



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico
en un instituto especializado de salud de Lima, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Bach. Julia Guadalupe Arias Cuya

ASESOR:

Mg. Miluska Rosario Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de los Servicios de Salud

PERÚ –2018

Página del jurado

.....
Dr.
Presidente

.....
Dra. Paula Viviana Liza Dubois
Secretario

.....
Mg. Miluska Vega Guevara
Vocal

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis hijos Ronaldo y Araceli, las razones de mi vida, que gracias a su amor, ternura y paciencia hacen felices todos los días de mi vida.

A mis Padres Julia Inés Cuya Huapaya y Arago Arias Quispe, quienes con su apoyo incondicional y amor me ayudan a concretar mis metas.

Agradecimiento

A Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la Universidad Cesar Vallejo por darme la oportunidad de estudiar y poder llegar a ser una Magister en Gestión de los Servicios de Salud.

A cada uno de los docentes del Programa de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud en la Universidad Cesar Vallejo, quienes enriquecieron y reforzaron mis conocimientos y elevaron mis aspiraciones a seguir creciendo profesionalmente.

Resolución de Vicerrectorado Académico N° 00011-2017-UCV-VA**Lima, 21 de abril de 2017****Declaración de Autoría**

Yo, **Julia Guadalupe Arias Cuya**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad César Vallejo, Sede Lima Norte; declaro el trabajo académico titulado “**Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un Instituto Especializado de Salud de Lima, 2017**” presentada en 103 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, 10 de marzo del 2017

Julia Guadalupe Arias Cuya
DNI: 15398286

Presentación

Señores miembros del Jurado:

Presento ante ustedes la tesis titulada “Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un Instituto especializado de salud de Lima, 2017”; en cumplimiento del reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo para obtener el Grado Académico de Magíster en Gestión Pública.

La presente investigación consta de los siguientes capítulos:

El primer capítulo, referido a la descripción de la realidad problemática, trabajos previos, teorías relacionadas al tema, formulación del problema, justificación, hipótesis y objetivos.

El segundo capítulo referido al método, donde se presenta el diseño de la investigación, las variables, la población y la muestra, las técnicas e instrumentos utilizados, validez, confiabilidad y el método de análisis de datos.

El tercer, cuarto y quinto capítulo presentan los resultados, la discusión y las conclusiones del estudio respectivamente. Finalmente se presentan las referencias y los apéndices que respaldan la investigación.

Por lo expuesto, señores miembros del jurado, recibimos con beneplácito vuestros aportes y sugerencias para mejorar, a la vez deseamos sirva de aporte a quienes deseen continuar un estudio de esta naturaleza.

Esperando cumplir con los requisitos de aprobación.

Índice

Página del jurado	i
	i
Dedicatoria	iii
Agradecimiento	iv
Declaratoria de autoría	v
Presentación	vi
Índice	vii
Resumen	xii
Abstract	xiii
I. INTRODUCCIÓN	14
1.1 Realidad Problemática	15
1.2 Trabajos previos	18
1.3 Teorías relacionadas al tema	25
1.4 Formulación del problema	42
1.5 Justificación del estudio	43
1.6 Objetivos	44
II. MÉTODO	46
2.1 Diseño de Investigación	47
2.2 Variables, operacionalización	48
2.3 Población del estudio	51
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	52
2.5 Métodos de análisis de datos	55
2.6 Aspectos éticos	56
III. RESULTADOS	57
3.1 Descripción de resultados	58
IV. DISCUSIÓN	73
V. CONCLUSIONES	81
VI. RECOMENDACIONES	82

VII.	REFERENCIAS	84
VIII	ANEXOS	90
Anexo 1	Matriz de consistencia	
Anexo 2	Instrumentos	
Anexo 3	Base de datos	
Anexo 4	Certificado de validez de instrumentos	
Anexo 5	Árbol de problemas y mapa conceptual	

Índice de tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico	48
Tabla 2	Población de pacientes intervenidos quirúrgicamente entre enero y febrero del 2017	49
Tabla 3	Validez del instrumento: Ficha de recolección de datos de factores determinantes del tiempo de espeta quirúrgico, según expertos	52
Tabla 4	Edad de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica, enero-febrero 2017	55
Tabla 5	Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	56
Tabla 6	Sexo de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	56
Tabla 7	Forma de ingreso al servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	57
Tabla 8	Tiempo determinado por los Factores administrativos que inciden en la espera quirúrgica de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, enero-febrero 2017	58
Tabla 9	Factores asistenciales que inciden en el servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	59
Tabla 10	Días de atraso en el tiempo de espera quirúrgica de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre enero y febrero del 2017, determinados por factores administrativos y asistenciales	60
Tabla 11	Edad vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos	61
Tabla 12	Significancia de los datos según la prueba de chi-cuadrado	61

Tabla 13	Sexo vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos	62
Tabla 14	Pruebas de chi-cuadrado	62
Tabla 15	Forma de ingreso vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos	63
Tabla 16	Pruebas de chi-cuadrado	63
Tabla 17	Tabla de contingencia edad y factores asistenciales	64
Tabla 18	Pruebas de chi-cuadrado	64
Tabla 19	Tabla de contingencia sexo y factores asistenciales	65
Tabla 20	Pruebas de chi-cuadrado	66
Tabla 21	Tabla de contingencia sexo y factores asistenciales	67
Tabla 22	Pruebas de chi-cuadrado	67

Índice de figuras

		Pág.
Figura 1	Edad de pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica	55
Figura 2	Sexo de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	56
Figura 3	Forma de ingreso al servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017.	57
Figura 4	Factores administrativos que inciden en el servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	58
Figura 5	Factores asistenciales que inciden en el servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	59
Figura 6	Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con la edad de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	64
Figura 7	Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con el sexo de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	66
Figura 8	Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con la forma de ingreso de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	67
Figura 9	Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con la edad de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	69
Figura 10	Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con el sexo de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	70
Figura 11	Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con la forma de ingreso de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017	72

Resumen

El estudio tuvo como objetivo determinar qué aspectos analizados: administrativos, sanitarios y personales, es el factor de mayor influencia en el tiempo que esperan los pacientes para ser intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, institución acreditada como la más especializada en esta área de la salud.

La investigación se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, siguiendo el método deductivo, fue básica y sustantiva por cuanto el objeto de estudio fue extraído de una realidad concreta, se analizó y se teorizó a partir de ello, el diseño fue no experimental y transeccional. Se trabajó como un estudio censal en una población de pacientes quirúrgicamente intervenidos en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre enero y febrero del 2017, empleándose el análisis documental como técnica para recolectar de las historias clínicas la información requerida, la que fue recogida en fichas de registro auto elaborada y validada por juicio de 3 jueces expertos.

Los resultados evidenciaron que los factores administrativos en general determinaron diferentes tiempos de espera en los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, intervenidos en enero y febrero del 2017; logrando establecer que provocaron un retardo excesivo en el tiempo de espera de 40,2% de los pacientes y retardo en el 33,7%, ello representa un 73,9% de retraso en la espera debido a factores administrativos y que los factores asistenciales incidieron en que la intervención quirúrgica se diera en un tiempo esperado o con un retardo moderado siendo porcentualmente menores los pacientes que sufrieron retardo y retardo excesivo en sus intervenciones, como consecuencia de las actividades vinculadas con la atención en salud.

Se concluyó que los factores administrativos los que determinan que el tiempo de espera quirúrgico sea mayor, el tiempo promedio en días de retraso por

efecto de los factores administrativos fueron de 49,26 mientras que la media de los factores asistenciales fue 30,75 días

Palabras clave: Factores administrativos, factores sanitarios, factores personales, espera quirúrgica

Abstract

The study aimed to determine which aspects analyzed: administrative, health and personal, is the most influential factor in the time that patients are expected to undergo surgery at the National Institute of Neurological Sciences, an institution accredited as the most specialized in this area of health.

