producido por curación o mejoría, incluyendo los traslados de los pacientes a centros de cuidados mínimos o de larga distancia.

Traslado: Aquellas que se han producido por traslado a otros servicios o centros para diagnóstico o tratamiento.

Fallecimiento: Aquellas que se han producido por fallecimiento.

Voluntarias: Las producidas por consentimiento propio o de particulares autorizados. (Hammer y Champy, 2003 P.164).

George Terry, en una versión más elaborada, define la gestión como un proceso, es decir, una forma sistemática de hacer las cosas. En segundo lugar, indica cuatro actividades de gestión: planificación (pensar de antemano), organización (coordinar los recursos humanos y materiales de una organización), actuación (motivación y dirección de los subordinados) y control (que todo se realice según el plan. En tercer lugar, asegura que el administrador utiliza personas y otros recursos. Por ejemplo, un gerente que quiere aumentar las ventas podría tratar de aumentar tanto la fuerza de ventas como su presupuesto de publicidad. Y, en cuarto lugar, que lograr los objetivos de la organización es el fin principal de la gestión. (Grove, 2010 p. 203).

"La gestión es el proceso mediante el cual el grupo cooperativo dirige las acciones hacia objetivos comunes". (Joseph Massie, 2009 p.101)

"La gestión es el proceso mediante el cual los gerentes crean, dirigen, mantienen y operan la organización intencional mediante esfuerzos humanos sistemáticos, coordinados y cooperativos". (Grove, 2010 p. 203).

"La gestión es la coordinación de todos los recursos a través del proceso de planificación, organización, dirección y control con el fin de alcanzar las metas establecidas". (Goddard 2001 p.187).

"La gestión es un proceso de trabajo con ya través de otros para lograr los objetivos de la organización en un entorno cambiante, central para este propósito es el uso eficaz y eficiente de los recursos limitados". (Glouberman (2001 p.244).

El conocimiento profesional en forma sistematizada y codificada puede ser aprendido a través del sistema de educación formal. Una profesión hace hincapié en tener un organismo central para formular un código de conducta para sus miembros. Una profesión exige la prestación de servicios competentes y especializados a los clientes. Una profesión mantiene la actitud científica y el compromiso de descubrir nuevas ideas y mejoras con el propósito de mejorar la calidad del servicio y el nivel de eficiencia proporcionado a sus clientes. Una profesión requiere que los miembros ejercen moderación y autodisciplina. (Glouberman (2001 p.248).

El conocimiento de la gestión cumple los dos primeros criterios porque se ha convertido en un cuerpo sistemático de conocimientos y también puede ser adquirido y aprendido a través de la educación formal. (Dickson 2009, p.85).

No hay una calificación mínima prescrita para obtener la entrada en la profesión de gestión o para convertirse en miembros de la misma. En la práctica, cualquiera que maneje en el conocido como gerente, independientemente de cualificaciones. Peter Drucker, en apoyo de este punto de vista, dice que "no se puede hacer más daño a nuestra economía o nuestra sociedad que intentar profesionalizar la gestión mediante la concesión de licencias a los administradores, por ejemplo, o limitar el acceso a la gestión a personas con un título académico especial. (Hammer y Champy, 2003 P.169).

En cuanto al enfoque profesional, un gerente tiene que esforzarse continuamente por descubrir nuevas ideas, relaciones y conceptos y actuar de una manera dinámica e innovadora para hacer frente al entorno cambiante. Aun así, los gerentes no son respetados como otros profesionales como médicos, abogados y contadores profesionales. (Åhlström, 2004, p.264).

En la sociedad anónima, la propiedad se ha separado de su gestión y control. Esta situación ha contribuido realmente al desarrollo de la gestión como profesión. La rápida expansión y el crecimiento de las universidades de gestión y las instituciones es un indicativo de la tendencia de la profesionalización de la gestión. En una sociedad industrial de alta tecnología, se han producido múltiples cambios en el papel de los gerentes. Se han venido desarrollando muchas áreas estratégicas que requieren experiencia profesional y conocimientos especializados (por ejemplo, planificación estratégica, etc.). La mayor utilización de servicios especializados de gestión (por ejemplo, consultoría, desarrollo de recursos humanos, etc.) requiere un equipo de directivos profesionales. (Goddard 2001 p.190).

Gestión familiar

La gestión familiar implica la gestión y el control de las operaciones comerciales por un grupo de miembros pertenecientes a una familia en particular, independientemente de su conocimiento sobre la gestión. Por lo tanto, las decisiones y las políticas están en gran medida influenciadas por el interés familiar. Las disputas y desacuerdos relacionados con asuntos familiares también tienden a tener una influencia directa en el funcionamiento de la organización empresarial. Pero en una empresa gestionada profesionalmente, la propiedad está separada de la gestión y el control. La autoridad para administrar y controlar las operaciones comerciales se delega a los gerentes calificados profesionalmente. (Glouberman (2001 p.250).

Un estudio que abarca 30 países de todo el mundo señala que el 75% de todas las empresas en el mundo son empresas familiares. En algunos de ellos, la herencia familiar ha continuado durante siglos. El progreso fenomenal de Ford Motors, IBM, etc, da testimonio de su calidad de liderazgo y gestión. En palabras de KK Birla, "si personas como Sir Jamshedji Tata o RaiBahadurGujarmalModi comenzaran de nuevo su carrera comercial, yo les pondría la rupia en cualquier día que en el mejor de los profesionales". (Garvin 2005 p. 218).

Según la tercera opinión (Garvin 2005 p. 211).), la administración es un término más comprensivo que incluye el manejo. La administración implica "pensar" y la gestión implica "hacer". La administración es una función de alto nivel que se

concentra en la determinación de planes, políticas y objetivos, mientras que la administración es una función de nivel inferior que se ocupa de la ejecución y dirección de políticas y operaciones. Esto no significa que necesitamos dos grupos de personal separados, pero cada gerente desempeña tanto las funciones administrativas como administrativas. En el nivel más alto se dedica más tiempo a la actividad administrativa ya medida que se baja, se dedica más tiempo a la actividad de gestión. (Chreim, 2010 p.197).

Gestión de Salud Pública

La salud pública se define como la ciencia de proteger la seguridad y mejorar la salud de las comunidades a través de la educación, la formulación de políticas y la investigación para la prevención de enfermedades y lesiones. (Chreim, 2010 p.197).

La definición de salud pública es diferente para cada persona. Si usted tiene gusto de crujir números, de conducir la investigación de laboratorio o de campo, de formular la política, o de trabajar directamente con la gente para ayudar a mejorar su salud, hay un lugar para usted en el medio de la salud pública. El ser un profesional de salud pública le permite trabajar en todo el mundo, poder encarar los problemas de salud de las comunidades en su conjunto e influir en las políticas que afectan la salud de las sociedades. (Boerstler, 1996 p.208).

Biología, Antropología, Política pública, Matemáticas, Ingeniería, Educación, Psicología, Ciencias de la Computación, Sociología, Medicina, Negocio, y otros Como profesional de la salud pública, usted será entrenado para realizar uno o más de estos diez servicios esenciales: Controlar el estado de salud de una comunidad para identificar problemas potenciales, Diagnosticar e investigar problemas de salud y peligros en la comunidad. (Bryman, 2007 p.155).

Comunicar, enseñar y empoderar a la gente sobre los problemas de salud, en particular los desatendidos y aquellos en riesgo, Movilizar las asociaciones comunitarias para identificar y resolver los problemas de salud, Desarrollar políticas y planes que, apoyen los esfuerzos individuales y comunitarios de salud. (Bick 2009, p.209).

Tener una fuente de trabajo la cual sea competente en atención contando con personal de salud adecuados vinculando a las personas con los servicios de salud personales necesarios y garantizar la prestación de atención de salud cuando no esté disponible. Investigue nuevas ideas y soluciones innovadoras para los problemas de salud. (Bick 2009 p.211).

El sistema de salud en el Perú

El Perú posee un sistema descentralizado de atención de salud administrado por 5 entidades: el Ministerio de Salud (Minsa) al 60%, Essalud, (30% de la población) y las Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP) y el sector privado juntos prestan servicios al 10% restante (Recursos humanos en salud 2011). El sistema resultante contiene múltiples proveedores de servicios y seguros, a menudo realizando funciones con un alto grado de superposición y poca coordinación. Los trabajadores de salud a menudo trabajan varios puestos de trabajo en múltiples subsectores. (Hines 2004, p. 306)

Se ha logrado apreciar una tendencia creciente en el número total de trabajadores de la salud a pesar del aumento de la emigración de los trabajadores de la salud, pero no hay diferencias significativas en la densidad de los RHS con la excepción de la enfermería, que ha aumentado (9,7 / 10.000). También ha habido un aumento de la demanda de proveedores, especialmente médicos especialistas, en la última década debido a la aplicación del seguro de salud universal y las políticas asociadas. La densidad actual de HRH es de 17,8 / 10.000 habitantes. (Lillrank 2004 p.241).

En general, continúa la distribución geográfica inequitativa de los trabajadores de la salud, con Lima y las zonas costeras de mayor densidad, y Piura (9,6), Lambayeque (10,7) y Loreto (10,8) con los recursos más bajos. Las diferencias demográficas en las densidades así como las diferencias urbanas / rurales han comenzado a desaparecer debido a la implementación del plan SERUMS, un plan descentralizado de retención de los RHS para distribuir y retener a los trabajadores de salud en áreas remotas. El plan se desarrolló con una guía técnica acompañante que contiene una línea de base y una revisión de buenas prácticas y procedimientos para implementar una política de retención a largo plazo basada en acuerdos intersectoriales. Otros logros incluyen: el desarrollo de un

observatorio nacional de RHS, y el desarrollo e implementación de un plan estratégico nacional de RHS que esté completamente costado e integrado con un plan de salud más amplio. (McNulty 2014).

Dimensiones de Alta Hospitalaria:

Dimensión 1: *Datos del paciente*

Todos los pacientes cuentan con una ficha de datos personales donde se permite registrar: nombre, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, email, teléfono, estado civil, ocupación, dirección, apartado postal, y mucho más. Toda esta información nos permite primero identificar al paciente, y también, generar diversos reportes y estadísticas. Si cuenta con cámara digital, es posible adjuntar la foto del paciente la cual estará disponible al anexar su ficha. El tamaño de la foto no tiene importancia, porque igual ésta se ajustará para verse lo mejor posible. Para pacientes menores de edad, el programa muestra una opción adicional para anotar los datos de los padres o encargados, tales como nombre, teléfonos, email y observaciones adicionales. (Tomas Rodelgo 2015)

Dimensión 2: *Datos Medico responsable*

"El médico responsable" es quien llena las principales expectativas de un paciente, como lo es, recibir una atención respetuosa, humana e integral, una información clara y una continuidad en el seguimiento.

El MR es la figura dentro de la normativa a quien se le encomienda diversas funciones específicas dentro de su competencia profesional médica, así como de otras que van más allá de esta competencia, lo que hace que algunas cuestiones y decisiones trasciendan de lo que se pudiera esperar de un profesional médico.

Estos aspectos, concluye la declaración, son relevantes en todos los ámbitos de la medicina pero especialmente en la asistencia hospitalaria. (Tarragona, 2015)

Dimensión 3: *Proceso Asistencial*

Los sistemas sanitarios modernos para sobrevivir deben adaptarse a un medio cambiante, donde ahora podemos notar un nuevo rol del ciudadano con respecto a su interacción con los servicios de salud. Este sistema no favorece al paciente, y en la mayoría de los casos, ve a la asistencia de este paciente de forma

fragmentada como si cada asistencia fuera un paciente diferente. Ahora los pacientes cuentan con mayor información y, por ende, mayor capacidad de elección. Lo que busca este paciente es que los servicios de salud se adapten a sus necesidades y que se garantice una atención completa, personalizada y continua.

Ante este escenario, la respuesta mayoritaria de los sistemas sanitarios ha sido la mejora de la calidad asistencial, diferenciándose unos de otros según la línea estratégica por la que se ha optado, en función del marco sociopolítico, entre las diferentes dimensiones que presenta la calidad (eficiencia, equidad, satisfacción, accesibilidad, calidad científico-técnica...). Se han impulsado proyectos para aumentar la participación de los ciudadanos y su capacidad de decisión dentro del sistema, y diversas técnicas como los “audit” médicos, las guías de práctica clínica, métodos de búsqueda de la excelencia (benchmarking), evaluaciones económicas, etc. han demostrado ser eficaces en la disminución de la variabilidad clínica.