The research was developed under the quantitative approach, following the deductive method, it was basic and substantive because the object of study was extracted from a concrete reality, analyzed and theorized from it, the design was non-experimental and transectional. It was used as a census study in a population of patients surgically operated at the National Institute of Neurological Sciences between January and April 2017, using documentary analysis as a technique to collect the required information from the medical records, which was collected in self-produced and validated by expert judgment, by three judges.

The results evidenced that the administrative factors in general determined different waiting times in the patients of the National Institute of Neurological Sciences, intervened in January and February of 2017; and found that they caused an excessive delay in the waiting time of 40.2% of the patients and a delay in 33.7%, this represents a delay of 73.9% due to administrative factors and that the factors of care resulted in the surgical intervention occurring in an expected time or with a moderate delay, with the percentage of patients who suffered delay and excessive delay in their interventions as a consequence of activities related to health care.

It was concluded that the administrative factors that determine that the surgical waiting time is greater, the average time in days of delay due to the administrative factors was 49,26 while the average of the factors of care was 30,75 days

Key words: Administrative factors, health factors, personal factors, surgical wait

I. Introducción

1.1 Realidad problemática

Los tiempos de espera en salud representan uno de los problemas más notorios de los sistemas de salud público, dado que generan los reclamos más frecuentes de los pacientes. En la actualidad las intervenciones quirúrgicas, mediadas por la conformación de listas de espera, se han ido afectando de una forma u otra en cuanto a su cumplimiento y aplicación. Al punto que, existen ciertos factores que no permiten que el acto operatorio se resuelva en los tiempos esperados, sino que estén influenciados por condiciones particulares que impiden su aplicación y por ende el llevar a cabo la intervención quirúrgica.

Al respecto Monge-Navarro, Murillo-Sancho, Calderón- Cespedes, Vega-Araya y Aguilar-Cubillo (2014) afirmaron que los prolongados tiempos de espera quirúrgica reflejan una gran dificultad en los sistemas de salud a nivel del mundo y representan una situación que genera limitaciones en los diferentes sistemas sanitarios. Siendo según Hurst y Siciliani (como se citó en Cañizares y Santos, 2011) los tiempos de espera quirúrgicas no urgentes los que generan un problema de salud pública mayor (p.14).

Es diversa la bibliografía que sostiene que los largos tiempos de espera quirúrgico presentan causas multifactoriales, al respecto Cañizares y Santos (2011) plantearon que la disposición de los recursos humanos, la forma y retribución del trabajo, el financiamiento, la programación y la integración entre la atención básica y especializada, influyen también la disponibilidad de los recursos tecnológicos e infraestructura hospitalaria, los registros de listas de espera y la actividad del personal de salud son los principales factores que intervienen o determinan el tiempo de espera quirúrgico

A nivel Internacional, la investigación de Cole, Hopman y Kawakami (2011) determinaron que el tiempo de espera quirúrgico en un Hospital quirúrgico de Ontario, Canadá fue de 75 días y los principales factores determinantes fueron las suspensiones quirúrgicas por falta de tiempo, preparación inadecuada y retrasos en la derivación de los pacientes (4,7%, 3,4% y 3,1% respectivamente). Andrade (2014) en Portugal, encontró que el tiempo de espera quirúrgico es de

aproximadamente 2,8 meses y que la disponibilidad de tiempo de sala de operaciones y la disponibilidad de anestesistas eran los factores determinantes de mayor impacto. Según información presentada por el Ministerio de Sanidad en España (2016), el tiempo de espera para ser operado en el Sistema Nacional de Salud (SNS) se incrementó hasta los 115 días desde junio a diciembre de 2016, dato que un año antes se situaba por 89 días. En un estudio del Ministerio de Salud en Chile (2008) se evidenció que los tiempos en espera de consultas, cirugía y procedimientos fueron superiores a 60 días.

A nivel nacional, Pinedo (2017) al analizar el tiempo de espera quirúrgico en el Hospital Belén de Trujillo reportó que los principales factores determinantes del tiempo de espera en cirugía no obstétrica fueron la disponibilidad de sala de operaciones y el deficiente número de personal en quirófano. Díaz y Osada (2015) refirieron que el tiempo de espera para que una persona reciba la atención quirúrgica fue de 100 días.

La institución en la que se realizó el estudio es un centro de referencia a nivel nacional, posee una gran demanda de pacientes con patología neuroquirúrgica. En esta institución se realizan anualmente cerca de 800 procedimientos quirúrgicos (Estadística e informática, INCN, 2016), que incluyen clipaje de aneurismas, resección de malformaciones arteriovenosas, resección de tumores del sistema nervioso central, neuro endoscopias, terapia endovascular, artrodesis de columna, laminectomías y discectomias.

Dado que en la institución no existen datos reales sobre el tiempo de espera quirúrgico y los factores que los determinan significativamente, no se conoce la gravedad de esta situación; además de la falta de un sistema que determine si es que los elevados tiempos de espera se deben a una oferta insuficiente de parte del instituto a causa de una ineficiente gestión administrativa en el área quirúrgica, o a un rendimiento ineficiente por parte del servicio, que no es capaz de generar una actividad quirúrgica acorde en volumen y complejidad. Todo ello da como resultado un incremento de la demanda e insatisfacción de los pacientes en lista de espera, al ver que sus problemas no son resueltos en los tiempos esperados.

Desde el punto de vista administrativo, la insuficiente capacidad resolutive para atender cirugías en la institución, se debe fundamentalmente a inadecuados e insuficientes equipos e infraestructura tanto en hospitalización como en sala de operaciones, déficit de recursos humanos, deficiente programación quirúrgica, también el uso ineficiente del presupuesto que origina carencia en insumos y material quirúrgico y los trámites administrativos prolongados del Seguro Integral de Salud para solicitarlos. Del mismo modo, la forma de ingreso de los pacientes así como su condición sociodemográfica o el grado de dependencia a su ingreso, son causas determinantes del incremento de tiempo de espera quirúrgico. También se debe tener en cuenta el desempeño asistencial del personal de salud, en las diferentes salas de neurocirugía, que en algunos casos puede ser deficiente, evidenciado en un diagnóstico médico inicial inadecuado, demora en la resolución de las interconsultas, estudios cardiológicos o de neuro imágenes, así como suspensión de las cirugías por inadecuada preparación pre quirúrgica del paciente o falta de equipo quirúrgico completo en sala de operaciones.

Finalmente es importante resaltar que el proceso que culmina en la intervención quirúrgica del paciente pasa por diferentes subprocesos o factores, los administrativos que usualmente se relacionan con la admisión del paciente, los sanitarios que dependen de las actividades del personal de salud y los inherentes a la naturaleza propia del paciente, cada uno de ellos tiene un tiempo de resolución y que en conjunto representan una espera por demás dilatada. Por lo expuesto se plantea determinar, en el instituto nacional de ciencias neurológicas, los factores de mayor influencia en el tiempo de espera quirúrgico en el convencimiento de que este conocimiento será útil para establecer indicadores, criterios y requisitos mínimos que eviten la demora innecesaria, el incremento de los costos del proceso, el aumento del riesgo de complicaciones, el empeoramiento de la enfermedad y el retraso de la recuperación del paciente.