Dimensión 4: Accesibilidad

El concepto de accesibilidad, por lo tanto, se usa para citar al grado o nivel en el que cualquier ser humano, más allá de su condición física o de sus facultades cognitivas, puede usar una cosa, disfrutar de un servicio o hacer uso de una infraestructura. (Gardey 2009)

1.4 Formulación de Problema

1.4.1 Problema General

¿Cuál es la diferencia en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?

1.4.2 Problemas específicos

Problema específico 1

¿Cuál es la diferencia en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?

Problema específico 2

¿Cuál es la diferencia en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?

Problema específico 3

¿Cuál es la diferencia en el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?

Problema específico 4

¿Cuál es la diferencia en la accesibilidad del proceso de alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?

1.5 Justificación del estudio

1.5.1 Justificación practica

Esta investigación conviene desarrollar porque es importante poder mejorar en lo que respecta a los procesos del alta hospitalaria del servicio de obstetricia y

neonatología analizando los procesos y que se cumplan con toda la información requerida en el informe de alta y así poder ser una alta efectiva con calidad y calidez para evitar demoras en el trámite de alta.

1.5.2 Justificación social

La trascendencia para la sociedad es poder agilizar los procesos y así no se encuentre saturado el servicio al no poder con camas y brindarle una calidad de atención, con estos datos los beneficiarios serán los pacientes que se encuentran de alta que podrán ir a casa, ya que servirán de base para realizar cambios en bien de la buena gestión, el cual tendrá un alcance social por ser un problema generalizado.

1.5.3 Justificación de implicancias

Esta investigación de gran importancia contribuirá en la toma de las decisiones del ente administrativo y funcionarios de las autoridades del hospital María Auxiliadora o entes en similar estado, facilitando la comprensión de los problemas álgidos que acarrearán en el área en estudio como es el estudio de la verificación de datos para el proceso de alta hospitalaria en los servicios de Obstetricia y Neonatología.

1.5.4 Justificación teórica

El estudio conlleva a verificar y analizar los procesos que se vienen realizando para el alta hospitalaria, así como la comprobación respectiva en la epicrisis, y su comprensión.

1.5.5 Justificación metodológica

La investigación ayudaría mucho a poder constatar si existe un buen registro en las historias clínicas para poder acelerar el proceso de alta hospitalaria, para luego obtener resultados mediante un método exploratorio.

1.6 Hipótesis

1.6.1 Hipótesis General

Hay diferencia en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

1.6.2 Hipótesis específica

Hipótesis específica 1:

Hay diferencia en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Hipótesis específica 2:

Hay diferencia en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Hipótesis específica 3:

Hay diferencia en el registro de datos del médico responsable del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Hipótesis específica 4:

Hay diferencia en la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo general

Comparar el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos

Objetivo Especifico 1:

Comparar el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Objetivo Especifico 2:

Comparar el proceso asistencial del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Objetivo Especifico 3:

Comparar el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Objetivo Especifico 4:

Comparar la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

II Metodología

2.1 Diseño de investigación

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo porque crea datos o información que se puede cambiar a números digitales (Hernández, Fernández y Baptista 2010, p. 270)

El nivel de investigación fue descriptivo comparativo, porque se limitará a describir la situación de la variable en estudio y a comparar de un servicio a otro. El descriptivo comparativo tiene como fin comparar las características de dos o más, destacando semejanzas y diferencias que hay entre ellos. Se puede esquematizar mediante organizadores que resalten los rasgos comunes y los rasgos diferenciales, o bien mediante organizados que contrasten los distintos rasgos de las realidades que se comparan (García 2011)

Según la finalidad fue una investigación básica porque se promueve con el fin de conseguir nuevos conocimientos sobre los principios de los fenómenos o hechos observables sin tener objetivos aplicativos o uso particular del proceso (Jiménez 1998 p.25)

Según la secuencia de las observaciones fue transversal, porque se recopilan datos en un solo momento, en su único tiempo. Su intención es detallar variables y analizar su hecho un momento dado. (Hernández, Fernández y Baptista 2010, p. 151)

Según el tiempo de ocurrencia fue retrospectivo, porque su comienzo es primero a los actos estudiados y los datos son ya existentes. (Jiménez 1998 p.27)

Según el análisis y alcance de sus resultados fue observacional, porque solo observa, medio y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención (Hernández, Fernández y Baptista 2010, p. 230)

Este estudio por lo cual fue de diseño no experimental, porque se efectuará sin maniobrar intencionadamente variables. Es decir, es una investigación donde no tenemos ninguna injerencia sobre la variable ya que es una búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o son inherentemente no manipulables. Se hacen deducciones sobre las relaciones entre

las variables, sin intervención directa sobre la variación simultánea de las variables independiente y dependiente (Kerlinger 2002)

Es aquel diseño no experimental que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Basándose en la observación de fenómenos tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. (Marisela Dzul Escamilla 2010)

2.2. Variable Operacionalización

2.2.1 Variable Alta hospitalaria

Definición conceptual

Se define al alta hospitalaria al cierre por curación, fallecimiento o traslado de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico. (Hammer y Champy, 2003 p.164).

Definición Operativa

El alta hospitalaria será medida con un instrumento que abarca 13 ítems y que cuenta con las siguientes dimensiones: Datos del Paciente, Datos del Médico Responsable, Proceso Asistencial y Accesibilidad.

2.2.2 Operacionalización de la variable Alta Hospitalaria

Tabla 1

Dimensiones	Indicadores	Escala y Valor	Niveles y Rango
Datos del Paciente	N° de Historia Clínica Nombre y Apellidos del Paciente N° de DNI		
Datos del Médico Responsable	Nombre y Apellido del Medico Firma y Sello del Medico Colegio Médico y Registro de Especialidad	Si (1) No (0)	Si alta (13)
Proceso Asistencial	Códigos CIE 10 Diagnóstico de Ingreso del Paciente Diagnóstico de Egreso del Paciente		No alta
Accesibilidad	Fecha de Ingreso del Paciente Fecha de Alta del Paciente Fecha de Parto del Paciente Fecha de Intervención Quirúrgica		(0 a 12)

2.3. Población y muestra

2.3.1 Población

La población estuvo conformada por 500 historias clínicas del Servicio de Obstetricia y 400 historias clínicas del Servicio de Neonatología que se encuentren de alta en las instalaciones del Hospital María Auxiliadora.

2.3.2 Muestra.

Estuvo conformada por 150 historias clínicas del Servicio de Obstetricia y 150 historias clínicas del Servicio de Neonatología que se encuentren de alta en las instalaciones del Hospital María Auxiliadora, siendo un total de 300 historias clínicas.

Se realiza un muestreo no probabilístico por conveniencia.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

La técnica de recolección de datos se dio por medio de la observación la cual es una técnica en la que consiste en observar atentos el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis. La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. Gran parte del acceso de conocimientos que constituye la ciencia ha sido lograda mediante la observación. (Wilson Puente 2000)

"El estudio del acto de enseñanza utiliza como principal instrumento de investigación, sistemas o planos de observación de acontecimientos o comportamientos". Como toda ciencia la enseñanza y el entrenamiento necesitan de grabaciones objetivas. La observación constituye un método de toma de datos destinados a representar lo más fielmente posible lo que ocurre, la realidad. (Piéron 1986).

El instrumento de recolección de datos fue mediante lista de chequeo (check list) Se refiere a una lista de verificación de observación el cual no sólo proporcionan al observador una estructura y un marco para una observación, sino que también sirven como un contrato de entendimiento con el investigador, que puede resultar más cómodo y obtendrá información específica sobre aspectos de la investigación. (Hernández 2010, p. 245)

Tabla 2

*Ficha técnica del instrumento de medición de la variable Alta Hospitalaria***Validación y confiabilidad del instrumento**

Nombre del Instrumento	Lista de Chequeo para medir proceso de Alta Hospitalaria
Autor/es:	José Antonio Coello Suances. Adaptado por Angelica Acosta Ramírez
Objetivo del instrumento:	Evaluar el proceso de alta hospitalaria
Población a la que se puede administrar:	Historias clínicas
Forma de Administración:	Individual
Tiempo de Aplicación:	Aproximadamente 20 minutos
Descripción del Instrumento:	<p>Dimensión I Datos del Paciente</p> <p>Indicadores: N° Historia Clínica Nombres y Apellidos del Paciente N° de DNI</p> <p>Dimensión II Datos del Médico Responsable</p> <p>Indicadores: Nombre y Apellidos del Medico Firma y Sello del Medico Colegio Médico y Registro de Especialidad</p> <p>Dimensión III Proceso Asistencial</p> <p>Indicadores: Diagnóstico de Ingreso del Paciente Diagnóstico de Egreso del Paciente Códigos CIE 10</p> <p>Dimensión IV Accesibilidad</p> <p>Indicadores: Fecha de Ingreso del Paciente Fecha de Alta del Paciente Fecha de Parto del Paciente Fecha de Intervención Quirúrgica</p> <p>Numero de Ítems: 13</p> <p>Escala de respuesta: Si= 1, No= 0</p> <p>Escala valorativa: Si alta :13 No alta 0-12</p>
Muestra de tipificación:	150 historias clínicas del servicio de obstetricia y 150 historias clínicas del servicio de neonatología.
validez de contenido:	Juicio de expertos: aplicable
Confiabilidad:	R de Kuder- Richardson

La validez del instrumento fue dada por el juicio de un grupo de expertos, que estaba conformado por 3 especialistas, de acuerdo que el instrumento de investigación era aplicable.

Tabla 3

Validez de contenido del instrumento de Alta Hospitalaria por juicio de expertos.

Experto	Nombres y Apellidos	Aplicable
1	Mg. Daniel Córdova Sotomayor	Aplicable
2	Mg. Erick Chávez Quiroz	Aplicable
3	Mg. Yarela Motta López	Aplicable

Para la confiabilidad de los instrumentos, se aplicó una prueba piloto a 30 historias clínicas de cada servicio del hospital María Auxiliadora, resultado de la confiabilidad fue de 0,802 por R de Kuder-Richardson.

Permite calcular la confiabilidad con una sola aplicación del instrumento. No requiere el diseño de pruebas paralelas.

Es aplicable solo en instrumentos con ítems dicotómicos, que puedan ser codificados con 1-0 (correcto-incorrecto, presente-ausente, a favor-en contra, etc.).

Es aplicable en Lista de Cotejo y cuestionario de preguntas con opciones de respuestas dicotómicas (Si - No)

Tabla 4

Confiabilidad de la variable Alta Hospitalaria

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,802	13

Fuente: Base de datos de la investigación. Elaboración propia.

El valor de alfa de Cronbach para el instrumento de medición de la variable Alta Hospitalaria fue de 0.802, lo cual indica que el instrumento es confiable y para ello se utilizó el SPSS.

2.5 Métodos de análisis de datos

Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS Versión 23.

Los datos obtenidos son presentados en tablas y gráficos de acuerdo con las variables y dimensiones, para luego analizarlos e interpretarlos.

Para la comparación de grupos se utilizó la prueba estadística de chi-cuadrado de Pearson.

2.6 Aspectos éticos

Para el desarrollo de la presente investigación, se respetó los procedimientos que existe la Universidad, así mismo el contenido que se encuentra en este proyecto son de fuentes confiables y que han sido citados bajo reglas de APA, así mismo los participante de los eventos a observar se mantendrán en el anonimato.