1.2. Trabajos previos

1.2.1 Antecedentes Internacionales

Tostes, Covre y Fernandes (2016) realizaron el trabajo de investigación titulado *Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas*, cuyo objetivo fue caracterizar el acceso a la asistencia quirúrgica en Brasil. Desarrollaron una investigación documental, con enfoque cuantitativo, desarrollado a partir de informaciones del banco de datos la Caja Negra de la Salud de la Asociación Médica Brasileña y cuyos resultados evidenciaron 3773 registros relacionados a la asistencia a la salud en Brasil. Hubo 458 (12,3%) registros sobre asistencia quirúrgica. De estos, la mayoría, 339 (74,1%), implicó la falta de acceso a la asistencia quirúrgica, en todas las regiones de Brasil, siendo el principal factor limitante de acceso el largo tiempo de espera quirúrgica mientras que otros limitantes fueron la excesiva espera por una cita con especialistas, por la realización de exámenes y la cancelación de cirugías. Concluyeron que el acceso a la atención quirúrgica por los usuarios del sistema de salud de Brasil no está completamente garantizado, hecho que refuerza la necesidad de acciones gubernamentales integradas, organización de la red de atención en salud, gestión de los servicios de salud y recursos humanos.

Abeldaño y Coca (2014) realizaron la tesis titulada *Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014*, cuyo objetivo buscó evaluar la suspensión de cirugías en un Hospital de Trauma. Realizaron un estudio descriptivo, corte transversal, analizando los datos de 441 personas a los que tuvieron que postergarle la cirugía electiva a lo largo del 2014. Se tomó como unidad de análisis la cirugía suspendida. La técnica de recojo de datos fue la revisión de registros clínicos. Los registros pertenecieron a los reportes de cirugías de la Unidad de Quirófano del Hospital de Trauma Dr. Federico Abete y cuyos resultados evidenciaron que la tasa de suspensión de cirugías fue 7.6%, cuya tasa más baja fue registrada en diciembre (4.3%), y la más alta en noviembre (11.1%) siendo las causas más frecuentes (44.2%), las vinculadas con la logística o el soporte administrativo. Mientras las causas no quirúrgicas presentaron una proporción del 40.8%.

Reis (2014) realizó el estudio titulado *Tiempo de espera quirúrgico: Situación en Portugal y determinantes* cuyo objetivo fue colaborar con la reflexión y el debate acerca de los determinantes (causas) de las listas de espera de cirugía electiva, en el sistema sanitario portugués. Realizó un estudio exploratorio, descriptivo y explicativo, utilizó el cuestionario elaborado por el Instituto Fraser (escala ordinal 5 de alto impacto y 1 de bajo impacto), utilizando el grupo de expertos y mediante la realización de la técnica Delphi, se intentó lograr un consenso sobre cuáles son los determinantes más importantes de las listas de espera. Los Resultados incluyeron una mediana de tiempo de espera quirúrgica en aproximadamente 2,8 meses (58,9%) entre 2006 y 2013. Concluyó que la disponibilidad de tiempo de sala de operaciones era de la primera a la cuarta ronda de la técnica Delphi, señalada por los expertos como de alto impacto y que la disponibilidad de anestesistas se identificó en varias ocasiones como el segundo determinante con mayor impacto.

Ceballos-Acevedo, Velásquez-Restrepo y Jaén-Posada (2014) realizaron la tesis en Colombia titulada *Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención*, cuyo objetivo fue buscar los factores más frecuentes reportados en la literatura que repercuten en una prolongada estancia hospitalaria de los usuarios. Realizaron una revisión a partir de buscadores de Internet y bases de datos bibliográficas online: Science Direct, Dialnet, Scielo, Lilacs, Jstor, Medline. El método de búsqueda precisó la identificación de estudios que cumplieran dos condiciones principales: 1) que plantearan problemas de tiempos de estancia de usuarios en hospitales, 2) que identificaran y concluyeran las variables y factores relevantes del problema. Los resultados evidencian que los determinantes de permanencias prolongadas más frecuentes fueron: retraso en la realización de procedimientos quirúrgicos y diagnósticos, necesidad de atención a otro nivel de complejidad, situación sociofamiliar y edad del usuario. Concluyeron como necesario analizar el problema de la estancia hospitalaria es conveniente realizar un “ajuste por riesgo”.

Caldinhas y Ferrinho (2013) realizaron el estudio *Cirugía diurna y tiempo de espera quirúrgico en Portugal*, cuyo objetivo principal fue estudiar las asociaciones existentes entre el tiempo quirúrgico de espera y el porcentaje de

cirugías diurnas. Además, el objetivo secundario fue investigar posibles asociaciones con otras variables de estudio que fueron determinantes potenciales. Realizaron un estudio observacional, ecológico y analítico con unidades de salud, la población del estudio incluyó 73 hospitales de Portugal que proporcionaron servicios quirúrgicos en 2006. Los datos sobre tiempos de espera y producción quirúrgica total, convencional y ambulatoria para cada hospital se obtuvieron de la Unidad Central de Gestión de Inscritos para cirugía, el análisis inferencial lo realizaron con el análisis de correlación y regresión lineal múltiple para establecer las correlaciones existentes entre el tiempo quirúrgico de espera y el porcentaje de procedimientos de cirugía diurna realizados, así como las asociaciones con otras variables, a través del análisis multivariado y de correlación. Los resultados evidenciaron que la población media atendida por los hospitales fue de 433.791 usuarios, con una media de 5.922 procedimientos quirúrgicos y el tiempo medio total de espera fue de 116 días, el tiempo medio de espera para las cirugías convencionales fue de 121 días y el de las cirugías ambulatorias fue de 88 días. Hubo una relación inversa estadísticamente significativa entre el porcentaje de cirugías ambulatorias y el tiempo total de espera para la muestra completa, utilizando la correlación de Spearman. Asimismo, los resultados obtenidos del análisis multivariado mostraron que la cirugía ambulatoria parece estar asociada con un tiempo de espera más corto para las cirugías electivas. Concluyeron que su desarrollo debe promoverse como una estrategia a fin de mejorar el acceso a los servicios sanitarios. Además, se pudieron identificar otros factores potencialmente determinantes del tiempo de espera para las cirugías diurnas y el tipo de manejo hospitalario y el número de quirófanos disponibles fueron los que aparentemente tuvieron la mayor influencia y son útiles para el trabajo de las autoridades de salud.

Aguirre y Lungo (2013) realizaron el trabajo *Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía”, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria*, cuyo objetivo fue analizar las causas y consecuencias del aumento paulatino de la lista de espera en el servicio Cirugía del hospital Monseñor Sanabria. Realizaron un estudio retrospectivo y descriptivo de las personas atendidas en consultorios externos de

Ortopedia, Oftalmología y Cirugía General (2073 pacientes), registrados en la lista de espera de cirugía del Hospital Monseñor Sanabria de marzo de 2009 a marzo de 2012. La información fue recogida mediante el uso de historias clínicas del establecimiento de salud, registros de lista de espera de cirugía de las tres especialidades en estudio y ficha de recolección de datos. Los resultados lograron demostrar que, en la mayor parte de los usuarios de la lista de espera, no existe predominio de un sexo, existe mayor incidencia entre los 41 y 50 años y presentan como principal limitante la falta de equipamiento médico y salas de operaciones. El estudio concluye en proponer la implementación de un programa local de atención que busque la disminución de las listas de espera.

Barbosa, Miranda y Vieira de Andrade (2012) llevaron a cabo el trabajo *“Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente”*, cuyo objetivo fue determinar la tasa de suspensión de cirugía y sus justificaciones en un establecimiento hospitalario público docente. Desarrollaron un trabajo retrospectivo, con método cuantitativo en el centro Quirúrgico de un hospital público en Minas Gerais, Brasil. La información fue recogida de los registros de la Unidad Quirúrgica y Servicio de Archivo Médico y Estadístico del hospital, analizando todos los registros de cirugías canceladas durante enero 2006 a diciembre 2007. En dicho periodo fueron programados 15547 procedimientos anestésico - quirúrgicos y suspendidos 2198, usando un instrumento específico para este fin. Los resultados evidenciaron una proporción de suspensión quirúrgica de 14.14% y para 1402 (63,78%) cirugías canceladas no hubo constancia de la justificación de la suspensión. Los motivos de suspensión: 194 (8,82%) falta de hospitalización de los usuarios, 182 (8,30%) condiciones clínicas inadecuadas, 179 (8,14%) vinculado al área administrativa, 94 (4,27%) temas de asistencia para el cuidado de la salud, 61 (2,77%) problemas de estructura, 40 (1,82%) por falta del usuario y 46 (2.10%) por otros motivos.