III Resultados

3.1 Resultados Descriptivos

3.1.1 Alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 5

Distribución de frecuencias de alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
	No	60	40,0
	Si	90	60,0
Válido	Total	150	100,0

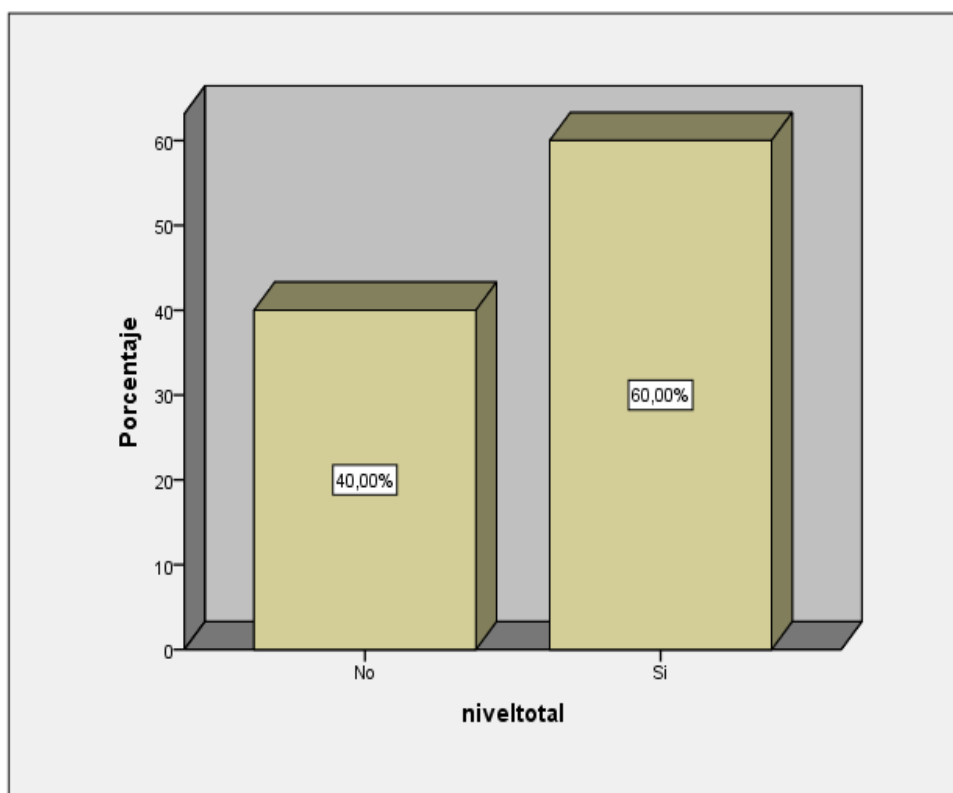


Figura 1. Niveles de alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 5 y figura 1 del proceso de alta hospitalaria se observa si cumple con los ítems adecuados para que se proceda a dar el alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 60% si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 40% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.2 Datos del paciente en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 6

Distribución de frecuencia de registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	65	43,3
	Si	85	56,7
	Total	150	100,0

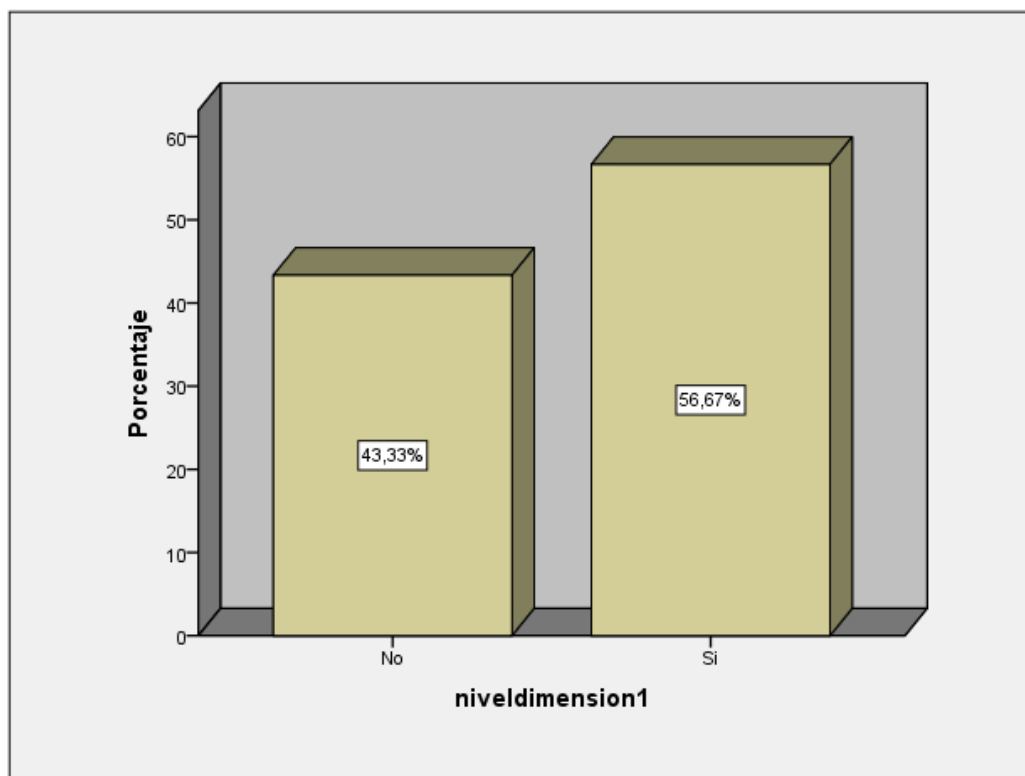


Figura 2. Registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 6 y figura 2 del registro de datos del paciente se observa si cumple con los ítems adecuados para el registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 56.67 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 43.33% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.3 Datos Médico Responsable en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 7

Registro de datos del médico responsable en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	50	33,3
	Si	100	66,7
	Total	150	100,0

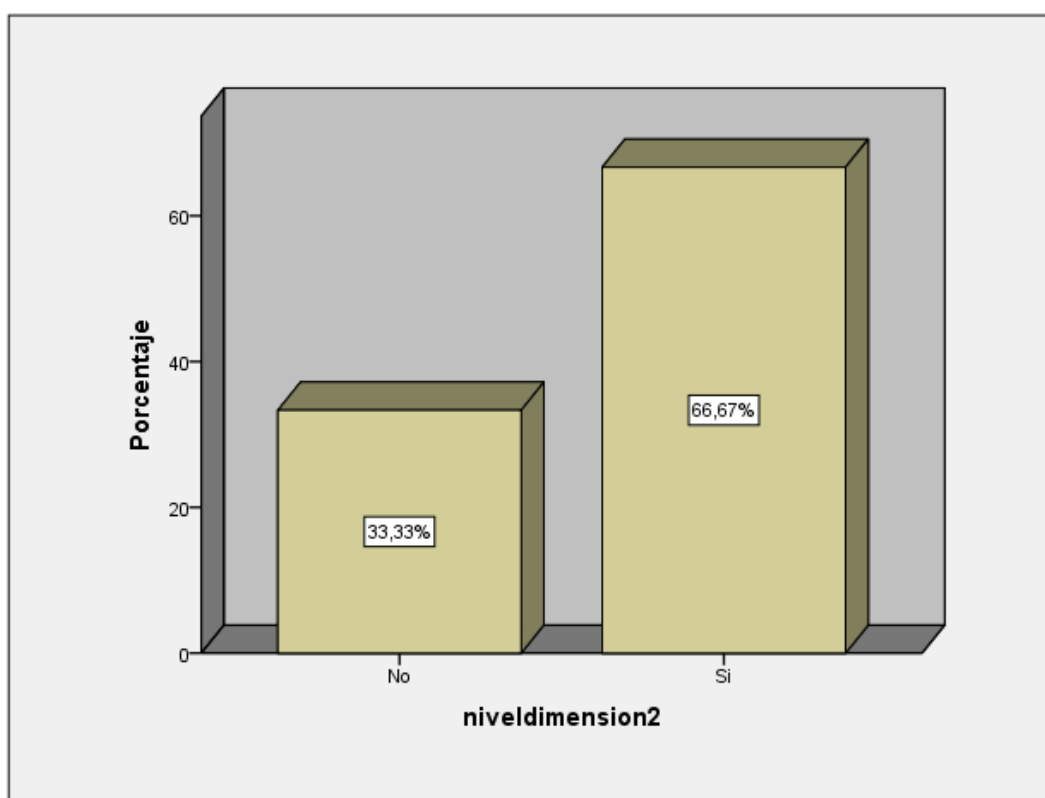


Figura 3. Registro de datos del médico responsable en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 7 y figura 3 del registro de datos del médico responsable se observa si cumple con los ítems adecuados para el registro de datos del médico responsable en el servicio de Obstetricia del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 66.67 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 33.33% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.4 Proceso asistencial en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 8

Proceso asistencial en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	50	33,3
	Si	100	66,7
	Total	150	100,0

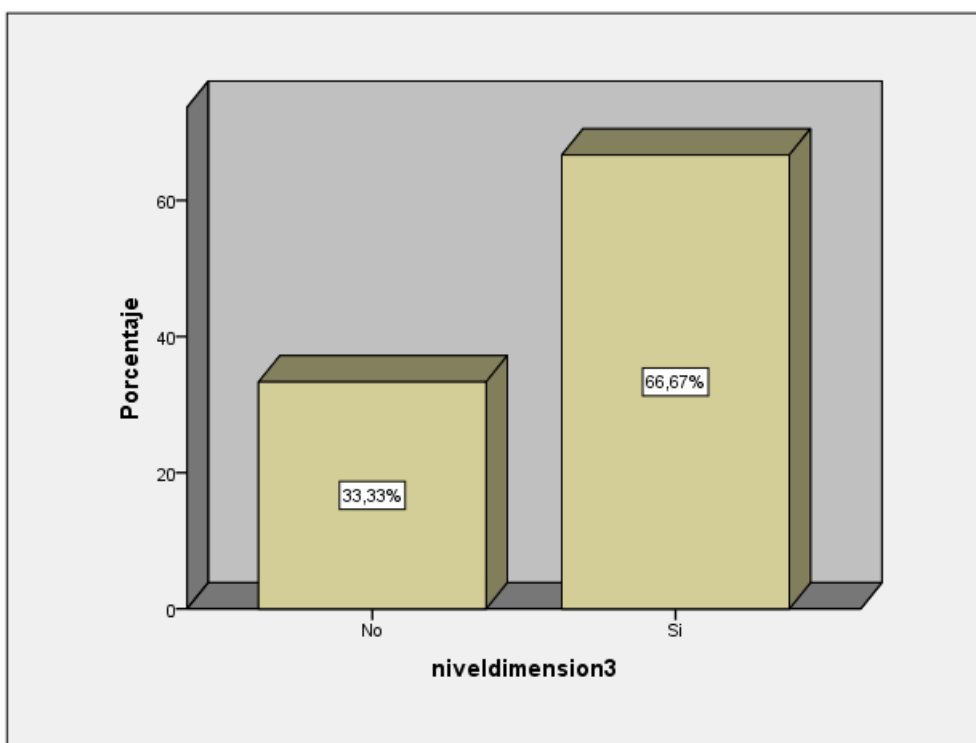


Figura 4. Proceso Asistencial en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 8 y figura 4 del proceso asistencial se observa si cumple con los ítems adecuados para el proceso asistencial en el servicio de Obstetricia del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 66.67 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 33.33% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.5 Accesibilidad en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 9

Accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	65	43,3
	Si	85	56,7
	Total	150	100,0

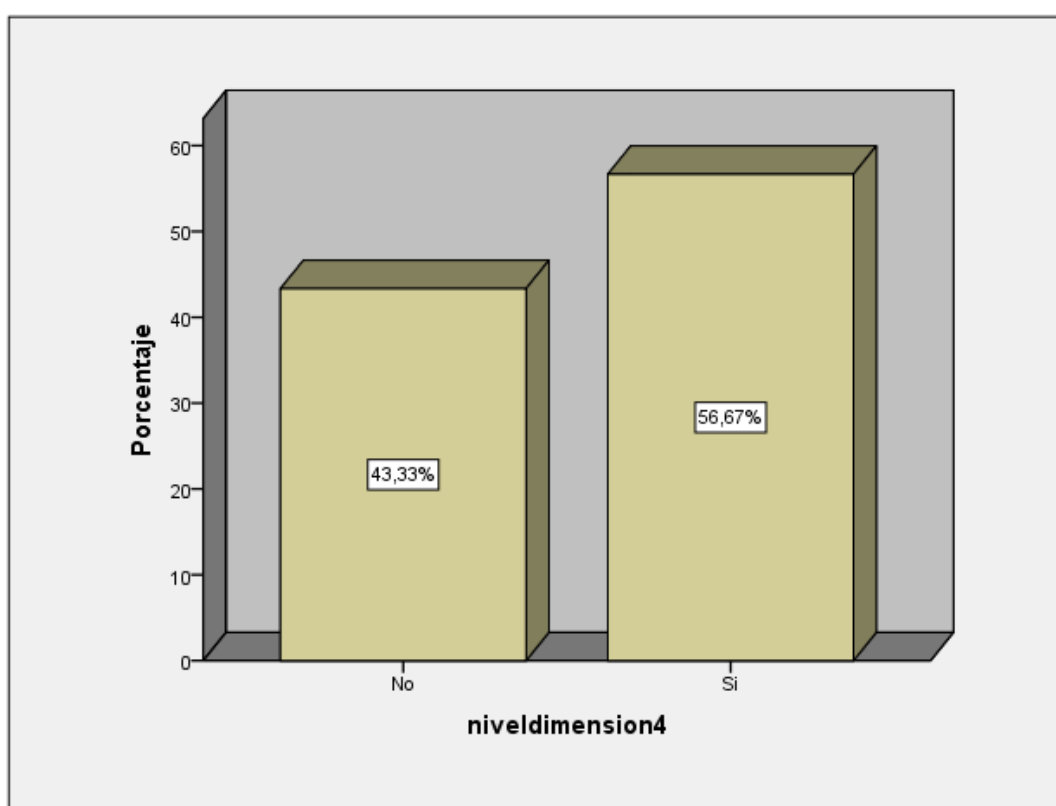


Figura 5. Accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017.

En la tabla 9 y figura 5 de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria se observa si cumple con los ítems adecuados para la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Obstetricia del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 56.67 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 43.33% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.6 Alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 10

Resultados del Alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	61	40,7
	Si	89	59,3
	Total	150	100,0

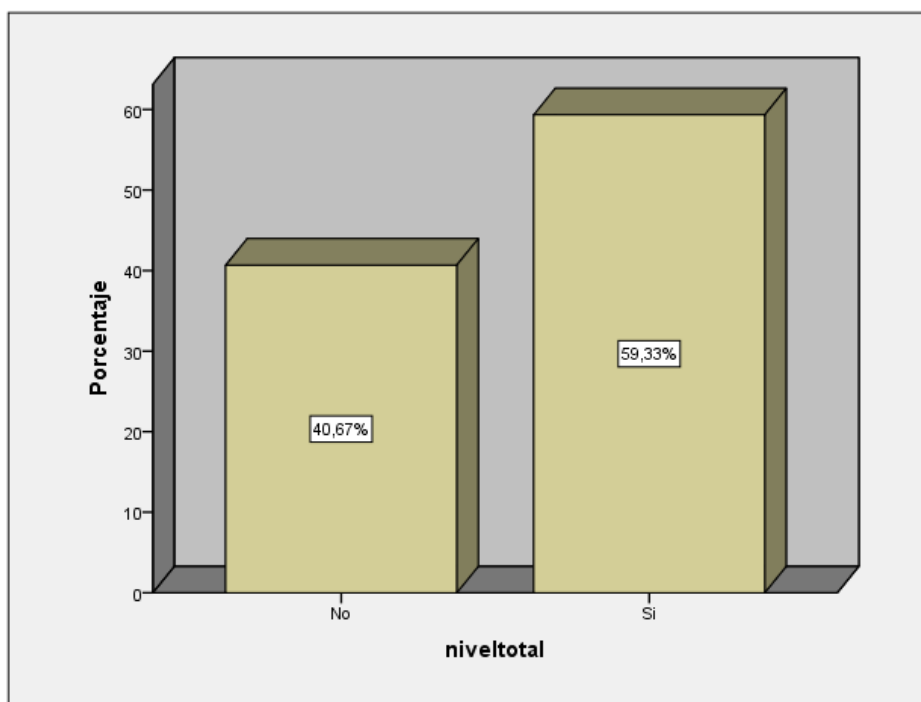


Figura 6. Alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 10 y figura 6 del proceso de alta hospitalaria se observa si cumple con los ítems adecuados para que se proceda a dar el alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 59.33% si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 40.67% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.7 Datos del paciente en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 11

Registro de datos del paciente en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	70	46,7
	Si	80	53,3
	Total	150	100,0

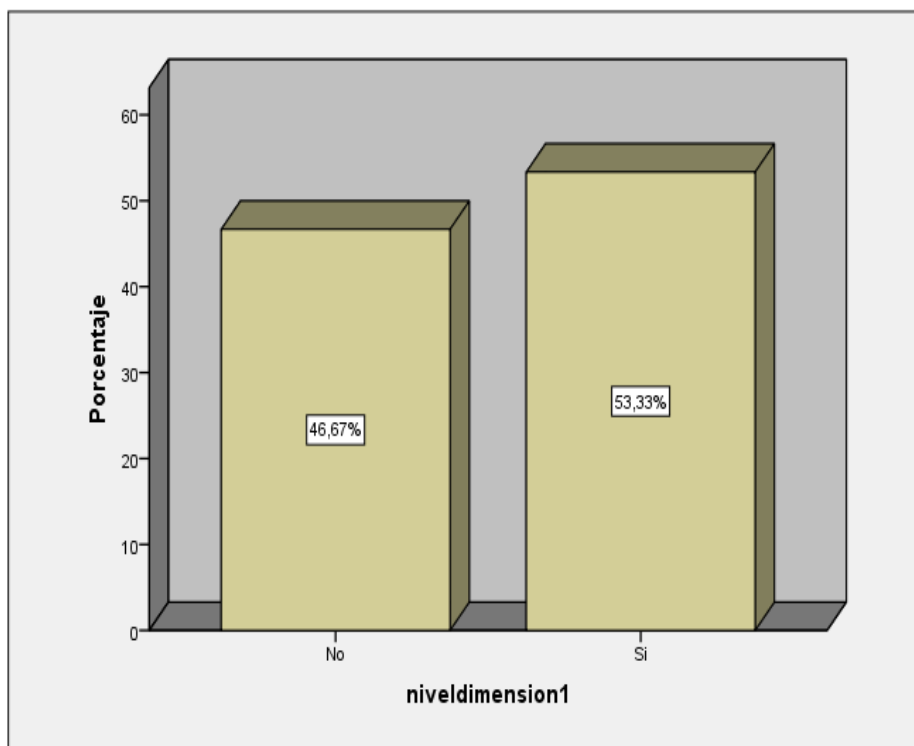


Figura 7. Registro de datos del paciente en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 11 y figura 7 del registro de datos del paciente se observa si cumple con los ítems adecuados para el registro de datos del paciente en el servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 53.33 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 46.67% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.8 Datos Médico Responsable en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 12

Registro de datos del médico responsable en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	28	18,7
	Si	122	81,3
	Total	150	100,0

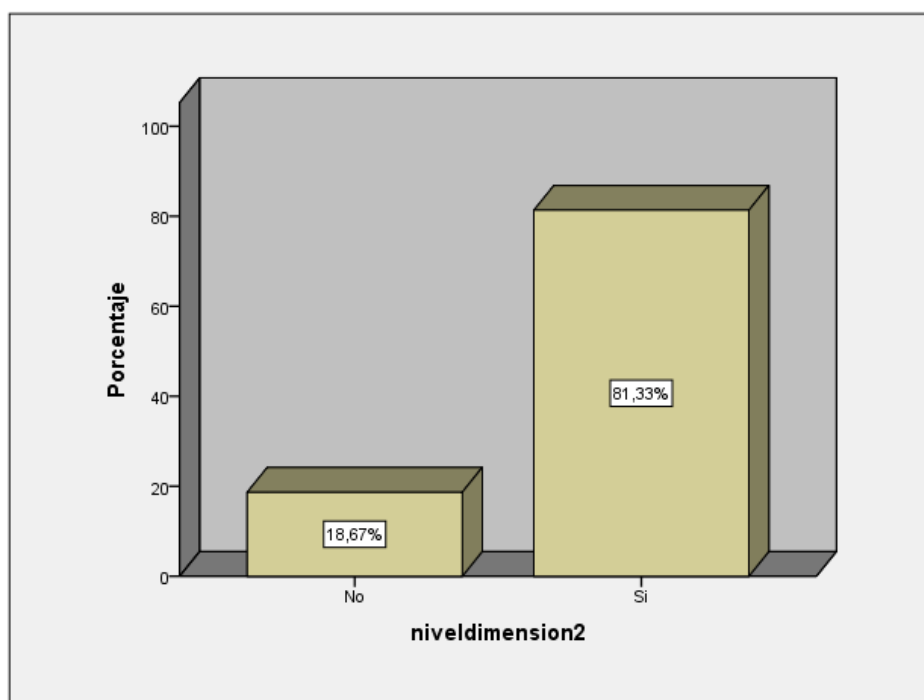


Figura 8. Registro de datos del médico responsable en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 12 y figura 8 del registro de datos del médico responsable se observa si cumple con los ítems adecuados para el registro de datos del médico responsable en el servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 81.33 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 18.67% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.9 Proceso asistencial en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 13

Proceso asistencial en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	34	22,7
	Si	116	77,3
	Total	150	100,0

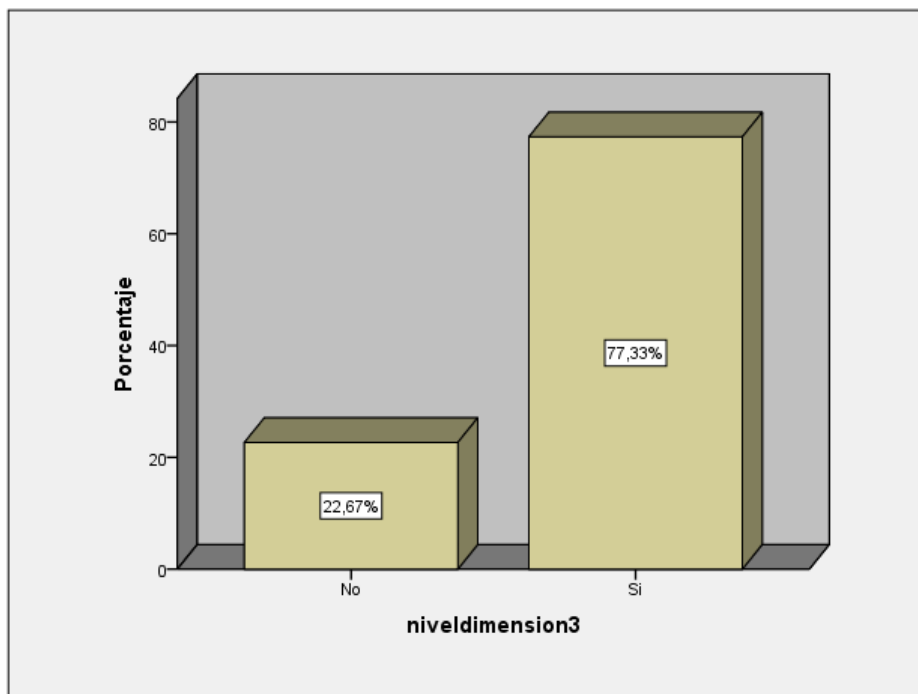


Figura 9. Proceso Asistencial en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 13 y figura 9 del proceso asistencial se observa si cumple con los ítems adecuados para el proceso asistencial en el servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 77.33 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 22.67% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

3.1.10 Accesibilidad en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Tabla 14

Accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	No	45	30,0
	Si	105	70,0
	Total	150	100,0

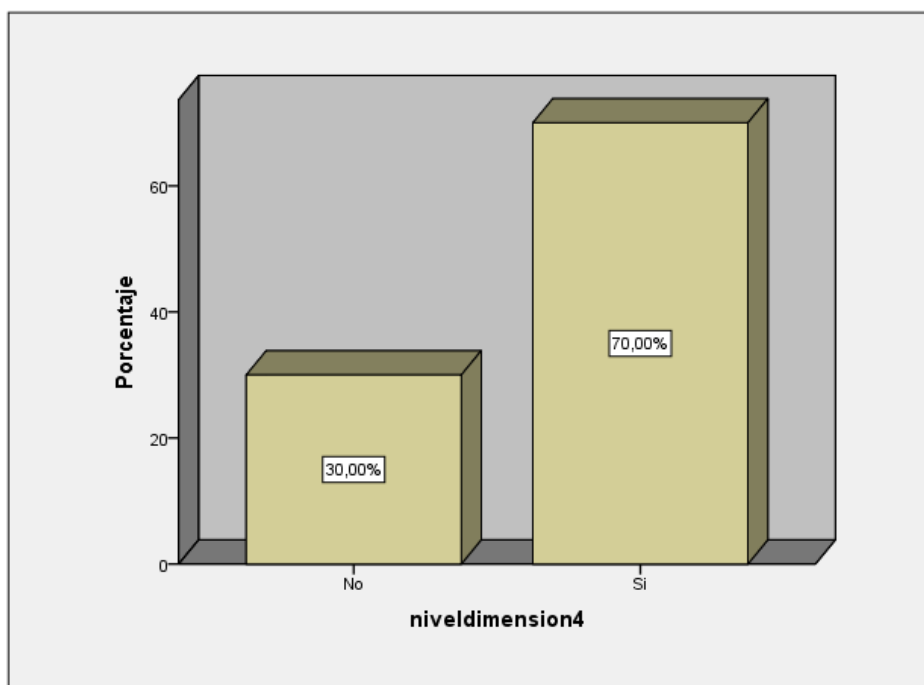


Figura 10. Accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

En la tabla 14 y figura 10 de la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria se observa si cumple con los ítems adecuados para la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria en el servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, Lima 2017, donde el 56.67 % si cumple con los ítems adecuados para proceder con el alta hospitalaria y solo el 43.33% no cumple con los requisitos para proceder a dar el alta hospitalaria.