Cole, Hopman y Kawakami (2011) realizaron el estudio *High resolution analysis of wait times and factor saffecting surgical expediency* (Análisis de alta resolución de tiempos de espera y factores que afectan la oportunidad quirúrgica) cuyos objetivos incluyen identificar posibles cuellos de botella y retrasos comunes así como identificar los predictores de tiempo de espera en el Departamento de

Urología del Hospital General de Kingston, Ontario, Canadá. Desarrollaron un estudio retrospectivo y correlacional para buscar la relación entre los factores y los tiempos de espera quirúrgica. Se revisaron los pronósticos de 322 pacientes sometidos a cirugía de noviembre de 2007 a marzo de 2008. Tras el análisis descriptivo, evaluaron la asociación entre los puntos temporales y las características del paciente mediante pruebas t y la U de Mann-Whitney, así como análisis de varianza unidireccional (ANOVA) y Kruskal-Wallis. El tiempo transcurrido entre la remisión y la cirugía se transformó en registro, usaron una regresión lineal para evaluar la asociación entre los factores del paciente y el resultado transformado y no transformado. Los resultados evidenciaron que el tiempo medio desde la decisión de operar hasta el día de la operación fue de 75,87 días para todos los pacientes. Este número representa el 53% del tiempo de espera, mientras que el tiempo de referencia a la decisión de operar es del 47%. Los predictores de una disminución del tiempo de espera incluyen casos de cáncer, edad más temprana, puntuación de urgencia, pacientes repetidos y sexo femenino en análisis multivariante. Concluyeron que los retrasos fueron experimentados por el 16,8% de los pacientes, los retrasos más comunes fueron Cancelaciones de la sala de operaciones / restricciones de tiempo, preparación inadecuada y retrasos en la derivación (4,7%, 3,4% y 3,1% respectivamente).

1.2.2 Antecedentes Nacionales

Pinedo (2016) realizó el estudio *Factores determinantes del tiempo de espera en pacientes que requieren cirugía no obstétrica de emergencia departamento de emergencia del hospital regional docente de Trujillo*, cuyo objetivo general fue determinar los factores determinantes del tiempo de espera en usuarios que requieren cirugía de emergencia no obstétrica en el HRDT. Realizó un estudio descriptivo, observacional, prospectivo y longitudinal; aplicó como instrumento un formulario de entrevista ad hoc basado en entrevistas a otros estudios similares validado por 2 jueces expertos, con muestra no probabilística en 218 usuarios, quienes necesitaron intervención quirúrgica no obstétrica de emergencia. En el análisis de datos recogidos se usó como programa Microsoft Excel 2013. Se reportaron análisis descriptivos, como análisis de frecuencias de los tiempos de espera en los usuarios. Los resultados evidenciaron que el tiempo de espera fue

11,39 horas, con una desviación estándar 15,18 hora y siendo las principales causas de la demora identificados: Sala de operaciones ocupada en 64 casos (29,36%); déficit de personal de salud en centro quirúrgico en 54 casos (24,77%), déficit de camas de hospitalización en 17 casos (7,80%).

Pashanaste y Pinedo (2016) presentaron el trabajo *Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2016*, cuyo objetivo fue determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios que asisten a consultorios externos del Centro de Salud Moronacocha, Iquitos. Fue un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental transeccional no correlacional, cuya población estuvo integrada por 566 pacientes de consultorios externos y se obtuvo una muestra de 228 pacientes. Usaron la encuesta como técnica y la ficha de datos y la encuesta como instrumentos. Utilizaron la prueba estadística inferencial Chi Cuadrado, con ($\alpha < 0.05$) y nivel de confianza de 95%. Los resultados fueron que el tiempo de espera para el trámite de cita en admisión fue de 1 a 2 horas (44,7%) y 1 a 2 horas en sala de espera antes de la consulta (55,3%), dentro de consultorio fue de 10 a 15 minutos (63,2) y un 85,1% de pacientes mostraron satisfacción con la atención recibida. Concluyeron que existe significancia entre el tiempo de espera para realizar el trámite de cita ($p = 0,003$), tiempo de atención dentro del consultorio ($p = 0,000$) y tiempo en sala de espera antes de la consulta ($p = 0,004$) con la satisfacción de los pacientes del Centro de Salud Morona Cocha de la Ciudad de Iquitos.

Ruiz (2016) desarrolló el trabajo *Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016*, cuyo objetivo fue determinar los factores asociados a estancia hospitalaria prolongada (> de 9 días) en el servicio de medicina durante los meses de diciembre del 2015 a mayo del 2016. Desarrolló un estudio analítico, transversal, retrospectivo y no experimental, la población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, utilizó una ficha de recolección de datos. La información fue procesada con el programa Excel 2010 y se procedió a realizar el análisis utilizando la prueba de t de student y chi cuadrado. Los resultados mostraron que,

de un total de 314 usuarios dados de alta, 168(53,50 %) registraron estancia hospitalaria prolongada, con un promedio de 17,2 días/paciente. La edad (pacientes >65 años tuvieron una media de 17,68 días frente a 14,73 días de los menores de 65 años), día de la semana que fue el alta y el estado de nutrición se correlacionaron con una mayor estadía. Además, la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (83,65 %, $p < 0,05$), y el desarrollo de eventos adversos (48,47 %, $p < 0,05$) contribuyeron a prolongar la estancia. Se concluyó que existe una alta incidencia de estancia hospitalaria prolongada con algunos factores susceptibles identificados plausibles de ser modificables.

Shu (2013), realizó el estudio titulado *Frecuencia, causas y factores asociados de intervenciones quirúrgicas suspendidas en un hospital nacional durante el 2013 en Lima, Perú*, cuyo objetivo fue Caracterizar la frecuencia, causas y factores asociados de las intervenciones quirúrgicas suspendidas en el Hospital Cayetano Heredia en el año 2013. Realizaron un estudio no experimental descriptivo y retrospectivo, recopilaron información de fuentes secundarias del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico del Hospital Cayetano Heredia, definiendo intervención quirúrgica suspendida aquella cirugía que no logró ser ejecutada teniendo un horario, lugar y personal asignado. Tomaron como población la totalidad de cirugía programadas en el 2013, realizando el análisis descriptivo, pruebas de asociación y análisis multivariado de regresión logística. Dentro de los resultados el 13,2% de las cirugías programadas fueron suspendidas (699 cirugías suspendidas) siendo la principal causa de suspensión la de origen administrativo (38.6%), y la segunda, relacionados al paciente (25.5%) y dentro de los indicadores asociados a la suspensión de cirugía resalta el género del anestesiólogo, turno, horario y vía de programación de la intervención quirúrgica, además encontraron que en el análisis de regresión logística, se encontró que ser programado por la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, tener programado a una anesthesióloga y ser programado en la primera mitad de cada turno son indicadores predictores de suspensión de cirugía. Concluyeron que las cirugías suspendidas fueron superiores al 5% (mayor al establecido por el Ministerio de Salud del Perú) siendo la de tipo administrativa

la principal causa. Recomendaron potenciar y compartir la experiencia de la Unidad de Cirugía Ambulatoria.