Contrastación de Hipótesis

Hipótesis General

H0. No existen diferencias en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

H1. Existen diferencias en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Tabla 15

Diferencia en el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	150,000 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	145,862	1	,000		
Razón de verosimilitud	201,904	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	149,000	1	,000		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 24,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 15 se presenta los resultados de la diferencia en el proceso del alta hospitalaria mediante la prueba de chi-cuadrado se puede observar que existe una significancia estadística de p es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

3.2. Resultados

Hipótesis específica

3.2.1 Registro de Datos del Paciente

H0. No existen diferencias en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

H1. Existen diferencias en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

Tabla 16

Registro de datos del paciente en el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,134 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	83,084	1	,000		
Razón de verosimilitud	96,678	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	85,560	1	,000		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 29,01.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 16 se presenta los resultados del registro de datos del paciente para el adecuado proceso del alta hospitalaria a través de la prueba de chi-cuadrado se puede observar una significancia estadística de p es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

3.2.2 Registro de datos del médico responsable

H0. No existen diferencias en el registro de datos del médico responsable del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

H1. Existen diferencias en el registro de datos del médico responsable del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

Tabla 17

Registro de datos del paciente en el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017.

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,600 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	50,955	1	,000		
Razón de verosimilitud	54,190	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	53,243	1	,000		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 16,99.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 17 se presenta los resultados del registro de datos del médico responsable para el adecuado proceso del alta hospitalaria mediante la prueba de chi-cuadrado se puede observar que existe una significancia estadística de p es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

3.2.3 Proceso Asistencial

H0. No existen diferencias en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

H1. Existen diferencias en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

Tabla 18

Proceso Asistencial en el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,024 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	68,787	1	,000		
Razón de verosimilitud	73,197	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	71,544	1	,000		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 14,00.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 18 se presenta los resultados del proceso asistencial para el adecuado proceso del alta hospitalaria a través de la prueba de chi-cuadrado se puede observar que existe una significancia estadística de p es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

3.2.4 Accesibilidad

H0. No existen diferencias en la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

H1. Hay diferencia en la accesibilidad del proceso del alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017

Tabla 19

Accesibilidad en el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora, Lima 2017

Pruebas de chi-cuadrado					
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,429 ^a	1	,000		
Corrección de continuidad ^b	54,927	1	,000		
Razón de verosimilitud	61,139	1	,000		
Prueba exacta de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	57,046	1	,000		
N de casos válidos	150				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 27,30.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

En la tabla 19 se presenta los resultados de la accesibilidad en el proceso del alta hospitalaria a través de la prueba de chi-cuadrado se puede observar que existe una significancia estadística de p es menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula afirmando que existe diferencia entre el proceso de alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

IV Discusión

El proceso de Alta Hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y el Servicio de Neonatología de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico. En las observaciones realizadas al proceso, se pudo evidenciar que dentro del servicio de obstetricia y neonatología, y oficina de seguros tienen problemas cotidianos que van desde el registro u omisión de datos hasta el proceso de alta. Es muy probable que la falta de conocimiento por parte del servidor produce una mala atención en el usuario, por ausencia de competencias o por desactualización. Sin embargo, esta situación es fácilmente remediable, siempre y cuando se efectúen controles y monitoreo de la calidad, situación que actualmente se trabaja mucho. Sin embargo, hay un aspecto que pocas veces se trata dentro de estos procesos.

En cuanto a la hipótesis general en el Servicio de Obstetricia si comparamos con el Servicio de Neonatología podemos observar que a pesar de que las altas son de mayor proporción en el Servicio de Obstetricia se encuentra una diferencia significativa entre el proceso de cumplimiento de alta que es un 60 % frente a un 40 % que no procede el alta en comparación con el Servicio de Neonatología se observa que el cumplimiento es igual ya que las mamás se van de alta con sus hijos y el trámite, proceso es el mismo siendo un alta efectiva de un 60 % frente a un alta no efectiva de un 40%, encontrando que si hay diferencias entre un servicio y otro ya que son más los ingresos de pacientes para el servicio de obstetricia existiendo una gran demanda de atención por lo que las altas son en gran proporción.

Las diferencias en el proceso de alta hospitalaria existen ya que son en base a varios ítems que se consideran que se llenan para poder saber si procede o no el alta por ejemplo en el Servicio de Obstetricia siempre se va encontrar déficit ya que la demanda es alta y la mayoría de las pacientes ingresan en expulsivo no permitiendo la recolección de varios ítems en cambio en el servicio de Neonatología la demanda es menor por lo cual existe la facilidad de poder tener una recolección de datos para que sea satisfactoria el alta en manera oportuna y eficaz.

El resultado de esta investigación coincide con el estudio realizado por Jorge Flores en el 2009, quien encontró que en el hospital San Bartolomé del servicio de Obstetricia el proceso de alta hospitalaria se cumple en un 70% y en el Servicio de Neonatología cumple con un 60% de proceso de alta satisfactoria observando que la diferencia entre un servicio y otro no es de gran significancia ya que los bebés se van de alta con las madres siendo un trámite en conjunto.

De igual manera con el realizado por Gonzalo Eymin, Andrés Aizman, en el 2014 quien encontró una investigación "Proceso del Alta Hospitalaria". La investigación tuvo como objetivo realizar una revisión no sistemática bajo los términos de que en el hospital Dos de Mayo en el servicio de Obstetricia se procede al alta en un 95 % y no se da el alta en un 10 % encontrando una gran diferencia en lo que respecta al del hospital María Auxiliadora del servicio de obstetricia con un alta de 60 % y con el no alta de un 40%.

En cuanto a la hipótesis específica 1 encontramos que si existen diferencias en el registro de datos del paciente los que si procede es con el 56.67% a diferencia del 43.3% que no procede con lo del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología ya que los internos del servicio apoyan con el llenado de datos colocando de manera adecuada ya que todos son ingresados al sistema y así de manera rápida y fácil poder acelerar el proceso saliendo de alta el paciente en un tiempo adecuado ya que contamos con pacientes de parto normal y cesárea mientras que en el servicio de neonatología no hay mucha demanda y como ya están ingresados los datos de los padres ya los bebés salen registrados con el apellido de los padres efectuándose el proceso de alta de manera adecuada y oportuna.

El resultado de esta investigación coincide el estudio realizado por Félix García en el 2010, quien encontró que en el hospital de Carrión del servicio de Obstetricia en lo que respecta a datos del paciente si se llegan a registrar en un 70% en comparación con el del hospital María Auxiliadora que es un 56,7% en cambio el no registro de datos del paciente en el servicio de Obstetricia es de 20 % en comparación con un 43,33 % en el hospital María Auxiliadora.

De igual manera con el realizado por Flores B, en el 2008 quien encontró que son pocos los trabajos que valoren la concordancia del informe de alta hospitalaria (IAH) con la historia clínica. Lo realizan en un servicio de cirugía general manejando variables de comorbilidad y complicaciones postoperatorias obteniendo correlaciones superiores al 85%.

De igual manera con el realizado por Reyes Domínguez A, 2007 encontró que fijan el criterio de adecuación en el 80% de 15 ítems que han seleccionado previamente por consenso y los compara con el estándar de la historia clínica. Solo el 2,8% son completos y tan solo el 45,8% tenían la mitad. Nuestro IAH comprende un número de ítems superior al de los estudios revisados pero que consideramos

útiles y adecuados para reflejar de forma completa, exacta y precisa el proceso hospitalario del paciente, y de los que se pueden obtener datos que justifiquen la toma de decisiones, resultados obtenidos y por tanto la calidad de la asistencia. Hemos considerado como estándar adecuado de un IAH el cumplimiento correcto de al menos el 90% de los ítems que lo componen. Según este estándar, solo el 53,94% de los IAH son correctos, similar a Zambrana, pero son más exigentes. Si reducimos el estándar al 80% de los ítems, la cifra de IAH correctos asciende al 93,42%.

De igual manera con el realizado por Reyes Domínguez 2009 estudia pacientes con cardiopatía isquémica concluyendo que la cantidad y exactitud de la información de los IAH, respecto a la historia clínica, pudiera ser insuficiente para evaluar la calidad de la práctica clínica.

De igual manera con el realizado por Álvarez Cáceres R. 2007 encontró sobre la calidad de los IAH son escasos. Los diseños y los criterios sobre el grado de cumplimentación o adecuación no están definidos o son variables. El N° de ítems que componen los IAH varía entre 9 y 208. Sobre el estándar adecuado del IAH, algunos autores consideran necesario el cumplimiento de al menos el 50% de los ítems obteniendo un 58%, mientras que otros más estrictos consideran necesario al menos el 80% de los ítems reduciéndose al 2,8%.

En hipótesis específica 2 el registro de datos del médico responsable del servicio de obstetricia y en el servicio de neonatología se observa que el 66.67% ´procede con el alta a diferencia del 33.33% que no procede observando que si hay diferencia en el cumplimiento ya que es el mismo procediendo a un cumplimiento adecuado de los ítems para el proceso de alta hospitalaria. En la ficha que figura el alta ya los médicos están concientizados en registrar sus datos y ya poder sellar las fichas antes de que el paciente salga de alta como esta sistematizado ya la impresión de alta ya aparecen los datos del médico, en el servicio de neonatología es mínimo el grado de cumplimiento ya que ahora está todo sistematizado.

El resultado de esta investigación coincide con el estudio del cual no valoramos ítems referentes al hospital ya que al igual que Galindo M, todos los IAH

incluyen estos datos en el membrete. Zambrana JL, encuentra que la dirección postal y el teléfono del hospital están ausente en un 54 y 65%, respectivamente. Los ítems referidos a identificación del paciente lo consignan en el 100% aunque existen 3 errores al alterarse el orden de nombre y apellido. Respecto a la edad, que falta en el 3,28%, planteamos como mejora incluirla como fecha de nacimiento que es lo aconsejado. La recogida del número de teléfono se realiza en menos del 10% y se cree que es importante para el seguimiento de los pacientes con objetivos clínicos o de investigación. Actualmente, tanto la fecha de nacimiento como el teléfono se está intentando exportarlos de forma automatizada desde los sistemas de información oficiales del hospital (HIS). En el trabajo de Zambrana JL el sexo y la fecha de nacimiento están ausentes en más del 60%. Ellos recogen el domicilio habitual (47%). Nosotros no incluimos el sexo como ítem aislado, aunque lo proponemos como mejora. La identificación del cirujano responsable es del 100%. Este ítem contribuye a garantizar la continuidad asistencial y permite la cuantificación de la actividad individualizada por facultativo. El ítem otros cirujanos (más de 90%) y residente (48,36%) son útiles como certificación de su actividad asistencial y formativa.