1.3 Teorías relacionadas con el tema

1.3.1 Generalidades

Servicios de Salud en Perú.

Los sistemas de servicios de salud se refieren a los componentes que integran y son parte del campo de la salud, pueden organizarse de una manera tal que se pueda lograr el equilibrio y restablecimiento de la salud de la población.

Para Abrutzky, Bramuglia y Godio (2009, p. 9) el sistema de servicios de salud comprende tres modelos: (a) el público, con financiación y provisión públicas; (b) el de la seguridad social, que corresponde a las obras sociales nacionales y (c) el privado, que incluye el seguro voluntario prepago, organizado según los cálculos de riesgo actuarial. Según estos autores en América Latina la segmentación en el financiamiento y la prestación de servicios de salud hace del sistema de aseguramiento social una estructura compartimentada, que limita las posibilidades de riesgo compartido y transferencias de ingresos entre subsectores.

Según Maya (2009) los sistemas de salud están creados por la sociedad para organizar y optimizar los recursos y esfuerzos destinados a satisfacer las necesidades de atención de la salud que en la obtención de la más alta de la finalidad planteada. Vendría así ser por lo tanto el conjunto de elementos que al interior del sector de salud se realizan con el fin de recuperar y/o mantener la salud de la población.

Según la OMS (2013) sin una organización moderna y un avance del sistema de servicio de salud es imposible lograr un nivel apropiado en salud. En primer lugar, porque los objetivos que persigue un sistema de servicio de salud se vinculan con mejorar la salud de la gente, responder a sus exigencias y protegerla

contra la enfermedad y la discapacidad. En el sistema de servicio de salud es vital considerar cómo proteger a las personas contra los costos de enfermedad y sus efectos, el costo-beneficio de las prestaciones y de qué forma y alcance se recaudan los ingresos para el financiamiento.

El sistema de servicio de salud tiene cuatro funciones esenciales: rectoría; financiamiento, y generación de recursos humanos y físicos. El incremento o no de la eficiencia en el desempeño de sus funciones explica los grandes desencuentros existentes entre los sistemas de salud que funcionan bien y los que no lo hacen. El sistema de servicio de salud nos permite tener la visión del conjunto de procesos y favorece la cooperación intersectorial (OPS, 2011).

Gestión de los Servicios de Salud

Según Trujillo (2009) el término gestión está asociado a alcanzar resultados, por ello, se entiende como un conjunto de logros que involucra aspectos fundamentales como el logro de objetivos, los productos para alcanzar los logros y los recursos usados tal fin, los cuales se transforman a través de procesos. La gestión representa una "síntesis de métodos y estrategias para facilitar el trabajo en los diferentes niveles y categorías del Sector Salud para la promoción, prevención y recuperación, conformado por un conjunto de herramientas organizadas para satisfacer las necesidades de diferentes grupos de usuarios" (Ortún y Callejón, 2012, p.12)

En salud, los productos se refieren a cada uno de los servicios de salud que presta la institución hospitalaria sobre la cual se desarrolla la gestión. En ese sentido cada servicio debe caracterizarse por tener calidad en el cumplimiento de las expectativas del paciente, para Lamata (1998) la gestión en el sistema hospitalario es el conjunto de actividades que realizan los profesionales en las instituciones de salud para satisfacer las necesidades de atención de los usuarios, su adecuada estructuración supone una eficiente atención de salud preventiva, curativa o de rehabilitación.

Servicio de Centro quirúrgico

Según Aguirre (2009), el servicio del Quirófano es el Servicio hospitalario donde son críticos los diseños físicos y los procesos asistenciales, debido a las eventuales repercusiones de las actividades que allí se llevan a cabo. Es importante tener actitud positiva hacia los otros integrantes del equipo de salud, buena comunicación, liderazgo, comprender y conocer las diferentes funciones, capacidad de ayuda, retroalimentación para aprender y, finalmente, coordinación (Gempeler, 2014).

El centro quirúrgico debe existir buen trabajo en equipo que implica objetivos comunes y funciones precisas y ordenadas de cada integrante. La seguridad del usuario ha pasado a ser un componente fundamental de la atención de calidad, por lo que la complejidad de las cirugías requiere cada vez mayor preparación especializada. (Gempeler, 2014).

Gran parte de los errores hospitalarios que ocurren en el quirófano se deben a problemas de falta de comunicación. A fin de mejorar el servicio en el centro quirúrgico son fundamentales la simulación, uniformizar la información, la capacitación en servicio y una definición adecuada de las funciones (Amaya, Idarraga y Gómez, 2015).

1.3.2 Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

A continuación se presenta la conceptualización de factores determinantes y el modelo teórico bajo el cual se planteó su determinación en relación al tiempo de espera quirúrgico, considerándose la propuesta de Cañizares y Santos (2011) acerca de la situación de los factores asociados a las listas de espera en salud

Conceptualización

El concepto de determinantes surge bajo un enfoque de determinación probabilística, y por el cual el término 'determinación' expresa la existencia de una vinculación constante y unívoca entre acontecimientos o cualidades de las cosas, así como entre objetos ideales (Bunge, como se citó en Lip y Rocabado, 2005).

Por su parte Villar (2011) estableció que se conoce como determinantes al grupo de factores personales, políticos, económicos, sociales y ambientales que definen el estado de salud de las personas o las poblaciones.

Respecto al tiempo de espera quirúrgico, las instituciones de salud suelen definirla como aquel tiempo que transcurre desde la hora de la cita establecida o de la solicitud de atención por el paciente, hasta que es atendido por el cirujano del servicio (Ministerio de Salud Chile, 1999)

La espera media, es definida como el tiempo transcurrido en lista de espera que tuvieron que vivenciar los usuarios que salieron de ella en un periodo definido (Insalud, 2015). Otra precisión teórica nos da como el tiempo que un paciente espera en una cola, hasta que recibe el servicio o atención en salud (Cañizares y Santos, 2011)

Los tiempos de demora reflejan un indicador de la respuesta de los servicios de salud que manifiestan su capacidad para proporcionar la asistencia correcta en el tiempo adecuado y constituyen un claro regulador de la demanda. Vienen a ser la expresión de un problema multifactorial (Cañizares y Santos, 2011 p.5).

Los diferentes programas promovidos para gestionar las listas de espera han demostrado pobres resultados, hecho que ha generado que los países diseñen programas y proyectos dirigidos a la mejora en tiempos de atención garantizada, priorización en función de criterios claros, y la incorporación de estrategias para mejorar las indicaciones de las cirugías (Arce, 2003).

Por otro lado es importante considerar que se existen básicamente dos clases de espera: la espera física relacionada con los aspectos institucionales y sanitarios y la espera psicológica, que incluye la percepción del paciente durante su espera, donde los conceptos de satisfacción y expectativa están en evaluación y la incertidumbre juega un papel fundamental. Al respecto Cipriano (2008) consideró que la ansiedad hace la espera más larga, al igual que la espera no explicada y la incierta, además que el tiempo de espera desocupado se percibe

mayor en comparación con el hecho de que estuviera ocupado y afecta más esperar solo que hacerlo acompañado o en grupo.

Como se ha ido mencionando el tiempo de espera está determinado por una serie compleja de factores vinculados con los usuarios y la oferta de servicios. Por esta razón, en gestión de lista de espera se usan dos puntos de apoyo, la demora media, y la espera media. Teniendo que destacar que la demora media está definida como el tiempo que transcurre desde que el usuario es ingresado a la lista de espera hasta que reciba el servicio (Intituto Nacional de Salud, 2015).

El concepto de tiempo de espera quirúrgica se introdujo en el Reino Unido y otros países desarrollados, a fin de reducir las listas de espera y aumentar la eficiencia de la atención del paciente (Frankel, 1989).

Una de las definiciones que destaca es la de San Martín (2010) quien consideró al tiempo de espera para la cirugía, “al tiempo que transcurre entre la toma de decisión de tratarse y la fecha de la intervención quirúrgica” (p.64).

El Reglamento del Sistema Integrado de Gestión de Inscritos para Cirugía (SIGIC, 2015) definió el tiempo de espera quirúrgica como el número de días naturales entre el momento en que un especialista indica una intervención quirúrgica y el momento en que se realiza, este reglamento representa el autor base de nuestra investigación dado que se adapta mejor a nuestro estudio porque se dispone de los tiempos en cada procedimiento desde el diagnóstico hasta la ejecución de la cirugía.

En el John Hunter Hospital de Australia (2017) se presentaron los tiempos de espera para cirugía electiva por especialidad. Es importante considerar que Neurocirugía los procedimientos comunes incluyen la resección de tumores, evacuación de hematomas, lesiones de medula espinal, lesiones vasculares cerebrales y tratamiento de epilepsia y Parkinson y muestran la mediana del tiempo de espera para cirugía electiva realizada por neurocirujanos, y el porcentaje de pacientes que esperaron más de 365 días. En ésta institución el

tiempo medio de espera de la cirugía electiva realizada por neurocirujanos fue de 49 días, en comparación con el rendimiento de su grupo nacional de pares de 35 días.

Por su parte Cole, Hopman y Kawasaki (2011) señalaron que el tiempo de espera quirúrgico en un Hospital quirúrgico de Ontario, Canadá fue de 75 días, Andrade (2014) en Portugal, afirmó que el tiempo de espera quirúrgico fue de aproximadamente 2,8 meses. En Estados Unidos, se llegó a concluir que el retraso para estudios diagnósticos de angiografías coronarias fue mayor a dos semanas, desde la inclusión en lista de espera se relaciona con un aumento en el riesgo de eventos adversos.

En Chile el Ministerio de Salud (2008) reportó que los tiempos de espera en consultas, cirugía y procedimientos fueron superiores a los 60 días, mientras que en el Perú Díaz y Osada (2015) refirieron que el tiempo que espera una persona para poder recibir una atención quirúrgica fue de 100 días, mime tras que Pinedo (2017) reportó que el tiempo de espera de los usuarios que necesitaban cirugía de emergencia no obstétrica fue 11,39 horas en el Hospital Regional Docente de Trujillo de Perú.

Criterios de prioridad de tiempo de espera quirúrgico

Según lo reportado se hace necesario, pero a la vez problemático llegar a definir los criterios para priorizar los pacientes que conforman las listas de espera para atención en procedimientos quirúrgicos. Intentos se han querido desarrollar en países como Holanda, en la que halló que la percepción del usuario está definida por la aceptación o no de la espera, pero dada la alta variación entre pacientes, surgió por ello finalmente la limitación para llegar a consensos acerca de los criterios a establecer. (Devbhandari, 2007; p.590).

Una propuesta de criterio se basó en el uso de categorías de urgencia generales en el sistema de salud de Australia; en la cual, los médicos refieren a los pacientes a listas de espera clasificándolos en categorías amplias, y luego se eligen los pacientes de la lista para realizar los procedimientos. Nuevamente

surge el problema por la inconsistencia e inequidad en el acceso a procedimientos quirúrgicos. (Barlow, 2008; p.128)

Los reportes de estudios en Canadá y Australia, establecen una mejor reducción, al proporcionar el aumento de la oferta, más que el abordaje de la demanda. En países como Italia, la propuesta se basó en el uso de un sistema de tres pasos para priorizar a los pacientes de cirugía electiva mediante una pre admisión, según la urgencia y el tiempo de espera acumulado. (Valente, 2009).

Puyol (2011) propone usar tres (3) criterios para determinar la prioridad del tiempo de espera quirúrgico:

Orden de llegada: atender primero al primero que llega, indica imparcialidad. Como la prioridad se encuentra en el azar, se muestra que no habría favoritismos de ningún tipo. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que el primero lleva más tiempo en la lista de espera no es la persona más necesitada.

Gravedad del enfermo, es algo que se debe observar durante la consulta médica, o la atención en la sala de espera del centro asistencial.

Criterio del fair-inningso, vinculado con las personas que padecen una mayor desigualdad de salud, tomando en cuenta la edad y la calidad de vida que las personas tienen, tuvieron y tendrán con la intervención quirúrgica

Modelo teórico de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

El esquema de Laframboise (como se citó en Fernández-Crehuet, Gestal, Delgado, Herruzo y Serra (2015) consideró que el nivel sanitario de una población estaría influido por cuatro grandes grupos de determinantes: (a) la biología humana que incluye la constitución, carga genética, crecimiento y desarrollo y envejecimiento; (b) el medio ambiente, que abarca la contaminación física, química, biológica, psicosocial y sociocultural; (c) los estilos de vida y conductas de salud, que incluye drogas, sedentarismo, alimentación, estrés, violencia, conducción peligrosa, mala utilización de los servicios sociosanitarios y

(d) sistema de asistencia sanitaria, se refiere a los beneficios de las intervenciones preventivas y terapéuticas, sucesos adversos producidos por la asistencia sanitaria, listas de espera excesivas, burocratización de la asistencia.

Así mismo bajo esta propuesta se considera como probables efectos negativos, la mala organización de los cuidados de enfermería, la inadecuada práctica médica, el mal uso y abuso de los fármacos y la producción de eventos adversos , así mismo la influencia interrelacionada de estos determinantes, cuando son adecuados, llevaría al sujeto a una mejor situación de salud y calidad de vida y a niveles deficientes de salud y calidad de vida en caso contrario (Tarlov, como se citó en Fernández-Crehuet et al., 2015)

El presente estudio de investigación tomó también como base el análisis y las reflexiones por parte de Cañizares y Santos (2011) sobre la situación de los factores asociados a las listas de espera en salud, este planteó que de los diferentes factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico, los recursos humanos existentes, los sistemas de trabajo y retribución, la financiación disponible y su forma de aplicación, la organización del sistema de cuidados, el grado de complementariedad entre atención básica y especializada, los recursos tecnológicos, la infraestructura y dotación hospitalaria, el sistema de información y registro de lista de espera con disponibilidad, el papel de ciudadanos y usuarios, los medios de comunicación, el papel y la presión de la sanidad privada, la educación para la salud y el conocimiento del ciudadano sobre sus procesos de enfermedad. (p.7).

Bajo esta propuesta el resultado de la lista de espera quirúrgica obedece a un problema multifactorial, dentro de los cuales se puede considerar no solo el incremento de los recursos destinados a mejorar la oferta, sino que se deben establecer estrategias para disminuir la variabilidad clínica e incrementar la capacidad de los quirófanos con los recursos disponibles, tal como lo propusieron Carbonell, Girbés y Calduch (2006)

En los sistemas de salud públicos, el precio que paga el paciente por la atención es prácticamente nulo, más aún de si hay copagos y su costo. Esta

ausencia de dinero actúa como incentivo para consumir visitas o tratamientos adicionales, hasta que el beneficio esperado de las mismas sea también próximo a cero. Bajo estas condiciones se produce un desequilibrio entre la oferta disponible y la demanda potencial, que se expresa en los tiempos de espera; es decir, el paciente paga un precio-tiempo, en lugar de un precio monetario. Esto suele suceder principalmente, en aquellos sistemas de salud públicos que funcionan bajo presupuestos integrales, más o menos cerrados, tipo servicio nacional de salud (Carbonell et al., 2006)

Por lo expuesto es común encontrar una situación paradójica interesante: si el tiempo de espera disminuye, es posible que el número de usuarios que se ponen en espera aumente, pues esa baja del tiempo de espera puede exacerbar aún más la demanda (Rodrigo y Gavilondo, 2007). Ahora bien, la existencia de listas de espera, está favorecida por una amplia gama de condicionantes que generan su presencia y amplitud muy relacionadas con la oferta y la demanda y el grado de autorregulación entre ellas, así como con los procesos de gestión.