De igual manera con el realizado con los antecedentes recogen información sobre alergias, enfermedades, cirugías y tratamientos previos. Su utilidad radica en el registro de comorbilidades, variables críticas para el ajuste de riesgos. Está ausente en un IAH, aunque en el 11,84% detectamos déficit por la falta de registro de ausencias de alergias medicamentosas conocidas de forma expresa. Consideramos necesario que explícitamente quede esto reflejado en el IAH por los riesgos que supone para el paciente y ser un requisito contemplado en el modelo de acreditación de competencias profesionales de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Proponemos como mejora incluir una casilla específica, de carácter dicotómico, para su registro. Flores refiere un cumplimiento superior al 93% respecto a 6 variables predefinidas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía, dislipidemia, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad) y respecto a alergias se alcanza el 100% (no especificando si recogen la no existencia). Reyes Domínguez A, observa que mientras los antecedentes médicos están bien recogidos (91,6%), tanto la medicación previa como la situación basal del paciente solo se recogen en el 20,3 y 33,6%, respectivamente. Esto impide que

a partir del IAH se pueda ajustar la calidad o los desenlaces en los pacientes por gravedad, así como juzgar la adecuación de la asistencia a la situación funcional inicial de los pacientes. Sardá N, observan diferencia en la cumplimentación de este apartado siendo del 95,5% en servicios médicos y disminuyendo a un 58,4% en los quirúrgicos.

De igual manera con el realizado por los ítems historia clínica, diagnóstico, exploraciones complementarias y tratamiento sirven de base para la confección de indicadores hospitalarios, codificación y consumo de recursos. Su extensión se relaciona de forma inversa con la posibilidad de que sea leído por los demás facultativos de manera completa, pero debe sintetizar toda la información relevante. Sardá N, tras realizar una encuesta anónima a médicos sobre el grado de extensión, el 68% preferían un informe corto y esquemático. Los encuestados opinaban (79%) que la principal utilidad del IAH era registrar el diagnóstico, tratamiento y plan seguimiento del paciente. En nuestro IAH son casillas de escritura libre y aunque el grado de cumplimentación es muy aceptable, sí hemos detectado déficit. En las exploraciones deben quedar recogidas todas las pruebas complementarias realizadas durante la estancia hospitalaria y cuando falta alguna (según protocolo) lo consideramos como error, lo que nos hace bajar el grado de cumplimiento hasta un 68,43%, aunque algo superior al resultado de Sardá N, respecto a exploración física (63,8%) y pruebas complementarias (65,6%). Reyes Domínguez A, informan que la especificación de las pruebas diagnósticas oscilan entre un 12,3% de las clínicas y un 74,5% de las complementarias, lo que interpreta como una infravaloración de la anamnesis y exploración clínica en las pruebas complementarias. Zambrana JL, reportan el cumplimiento de causa inmediata de ingreso en el 98% y el diagnóstico principal en el 99% aunque no entran a valorar exploraciones complementarias y evolución. Sardá N, obtiene similar porcentaje de IAH con juicios clínicos o diagnósticos completos (97 y 98,7%, respectivamente). Es llamativo el hallazgo de Reyes Domínguez A, que solo el 71,4% de los informes presentan un juicio clínico correcto que justifican por la exclusión de los diagnósticos mal definidos. El cumplimiento del tratamiento en el IAH es del 99,35%. Sardá N, recoge un 54,7%, siendo muy amplia la diferencia entre servicios médicos (75,6%) y quirúrgicos (42,4%). Más superior es la reflejada por Reyes Domínguez A, (82,9%). El registro de las complicaciones es una información

trascendental como indicador de seguridad del paciente, la codificación del índice de complejidad. Aunque todas quedan reflejadas en la evolución postoperatoria y en el ítem de complicación, ha habido dos complicaciones mayores no consideradas como tal. Flores encuentra una correlación entre las complicaciones reflejadas en el IAH y las historias clínicas en un 12%.

En hipótesis específica 3 en lo que respecta a proceso asistencial las diferencias son de 66.67% que si procede a diferencia de 33.33% que no procede el alta, entre un servicio y otro existen ya que muchos de ellos no aparecen o no figuran en el formato el diagnóstico de ingreso o de egreso del paciente en comparación con el servicio de neonatología donde los diagnósticos ya son registrados en el sistema porque muchos de ellos ya son ingresados desde la hospitalización de la mama siendo más rápido y el proceso de alta de manera efectiva y eficaz.

Los códigos del diagnóstico del paciente muchos de ellos ya están ingresados en el sistema en el momento de la hospitalización en el sistema integrado del módulo auditor siendo de manera práctica ya que cuando el paciente es dado de alta automáticamente se imprime su ficha de alta con los diagnósticos ya ingresados aunque en el Servicio de Neonatología es más rápido ya que está en el sistema efectuando el alta de manera efectiva y eficaz. El problema más común es que no es ingresado los diagnósticos de egreso del paciente en el IAH; en cambio en el servicio de Neonatología es más rápido y si lo colocan ya que no hay mucha demanda de pacientes en el servicio antes mencionado.

En hipótesis específica 4 en lo que respecta a la accesibilidad se observa que si hay diferencias de un 56.67% que si procede a diferencia de un 43.33% que no procede entre un servicio y otro existen ya que muchos de ellos no aparecen o no figuran en el formato la fecha de alta, fecha de ingreso y mucho menos la fecha de parto, ya que en el servicio de neonatología no se obtendría esos datos ya que en el servicio de neonatología no obtenemos el dato de fecha de intervención quirúrgica y fecha de parto; haciéndose el proceso de alta mucho más rápido en el servicio de neonatología.

El resultado de esta investigación coincide con el estudio realizado por Domínguez A donde el IAH incluye una serie de ítems de fechas que permiten obtener información sobre la demora y accesibilidad de la asistencia realizada al paciente. La fecha en que el paciente es atendido por primera vez en las consultas externas solo se cumple en el 38,47%. Se valora el tiempo de evolución (47,2%) como reflejo de la correcta adaptación de la respuesta asistencial, sin embargo, es un valor subjetivo que puede depender del propio paciente y no de la asistencia recibida. Se prefiere registrar fechas objetivas que describen todo el proceso. La fecha de intervención quirúrgica se rellena en un 30% y nos permite información sobre la demora diagnóstica desde la consulta primera y de la demora de tratamiento de los pacientes. La fecha en que el paciente se incluye en la lista de espera quirúrgica se llega a cumplir en un 64,43% de las altas. La diferencia entre esta fecha y la de ingreso nos da una idea del tiempo de respuesta en la intervención quirúrgica. La fecha de la operación se completa en el 95% de los IAH. La fecha de alta no se registra en 3 casos. La diferencia entre ingreso y operación (estancia preoperatoria) informa sobre la gestión de camas. Es importante insistir en la recogida adecuada de todas estas fechas porque son útiles para la organización de la unidad, conocer necesidades, demanda, demoras y para la creación de estrategias de mejora. La fecha de revisión, fundamental para la continuidad, se ha olvidado reseñarla en tres ocasiones.

A la conclusión que se llegó fue de que no existe un adecuado registro del IAH ya que los datos no son llenados de manera adecuada ocasionando que dentro de todo sea un 40% de no efectivizar el alta pero gracias al avance y al sistema integrado ya la recolección de datos es cada vez más fácil y rápida, comparando con otros hospitales se da un proceso adecuado de alta hospitalaria que dentro de todo estamos en un estándar de un buen proceso de alta mejorando cada vez más a pesar de las deficiencias y carencias del hospital.

Mejorar en todo los procesos tanto desde el ingreso del paciente en el sistema integrado donde se pueda ingresar el número de DNI del paciente y poder obtener toda la información que se requiere para el proceso de alta hospitalaria; que todos los informes de alta hospitalaria se llenen de manera oportuna sin esperar el día del alta para poder minimizar tiempos y procesos estando todos los ítems

correctos y que el médico sea concientizado para acelerar los procesos siendo efectivos en un 100%.

V Conclusiones

- Primera:** Existen diferencias en el proceso del alta hospitalaria entre el Servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.
- Segunda:** Existen diferencias en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.
- Tercera:** Existen diferencias en el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.
- Cuarta:** Existen diferencias en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.
- Quinta:** Existen diferencias en la accesibilidad del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de Obstetricia y servicio de Neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017.

VI Recomendaciones

Primera: Las diferencias entre los procesos siempre existen ya que son diferentes los servicios y el proceso de alta hospitalaria era muy engorroso y demoraban un montón.

Segunda: Desde hace meses atrás los servicios han ido mejorando y en trabajo conjunto con la Oficina de Seguros se han ido perfeccionando teniendo así Oficinas en los diferentes servicios para tener un proceso de alta

adecuado, eficaz, mejorando el sistema con un software donde se realizan de manera rápida el alta hospitalaria.

- Tercera:** El no poder contar con los datos adecuados, la información requerida, que son los ítems que deben ser llenados de manera obligatoria hacen que el proceso del alta hospitalaria en muchos casos no se dé por la falta de información o inadecuada información.
- Cuarta:** Es muy importante la información de alta hospitalaria que se adjunta ya en el formato de atención y la filtración que se realiza en el sistema tanto de la página de Seguro Integral y de Essalud.
- Quinta:** El proceso de alta en los recién nacidos con el sistema integrado y RENIEC ya cuentan con afiliación temporal al Seguro Integral de Salud o cual se ha buscado perfeccionar en los procesos.
- Sexta:** Siempre debería existir el gran compromiso del adecuado llenado, registro, brindar la información necesaria para el proceso de alta satisfactorio.

VII Referencias

- Å Åhlström, P. (2004). Operaciones de servicio lean: traducir principios de producción, volumen (5)
- Alänge (2004). Gestión de la calidad de un desarrollo de la empresa Perspectiva - La complejidad de un proceso de cambio. 7ª Conferencia Internacional QMOD:Reto de Gestión del Nuevo Milenio, Monterrey, pp. 57-70.
- Alänge, S. (2009, 8 de octubre). Método de KJ - paso a paso según Shiba. Conferencia en Brasilia

- Argyris, C. (2009). En Aprendizaje Organizacional. Malden, Massachusetts: Blackwell.
- Beckman (2002). Barreras a Implementación exitosa de una vía clínica para la ICC. *Journal for Healthcare Quality*, volumen (24, no. 5), págs. 32-38.
- Bick (2009). Por qué los programas de gestión de calidad total no persisten: El papel de Calidad de Gestión e Implicaciones para Liderar una Transformación TQM. *Ciencias de la Decisión*, Volumen. (34, no. 4), páginas 623 - 642.
- Bick (2009). Una evaluación del caso de estudio de Implementación de una vía de atención para apoyar el parto normal en un centro de nacimiento en inglés: Beneficios anticipados y consecuencias no deseadas. *BMC Embarazo y Parto*, volumen. (9, no. 47)
- Boerstler, (1996). Implementación de la Gestión de Calidad Total: Sabiduría convencional versus realidad. *Journal of Healthcare Management*, volumen (41, no. 2) págs. 143-159
- Espiritu Nora (2007) Notificación de eventos adversos en un hospital nacional en Lima, *Revista calidad asistencial*, volumen (22 n°6)
- Garcia Ahumada Felix (2012) Una década de altas médicas no efectivizadas en un hospital de Lima, *Revista peruana de medicina experimental y salud pública de la universidad Cayetano Heredia*, volumen (29 n°2)
- García (2013) percepción y expectativas de la calidad de la atención de los servicios de salud de los usuarios del centro de salud delicias villa- chorrillos en el período febrero-mayo Universidad Ricardo Palma de Lima.
- Garvin (2005). Cambiar a través de la persuasión. *Harvard Business Review*, volumen. (83, no. 2) páginas 104-112.
- Glouberman (2001). Gestión del Cuidado de la Salud y la Cura de la enfermedad - Parte I: Diferenciación. *Healthcare Management Review*, págs. 56-69.
- Goddard (2001). Un estudio de caso en informática de salud mental: barreras actitudes hacia el apoyo a la información para las vías de atención integradas. *Salud Informática*, 6-73.

- Grove, (2010). Salud en el Reino Unido visitando: Desafíos enfrentados durante la implementación lean. Liderazgo en Servicios de Salud, volumen. (23, no. 3) Pp. 204 - 218.
- Hammer y Champy, (2003). Reingeniería de la empresa: Un manifiesto para los negocios revolución. Nueva York: Harper Collins.
- Hart, C. (2005). Hacer una búsqueda de literatura - Una guía comprensiva para las ciencias sociales.Londres: Sage Publications, Ltd.
- Hassanzabeh, R., & Ebadi, AG (2007). Mida la proporción de los factores efectivos y la gestión del tiempo. Mundo Applied Science Journal, 2 (3), pp168-pp174.
- Hellström, A., Lifvergren, S., y Quist, J. (2010). Gestión de procesos en salud Investigando por qué es más fácil decirlo que hacerlo. Diario de la tecnología de fabricación Gestión, volumen (21, no. 4), páginas 499 - 511.
- Hines (2004, vol. 24, nº 9/10). Aprender a evolucionar: Una revisión de Pensamiento magro contemporáneo. Revista Internacional de Operaciones y Gestión de la Producción, Pp. 994-1011.67
- Ignacio (2013), validación de un modelo para medir la calidad asistencial en los hospitales la Universidad de Cádiz, para optar el grado de Doctor en Gestión.
- Lillrank (2004). Procesos estándar, rutinarios y no rutinarios en el cuidado de la salud. Revista Internacional de Garantía de la Calidad del Cuidado de la Salud, volumen (17, no. 1), págs. 39-46.
- Luna (2013) estudio aleatorio de tiempos de espera de los pacientes según niveles de prioridad. Tesis, Universidad Nacional de San Marcos, tesis para optar el título de segunda especialización de medicina de emergencia y desastre.
- Mackenzie, RA (2002). La trampa de tiempo: Cómo hacer más en menos tiempo. Nueva York: McGraw-Hill Books Empresa.

- McNulty (2014). Transformación del Proceso: Limitaciones al Radical Cambio organizacional dentro de las organizaciones de servicio público. Organización Estudios, volumen. (25, no. 8) págs. 1389-1412.
- Mintzberg, (2001,). Gestión del Cuidado de la Salud y la Cura de la Enfermedad - Parte II: Integración. Revisión de la gestión de la salud, vol. (26, nº 1)
- Morgenstern, J. (2004). Gestión del tiempo desde adentro hacia afuera. Nueva York: Henry Holt and Company.
- Perez Porto Julian y Gardey Ana (2009). Definición de la Accesibilidad.
- Quispe Lazo Tania (2013), Re hospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú, volumen (30,4)
- Saboya (2013), gestión de servicios hospitalarios públicos de la Región noroeste de Brasil y Cataluña, tesis en la universidad de Barcelona, para optar el grado de Doctor en gestión Pública
- Sánchez, (2013) Análisis y diseño de un sistema informatizado para la dinamización de los procesos y procedimientos practicados en la atención médico hospitalaria de los pacientes de oncología de un hospital público, tesis: Universidad Pontificia Universidad Católica del Perú facultad de ciencias e ingeniería, Tesis para optar el Título de Ingeniero Informát

VIII Anexos

ANEXO A
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título: Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología del hospital María Auxiliadora, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES						
<p>Problema General</p> <p>¿Cuál es la diferencia en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>¿Cuál es la diferencia en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p> <p>¿Cuál es la diferencia en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Comparar el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>Comparar el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p> <p>Comparar el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Hay diferencia en el proceso del alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p> <p>Hipótesis Específicos</p> <p>Hay diferencia en el registro de datos del paciente del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p> <p>Hay diferencia en el proceso asistencial del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p>	Variable 1: alta hospitalaria						
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de valores	Nivel y Rango		
			Datos del Paciente	<p>N° de Historia Clínica</p> <p>Nombres y Apellidos del Paciente</p> <p>N° DNI del Paciente</p> <p>Nombre y Apellidos del Medico</p> <p>Firma y Sello del Medico</p> <p>Colegio Médico y Registro de Especialidad</p>	1,2,3	Si (1)	Si Alta		
Datos del Médico Responsable		4,5,6	No (0)	(13)					

<p>¿Cuál es la diferencia en el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p>	<p>Comparar el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p>	<p>Hay diferencia en el registro de datos del médico responsable del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p>	<p>Proceso Asistencial</p>	<p>Códigos CIE 10</p> <p>Diagnóstico de Ingreso del Paciente</p> <p>Diagnóstico de Egreso del Paciente</p>	<p>7,8,9</p>		<p>No Alta (0-12)</p>
<p>¿Cuál es la diferencia en la accesibilidad del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p>	<p>Comparar la accesibilidad del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017?</p>	<p>Hay diferencia de accesibilidad del proceso de alta hospitalaria entre el servicio de obstetricia y servicio de neonatología en el hospital María Auxiliadora, 2017</p>	<p>Accesibilidad</p>	<p>Fecha de Ingreso del Paciente</p> <p>Fecha de Alta del Paciente</p> <p>Fecha de Parto del Paciente</p> <p>Fecha de Intervención Quirúrgica del Paciente</p>	<p>10</p> <p>11</p> <p>12</p> <p>13</p>		

TIPO DE DISEÑO DE INVESTIGACION	POBLACION Y MUESTRA	TECNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA E INFERENCIAL
<p>Tipo Investigación</p> <p>Enfoque: Cuantitativo</p> <p>Nivel : descriptivo: Comparativo</p> <p>Diseño: No experimental</p> <p>Tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Según la finalidad: Básica - Según la secuencia de las observaciones: Transversal - Según el tiempo de ocurrencia: Retrospectivo - Según el análisis y alcance de sus resultados: observacional 	<p>Población:</p> <p>La población estará constituida por 500 historias clínicas del servicio de obstetricia y 400 historias clínicas del servicio de neonatología que se encuentren de alta en las instalaciones del Hospital María Auxiliadora.</p> <p>La muestra</p> <p>La muestra estará constituida por 150 historias clínicas del servicio de obstetricia y 150 historias clínicas del servicio de neonatología que se encuentren de alta en las instalaciones del Hospital María Auxiliadora.</p>	<p>Variable 1: Alta Hospitalaria</p> <p>Técnicas : Observación</p> <p>Instrumentos : Lista de Chequeo</p> <p>Autor: José Antonio Coello Suances</p> <p>Año: 2012</p> <p>Ámbito de Aplicación : Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología del Hospital María Auxiliadora</p> <p>Forma de Administración: Individual</p>	<p>Para el análisis estadístico se utilizará el programa estadístico SPSS Versión 23.</p> <p>Los datos obtenidos serán presentados en tablas y gráficos de acuerdo a las variables y dimensiones, para luego analizarlos e interpretarlos.</p>

ANEXO B

1-Instrumento de medición de la variable

CUESTIONARIO ALTA HOSPITALARIA

Valore en qué medida cada uno de estos ítems refleja el Alta Hospitalaria en su institución laboral, de la siguiente manera:

N°	DATOS DEL PACIENTE	Si	No
1	Colocan el N° de Historia Clínica		
2	Es Legible los Nombres y Apellidos del Paciente		
3	Colocan el N° de DNI		
	DATOS MEDICO RESPONSABLE		
4	Figuran los Nombres y Apellidos de los Médicos		
5	Cuenta con Firma y Sello del Médico Responsable		
6	Figura de manera clara el CMP y RNE del Medico		
	PROCESO ASISTENCIAL		
7	Colocan de manera legible los códigos CIE 10		
8	Figuran el Diagnostico de Ingreso del Paciente		
9	Colocan el Diagnostico de Egreso del Paciente		
	ACCESIBILIDAD		
10	Se registra de manera legible la Fecha de Ingreso del Paciente		
11	Colocan la Fecha de Alta del Paciente		
12	Figura la Fecha de Parto del Paciente		
13	Colocan la Fecha de Intervención Quirúrgica del Paciente		

ANEXO C

Base de Datos del Servicio de Obstetricia

Servicio	SI = 1													No = 0		Suma Dimensión 1	Nivel Dimensión 1	Suma Dimensión 2	Nivel Dimensión 2	Suma Dimensión 3	Nivel Dimensión 3	Suma Dimensión 4	Nivel Dimensión 4
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Suma total	Nivel Total								
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	No	1	No	2	No	1	No	1	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	2	No	3	Si	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No	8	No	1	No	2	No	3	Si	2	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	No	2	No	1	No	1	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	No	1	No	1	No	3	Si	2	No
obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si

obstetricia	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	4	No	0	No	1	No	3	Si	0	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	No	1	No	2	No	1	No	1	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	2	No	3	Si	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	8	No	1	No	2	No	3	Si	2	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	No	2	No	1	No	1	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	No	1	No	1	No	3	Si	2	No
obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si

obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	4	No	0	No	1	No	3	Si	0	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	No	1	No	2	No	1	No	1	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	2	No	3	Si	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	8	No	1	No	2	No	3	Si	2	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	No	2	No	1	No	1	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	No	1	No	1	No	3	Si	2	No
obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si

obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	4	No	0	No	1	No	3	Si	0	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	No	1	No	2	No	1	No	1	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	2	No	3	Si	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	8	No	1	No	2	No	3	Si	2	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	No	2	No	1	No	1	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	No	1	No	1	No	3	Si	2	No
obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si

obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	4	No	0	No	1	No	3	Si	0	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	No	1	No	2	No	1	No	1	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	Si	2	No	3	Si	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	8	No	1	No	2	No	3	Si	2	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	No	2	No	1	No	1	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	No	1	No	1	No	3	Si	2	No
obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si

obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	Si	3	Si	2	No	2	No	4	Si
obstetricia	No	No	No	No	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No	No	4	No	0	No	1	No	3	Si	0	No
obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No

Base de Datos del Servicio de Neonatología

Servicio	SI = 1							No = 0							Suma Dimensión 1	Nivel Dimensión 1	Suma Dimensión 2	Nivel Dimensión 2	Suma Dimensión 3	Nivel Dimensión 3	Suma Dimensión 4	Nivel Dimensión 4	
	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	Suma total									Nivel Total
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	11	No	3	No	3	Si	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	No	3	Si	3	Si	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	12	No	3	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	7	No	1	No	2	No	2	No	2	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	No	3	Si	3	Si	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No

neonatología	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	No	1	No	2	No	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	10	No	3	Si	2	No	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	9	No	2	No	2	No	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	8	No	1	No	3	Si	2	No	2	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	No	3	Si	3	Si	2	No	3	No

neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9	No	1	No	3	Si	2	No	3	No
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	2	No	2	No	3	Si	4	Si
neonatología	No	No	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	7	No	0	No	2	No	3	Si	2	No
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si

neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	3	Si	2	No	2	No	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	No	1	No	2	No	3	Si	4	Si
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	10	No	1	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	No	No	9	No	3	Si	3	Si	2	No	1	No	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	9	No	2	No	2	No	1	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	No	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	8	No	1	No	2	No	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si

neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	3	Si	2	No	4	Si
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	No	3	Si	2	No	1	No	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	10	No	1	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No

neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	8	No	1	No	2	No	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	10	No	2	No	2	No	2	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	10	No	2	No	3	Si	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	

neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	No	2	Si	2	No	2	No	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	9	No	2	No	2	No	1	No	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	10	No	1	No	3	Si	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	11	No	3	Si	3	Si	2	No	3	No
neonatología	No	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	9	No	1	No	2	No	3	Si	3	No

neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	9	No	2	No	3	Si	2	No	2	No	
neonatología	No	No	No	Si	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	7	No	0	No	2	No	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	2	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	10	No	2	Si	3	Si	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	10	No	1	No	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	12	Si	3	Si	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	No	1	No	3	Si	2	No	4	Si	
neonatología	No	Si	No	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	5	No	1	No	1	No	1	No	2	No	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	

neonatología	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	10	No	2	No	2	No	3	Si	3	No
neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	2	No	3	Si	4	Si
neonatología	Si	Si	No	No	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	6	No	2	No	1	No	2	No	1	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	12	Si	3	Si	3	Si	2	No	4	Si	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	1	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	No	3	Si	2	No	2	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	No	2	No	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	10	No	1	No	3	Si	3	Si	3	No	
neonatología	No	Si	No	Si	No	Si	No	No	No	Si	Si	Si	Si	7	No	1	No	2	No	0	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	12	Si	2	No	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	No	9	No	3	Si	2	No	2	No	2	No	
neonatología	No	Si	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	8	No	1	No	2	No	2	No	3	No	
neonatología	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	11	No	3	Si	2	No	2	No	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	
neonatología	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	Si	3	Si	3	Si	3	Si	4	Si	

obste.sav [ConjuntoDatos2] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

10 : p1 1 Visible: 24 de 24 variables

	servicio	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	sumatotal	n
1	obstetricia	No	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	9	
2	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
3	obstetricia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	No	No	No	No	Si	No	5	
4	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
5	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	
6	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
7	obstetricia	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	
8	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
9	obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	8	
10	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
11	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
12	obstetricia	No	Si	Si	No	No	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	7	
13	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
14	obstetricia	No	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	9	
15	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
16	obstetricia	No	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	No	7	
17	obstetricia	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	9	
18	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
19	obstetricia	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	11	
20	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
21	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
22	obstetricia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	

Vista de datos Vista de variables

Etiquetas de valor IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

11:59 a.m. 01/12/2017

*n eo.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

1: servicio 2 Visible: 24 de 24 variables

	servicio	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10	p11	p12	p13	sumatotal	n
1	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	Si	11	
2	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
3	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
4	neonatologia	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	
5	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	
6	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
7	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	12	
8	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
9	neonatologia	No	Si	No	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	No	No	7	
10	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
11	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
12	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
13	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	No	Si	Si	Si	11	
14	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	12	
15	neonatologia	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	10	
16	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
17	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
18	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
19	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	
20	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	12	
21	neonatologia	No	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	11	
22	neonatologia	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	13	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

ES 12:02 p.m. 01/12/2017

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable:

Variable 1: Alta Hospitalaria

Hammer y Champy, (2003) manifestó que se denomina alta hospitalaria al cierre (por curación, fallecimiento o traslado) de un episodio atendido en el área de hospitalización u hospital de día quirúrgico.