Teoría de las colas o tiempos de espera

El presente trabajo de investigación se enmarca en la teoría de Colas o listas de espera, la cual tiene elementos comunes y aplicables para el sector salud. La teoría de colas apoya la gestión de las empresas y organizaciones que atienden personas, cuantificando la forma en que se combinan los indicadores de efectividad (calidad del servicio), eficiencia (uso de recursos) e internos (diseño del sistema). Un punto importante para evaluar la calidad del servicio es el tiempo que se tiene que esperar para obtenerlo (Singer, Donoso y Scheller-Wolf, 2008)

La teoría de colas tiene una aplicabilidad muy amplia en la administración de las empresas, sean hospitalarias o no, pues el dilema es universal entre la eficacia y la eficiencia.

La teoría de colas respecto al comportamiento de los sistemas de atención, en que los usuarios eventualmente esperan por la atención, el cual para nuestro caso está definido por un tiempo de espera quirúrgico. El fundador fue el matemático de origen danés Agner Erlang (1878-1929), quien postuló en el año

1909, su teoría de las probabilidades al comportamiento de las conversaciones telefónicas. Sólo para casos en que la necesidad del servicio es sumamente urgente, algunas veces las personas dan más valor a la puntualidad que a la rapidez.

Debemos tomar en cuenta que la opinión que generan las personas acerca del servicio que se les brinda depende de muchos aspectos subjetivos: la capacidad técnica de quienes atienden, la amabilidad del trato, la presentación y la limpieza. Sólo en el caso que la ejecución supere las expectativas los clientes quedan satisfechos (Singer et al., 2008)

El tiempo está dividido en dos elementos: el lapso de servicio y el tiempo de espera. Generalmente se prefieren tiempos de atención cortos, y algunos servicios demandan un lapso mínimo, sin embargo, cabe precisar que frecuentemente el costo psicológico del tiempo de espera es mucho mayor que el del lapso de servicio.

Tomando en cuenta el costo psicológico de esperar, quizás es tan alto, porque usualmente las personas no están ocupando su tiempo mientras esperan. Algunas medidas tomadas por parte de las empresas están en adelantar el inicio de la atención, por ejemplo, en algunos restaurantes hacen pasar a sus clientes a la barra mientras esperan por una mesa, los bancos instalan pantallas de televisión o habilitan exhibiciones de arte. En los edificios suelen colocar en sus accesos espejos de cuerpo entero como modo de distracción para quienes están esperando el elevador. (Meister, 1985)

Asimismo, debemos indicar que una forma de aliviar la molestia de las personas es respetar normas de justicia, donde se atienda primero a quienes llevan mayor tiempo esperando, lo cual se traduce para el caso de los sistemas de una cola única, en implementar la política FIFO (first in first out), o mejor conocido como “atender en orden de llegada”. A fin de evitar que alguien se adelante, se espera ordenar físicamente a las personas o se puede utilizar aparatos o sistemas que generen números de atención. (Meister, 1985)

Meister (1985, p.182) señala que “nuestra tolerancia con la espera depende del valor esperado de aquello por lo que se espera. Cuando el consumidor otorga un elevado valor a un producto/servicio es capaz de esperar más tiempo y con menor desgaste psicológico”. Esto quiere decir, que el cliente puede esperar el tiempo necesario cuando sabe que el producto va recibir es de calidad. Ejemplo claro de ello ocurre cuando en las universidades, los estudiantes pueden esperar más tiempo cuando el docente responsable tiene mayor grado académico o mejores pergaminos científicos.

Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

Siguiendo el modelo propuesto por Cañizares y Santos (2011) acerca de la situación de los factores asociados a las listas de espera en salud, se consideran en la presente investigación dos factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico: (a) los factores administrativos y (b) los factores asistenciales o sanitarios.

Factor administrativo como determinante del tiempo de espera quirúrgico.

La concepción reduccionista considera a las listas y tiempos de espera quirúrgica como el producto del efecto de un déficit de capacidad producida por la falta de recursos y un inapropiado financiamiento. Esto evidenciaría la gestión ineficiente con falta de productividad y rendimiento de los servicios de salud públicos. (Cañizares y Santos, 2011).

El déficit de capacidad y gestión inadecuada por parte de la administración hospitalaria conlleva a que existan recursos humanos insuficientes y poco capacitados, que los trámites administrativos sean burocráticos, que los materiales e insumos sean escasos y que tanto la infraestructura como el equipamiento se encuentren obsoletos, originando que las programaciones quirúrgicas no sean las más adecuadas, provocando el incremento del tiempo de espera quirúrgico (Cañizares y Santos, 2011).

Uno de los factores determinantes a esta dimensión, está vinculado con la información precisa de la cantidad de pacientes que se hallan a la espera de atención. Las Unidades de Admisión tienen la responsabilidad de definir y mantener el registro de lista de espera para obtener de ello una adecuada gestión asistencial. Por otro lado, la espera de los usuarios no es gratuita, tiene unos costos directos e indirectos para el sistema, los costos directos toman en cuenta los administrativos basados en el costo de inscripción, las revisiones, las pruebas repetidas, la atención en urgencias, y las quejas de los usuarios; mientras que los costos indirectos son los provocados por las bajas laborales de los usuarios, la pérdida de la calidad de vida y el incremento de la morbimortalidad (Instituto Nacional de Salud, 1998).

Los motivos de origen administrativo del tiempo de espera están vinculados a problemas institucionales, dentro de las más comunes está la falta de insumos médicos y medicinas que se usan en las intervenciones quirúrgicas de cirugías programadas (Rodríguez y Tercero, 2016)

Según Abeldaño y Coca (2016) y González et al. (2009) reconocieron las siguientes causas relacionadas con el área administrativa para la interrupción de cirugías: Falta de trámites o papeles o autorizaciones, falta de tiempo en sala de operaciones, falta de equipamiento/material, falla en la programación quirúrgica, falta de camas (en piso, UTI, URPA, etc.) y falta de consentimiento informado, reportaron además que podía afectar el día de la semana y la transferencia de pacientes entre unidades, la necesidad de atención en otro nivel de complejidad, los procedimientos diagnósticos o terapéuticos que pueden realizarse ambulatoriamente y el retraso en las autorizaciones por parte del asegurador

Gaviria, Lastre y Suárez (2014) hallaron en un estudio en Colombia que según la percepción del personal de salud el factor administrativo fue la causa más frecuente de suspensión de cirugía programada en hospital de alta complejidad. Los aspectos administrativos más saltantes de suspensión quirúrgica fueron: Documentación incompleta, autorización del procedimiento quirúrgico por el seguro, disponibilidad de material e insumos, disposición de sangre y

consentimiento informado, verificación del equipo y atención médica, reserva de cama.

Otro estudio en Brasil, halló que los motivos de suspensión vinculadas con los problemas del establecimiento de salud, eventos administrativos y logísticos se relacionaron con la falta de hemoconcentrados; la falta de cupo para el post-operatorio; necesidad de cirugías de urgencia; falta de materiales; la hora avanzada; falta de exámenes del usuario y por ausencia del cirujano (Chaves, Gomes y Secchin, 2011).