Existen distintos tipos de altas, que a continuación se detallan:

Curación o mejoría: Las que se han producido por curación o mejoría, incluyendo los traslados de los pacientes a centros de cuidados mínimos o de larga distancia.

Traslado: Aquellas que se han producido por traslado a otros servicios o centros para diagnóstico o tratamiento.

Fallecimiento: Aquellas que se han producido por fallecimiento.

Voluntarias: Las producidas por consentimiento propio o de particulares autorizados. (p.164)

Dimensiones de la variable alta hospitalaria:

Dimensión 1: Datos del Paciente

Tomas Rodelgo (2015). Todos los pacientes cuentan con una ficha de datos personales donde se permite registrar: nombre, apellidos, sexo, fecha de nacimiento, email, teléfono, estado civil, ocupación, dirección, apartado postal, y mucho más. Toda esta información nos permite primero identificar al paciente, y también, generar diversos reportes y estadísticas. Si cuenta con cámara digital, es posible adjuntar la foto del paciente la cual estará disponible al anexar su ficha. El tamaño de la foto no tiene importancia, porque igual ésta se ajustará para verse lo mejor posible. Para pacientes menores de edad, el programa muestra una opción adicional para anotar los datos de los padres o encargados, tales como nombre, teléfonos, email y observaciones adicionales.

Dimensión 2: Datos del Médico Responsable

Tarragona (2015) "El médico responsable" es quien llena las principales expectativas de un paciente, como lo es, recibir una atención respetuosa, humana e integral, una información clara y una continuidad en el seguimiento.

El MR es la figura dentro de la normativa a quien se le encomienda diversas funciones específicas dentro de su competencia profesional médica, así como de otras que van más allá de esta competencia, lo que hace que algunas cuestiones y decisiones trasciendan de lo que se pudiera esperar de un profesional médico

Estos aspectos, concluye la declaración, son relevantes en todos los ámbitos de la medicina pero especialmente en la asistencia hospitalaria.

Dimensión 3: Proceso Asistencial

M. C... del Moral Campaña (2010) Ante este escenario, la respuesta mayoritaria de los sistemas sanitarios ha sido la mejora de la calidad asistencial, diferenciándose unos de otros según la línea estratégica por la que se ha optado, en función del marco sociopolítico, entre las diferentes dimensiones que presenta la calidad (eficiencia, equidad, satisfacción, accesibilidad, calidad científico-técnica...). Se han impulsado proyectos para aumentar la participación de los ciudadanos y su capacidad de decisión dentro del sistema, y diversas técnicas como los "audit" médicos, las guías de práctica clínica, métodos de búsqueda de la excelencia (benchmarking), evaluaciones económicas, etc. han demostrado ser eficaces en la disminución de la variabilidad clínica.

Dimensión 4: Accesibilidad

Julián Pérez Porto y Ana Gardey (2009) manifestó que el concepto de accesibilidad, por lo tanto, se usa para citar al grado o nivel en el que cualquier ser humano, más allá de su condición física o de sus facultades cognitivas, puede usar una cosa, disfrutar de un servicio o hacer uso de una infraestructura.

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable: Alta Hospitalaria

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles	Escala
Datos del Paciente	<ul style="list-style-type: none"> - N° de Historia Clínica - Nombre y Apellidos del Paciente - N° de DNI 	1 - 2 - 3		
Datos del Médico Responsable	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre y Apellido del Médico - Firma y Sello del Médico - Colegio Médico y Registro de Especialidad. 	4 - 5 - 6	Si alta (12 a 13)	Si (1)
Proceso Asistencial	<ul style="list-style-type: none"> - Códigos CIE 10 - Diagnostico de Ingreso del Paciente. - Diagnostico de Egreso del Paciente. 	7 - 8 - 9		
Accesibilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Fecha de Ingreso del Paciente. - Fecha de Alta del Paciente. - Fecha de Parto del Paciente. - Fecha de Intervención Quirúrgica. 	10 - 11 - 12 - 13	No alta (0 a 11)	No (0)



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ALTA HOSPITALARIA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
DIMENSIÓN 1: Datos del Paciente								
1	Colocan el N° de Historia Clínica	✓				✓		
2	Es legible los Nombres y Apellidos del Paciente	✓				✓		
3	Colocan el N° de DNI	✓				✓		
DIMENSIÓN 2: Datos del Médico Responsable								
4	Figuran los Nombres y Apellidos de los Médicos	✓				✓		
5	Cuenta con Firma y Sello del Médico Responsable	✓				✓		
6	Figura de manera clara el CMP y RNE del Médico	✓				✓		
DIMENSIÓN 3: Proceso Asistencial								
7	Colocan de manera legible los códigos CIE 10	✓				✓		
8	Figuran el Diagnóstico de Ingreso del Paciente	✓				✓		
9	Colocan el Diagnóstico de Egreso del Paciente.	✓				✓		
DIMENSIÓN 4: Accesibilidad								
10	Se registra de manera legible la Fecha de Ingreso del Paciente	✓				✓		
11	Colocan la Fecha de Alta del Paciente	✓				✓		
12	Figura la Fecha de Parto del Paciente	✓				✓		
13	Colocan la Fecha de Intervención Quirúrgica del Paciente	✓				✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [✓] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador: Dr/ Mg: Daniel A. Cardona Salazar DNI: 08877455

Especialidad del validador: Investigador

...del 2017

Daniel A. Cardona Salazar

Firma del Experto Investigador:
Mg. Daniel A. Cardona Salazar
Docente Investigador
COP. 16906

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ALTA HOSPITALARIA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	SI	No	SI	No	
1	DIMENSIÓN 1: Datos del Paciente Colocan el N° de Historia Clínica	✓		✓		✓		
2	Es legible los Nombres y Apellidos del Paciente	✓		✓		✓		
3	Colocan el N° de DNI	✓		✓		✓		
4	DIMENSIÓN 2: Datos del Médico Responsable Figuran los Nombres y Apellidos de los Médicos	✓		✓		✓		
5	Cuenta con Firma y Sello del Médico Responsable	✓		✓		✓		
6	Figura de manera clara el CMP y RNE del Médico	✓		✓		✓		
7	DIMENSIÓN 3: Proceso Asistencial Colocan de manera legible los códigos CIE 10	✓		✓		✓		
8	Figuran el Diagnóstico de Ingreso del Paciente	✓		✓		✓		
9	Colocan el Diagnóstico de Egreso del Paciente.	✓		✓		✓		
10	DIMENSIÓN 4: Accesibilidad Se registra de manera legible la Fecha de Ingreso del Paciente	✓		✓		✓		
11	Colocan la Fecha de Alta del Paciente	✓		✓		✓		
12	Figura la Fecha de Parto del Paciente	✓		✓		✓		
13	Colocan la Fecha de Intervención Quirúrgica del Paciente	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []
 Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Chavez Quintero Erick Alejandro DNI: 40946366
 Especialidad del validador: Medicina General en Servicio de Salud

... de ... de ... del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo
 Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
 CHILENOS DE SEGUROS
 OFICINA DE SEGUROS
 FIRMADO POR: [Firma]
 Mg. CHAVEZ QUINTERO ERICK ALEJANDRO
 CMP 4650 RINA 018
 MEDICO AUDITOR

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE: ALTA HOSPITALARIA

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		SI	No	SI	No	SI	No	
1	DIMENSION 1: Datos del Paciente							
2	Colocan el N° de Historia Clínica							
3	Es legible los Nombres y Apellidos del Paciente							
4	Colocan el N° de DNI							
5	DIMENSION 2: Datos del Médico Responsable							
6	Figuran los Nombres y Apellidos de los Médicos							
7	Cuenta con Firma y Sello del Médico Responsable							
8	Figura de manera clara el CMP y RNE del Médico							
9	DIMENSION 3: Proceso Asistencial							
10	Colocan de manera legible los códigos CIE 10							
11	Figuran el Diagnóstico de Ingreso del Paciente							
12	Colocan el Diagnóstico de Egreso del Paciente.							
13	DIMENSION 4: Accesibilidad							
14	Se registra de manera legible la Fecha de Ingreso del Paciente							
15	Colocan la Fecha de Alta del Paciente							
16	Figura la Fecha de Parto del Paciente							
17	Colocan la Fecha de Intervención Quirúrgica del Paciente							

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [X] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Mg. Patricia Yotila Lopez DNI: 10024725

Especialidad del validador: Administración y Gerencia Social

...20...de...del 2017

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

Firma del Experto Informante
 OFICINA DE SEGUROS
 Mg. Obst. Yotila Lopez



Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Daniel Ángel Córdova Sotomayor, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "**Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, Lima – 2017**" de la estudiante **Angélica Milagros Acosta Ramírez**, constato que la investigación tiene un índice de similitud de **23%** verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

El suscrito analizo dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituye plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

Lima, 23 de setiembre del 2017

Firma

M_j. Daniel Ángel Córdova Sotomayor

DNI: 08877455

Feedback Studio - Google Chrome
 Es seguro | https://evturnitin.com/app/canta/es/7s#3&lang=es&lo=854660390&u=1051413495

feedback studio Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstericia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017

Resumen de coincidencias 23 %

Se están viendo fuentes estándar

Ver fuentes en inglés (Beta)

Concidencias

1	Entregado a Universida...	2 %
2	dialnet.unirioja.es	2 %
3	Entregado a Atlantic INTL...	2 %
4	ruamex.mx	2 %
5	194.30.48.31	1 %
6	Entregado a Universida...	1 %

ESCUELA DE POSGRADO
 UNIVERSIDAD CATOLICA DEL SACRAMENTO

Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstericia y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora, 2017

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:
 Maestra en Gestión de los Servicios de Salud

AUTOR:
 Bg. Acosta Ramirez, Angelica Mifagros

ASESOR:
 Mg. Córdova Sotomayor Daniel

SECCIÓN:
 Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
 Gestión en los Servicios de Salud

Página: 1 de 46 Número de palabras: 9232

05:37 p.m. 29/09/2017



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación (CRAI)
"César Acuña Peralta"

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: (solo los datos del que autoriza)

Acosta Ramírez, Angélica Milagros

D.N.I. : 41561365

Domicilio : Av. Huaylas 2255 - Chorrillos

Teléfono : Fijo : Móvil 988013668

E-mail : amara.1918@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Posgrado

Maestría

Grado : Maestría

Mención : Gestión de los Servicios de la Salud

Doctorado

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

Acosta Ramírez, Angélica Milagros

.....

.....

Título de la tesis:

Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de Obstetricia
y Servicio de Neonatología en el Hospital María Auxiliadora
2017

Año de publicación : 2019

4. AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE LA TESIS EN VERSIÓN ELECTRÓNICA:

A través del presente documento,

Si autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

No autorizo a publicar en texto completo mi tesis.

Firma :

Fecha:

12 Marzo 2019



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

Escuela de Posgrado

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

Acosta Ramirez Angélica Milagros

INFORME TÍTULADO:

Proceso de Alta Hospitalaria en el Servicio de
Obstetricia y Servicio de Neonatología en el Hospital Maria Auxiliadora,
2017

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

SUSTENTADO EN FECHA: 02 de Diciembre de 2017

NOTA O MENCIÓN: Aprobado por Mayoría


FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