Es por ello que, a partir de lo identificado, las estrategias de gestión de los tiempos de espera quirúrgicos prolongados están dirigidos a las eliminaciones administrativas, auditar las listas de espera basándose en la revisión de la indicación y la situación clínica del usuario, y finalmente, hacia los sistemas de priorización en función de la inmediatez quirúrgica. Las depuraciones de las listas pueden ser necesarias pero los descensos que se producen generalmente no se deben a una mejoría en la gestión, sino de la forma de registro de la lista de espera. (Instituto nacional de salud, 2015).

Factor asistencial como determinante del tiempo de espera quirúrgica.

Según Cañizares y Santos (2011) “Las organizaciones sanitarias y los gestores son responsables de factores ligados a los rendimientos y productividad de los servicios, y su enfoque de la lista de espera condiciona también los resultados” (p.9).

El factor asistencial depende básicamente del personal de salud, existiendo diversos estudios que reportaron que la existencia de los estudios y preparación pre quirúrgica completa, programación quirúrgica acorde a los turnos operatorios, el diagnóstico médico en el menor tiempo posible y que los profesionales de salud apliquen las guías de manejo y no realicen duplicidad de funciones son aspectos que determinan el tiempo de espera (Instituto nacional de salud, 2015).

Las tareas y responsabilidades de los distintos niveles implicados en la gestión del personal de salud como factor determinante al tiempo de espera

quirúrgica corresponden al especialista quirúrgico. Los especialistas son los responsables de la indicación quirúrgica, a fin de incluir pacientes en la lista de espera quirúrgica (Instituto nacional de salud, 2015). Ellos proponen los protocolos de intervención quirúrgica y de criterios de inclusión, para aquellos problemas de salud más frecuentes, y adaptan a su entorno los protocolos de procedimientos ya elaborados por las instancias de salud institucionales.

El médico especialista que brinda la indicación, es responsable del correcto cumplimiento del documento de solicitud de inclusión del usuario y de la conformidad del usuario a ser incluido en lista de espera para el acto operatorio propuesto. Clasifican los pacientes para la programación quirúrgica, en coordinación con los otros miembros del equipo de salud vinculados con dicho acto. Al respecto Méndez (2013) manifestó que para mejorar los valores de los indicadores quirúrgicos, es apropiado desarrollar una valoración a los usuarios programados antes del traslado a sala de operaciones, a fin de contrastar el bienestar, la seguridad y sus condiciones físicas. Mientras que los estudios han demostrado que las condiciones que conllevan a la cancelación de cirugías se da fundamentalmente por desconocimiento de las condiciones clínicas de los pacientes, reportó que un 11% de los eventos graves intraoperatorios se dan por insuficiente evaluación preoperatoria.

Por su parte Macancela (2014) en Loja Ecuador exploró acerca de los aspectos vinculados al personal de salud y encontró que la mayoría estaba de los eventos adversos se encontraban vinculados al anestesiólogo de turno en emergencia (26,7%) seguido de la suspensión realizada por el cirujano (21,73%), a que el cirujano no acudía a la cirugía programada (18,63%), así mismo reportó que también ausencia del consentimiento informado (2,17%) o los exámenes pre quirúrgicos incompletos (0,62%) fueron los aspectos de menor relevancia en la extensión del tiempo de espera quirúrgico

Para González et al (2009); Rodríguez y Tercero (2015) las causas relacionadas a la suspensión de una cirugía por motivos del personal de salud fueron la ausencia de diagnóstico claro al ingreso hospitalario, una admisión prematura, manejo médico conservador o la ausencia de técnica instrumentista.

La suspensión de cirugía como causa determinante del tiempo de espera quirúrgico.

La proporción de suspensión quirúrgica se define como el número de cirugías suspendidas dividido entre el número total de cirugías programadas en un momento determinado del tiempo en una institución y multiplicado por 100. Para la elaboración deben ser considerados todos los motivos de suspensión: los vinculados con el paciente y con el hospital (Galán et al., 2007).

La suspensión de una cirugía programada afecta la inversión hospitalaria en el área quirúrgica y favorece conflictos presupuestales, laborales y médico legales en el establecimiento de salud (Díaz, 2016).

Dentro de los motivos de suspensión quirúrgica asociados a tiempos de espera quirúrgica prolongadas, se identifican la inapropiada organización en la programación operatoria, la incorrecta valoración y/o preparación preoperatoria de los usuarios, o el uso de sistemas de citas desfasados; asimismo se identifican las que se encuentran vinculadas a la actitud y la predisposición de los usuarios. Las causas que involucran directamente al hospital, muestran tener mayor posibilidad de mejora, porque su control depende de acciones de mejora de procesos institucionales (Sultan et al., 2012).

La intervención quirúrgica es un mecanismo significativo para la mejora de la salud siendo reconocido como un indicador negativo en gestión de calidad. Por ello suspender una cirugía, ocasiona inconvenientes al usuario y familia, pérdida de tiempo quirúrgico, mayor estancia hospitalaria, riesgo de infecciones intrahospitalarias, retraso del tratamiento, complicaciones quirúrgicas e incremento de gastos institucionales. Se requiere para que se lleve a cabo una cirugía que confluyan cuatro componentes en el lugar y en el tiempo establecido: quirófano, paciente, personal, el material y el equipo quirúrgico (Díaz, 2016).

Los motivos de suspensión tienen múltiples divisiones vinculadas con el cirujano, el anestesiólogo, el paciente y causas administrativas, aunque cambia según cada institución. Asimismo, es posible ordenarlos por criterios de urgencia, lo cual daría luces sobre áreas que no son cirugías de emergencia, pero que

cuentan con un elevado índice de cancelaciones de cirugías que tienen carácter de urgencia, y que si son suspendidas incrementan la morbimortalidad. (Jonnalgadda, Walrond, Harinharan, Walrond, y Prasad, 2005).

Asimismo, la suspensión quirúrgica afecta la administración del equipo de salud, en la gestión del tiempo y recursos materiales, en desmedro de la preocupación de los administradores sanitarios, en especial de los servicios quirúrgicos, optimización de actividades, reducción de costos, evitar pérdida de materiales y desarrollar un trabajo con la mayor calidad posible.

Gestión de los Tiempos de espera quirúrgica

Los diferentes programas dirigidos a gestionar y solucionar todos los problemas de las listas de espera en el sector público han mostrado resultados pobres. Por ello, los países han respondido diseñando proyectos enfocados hacia la mejora de los tiempos de atención garantizada. (Arce, 2003)

Arce (2003, p.32), sugiere como alternativas de solución incrementar los recursos destinados a salud, en general, y a los procedimientos o patologías con mayores tiempos de espera, en particular; se puede intentar mejorar la productividad en los servicios hospitalarios. Considerar la posibilidad de copagos, que desanimen los casos más leves, lo cual no parece recomendable tomando en cuenta que la demanda del servicio y la inclusión en la lista de espera depende en la mayoría de los casos, del médico y no del paciente.

Cañizares y Santos (2011) señalan que lo más apropiado es tratar de gestionar lo mejor posible las listas de espera, la cual representa una gran problemática, muy superior a la que supondría aplicar el criterio simple de «el primero que llega, primero que se atiende». Se deben fijar objetivos de efectividad y eficiencia evaluando los casos que entran en lista de espera, corroborar lo apropiado de la indicación y reducir la utilización inadecuada de recursos. (p. 27)

Los criterios de priorización confrontan frontalmente con el hecho de atender la gestión del tiempo y la lista de espera, respondiendo al principio de equidad. Debemos mencionar que, para la gestión y priorización de las listas de

espera, en ningún país se toma en cuenta el status social del paciente, pero también es cierto que en muchos lugares los sujetos más desaventajados de la sociedad acaban esperando más tiempo. (Sampietro et al, 2006).

Importancia del tiempo de espera quirúrgico

Arce (2003) considera que el incremento de los tiempos de espera quirúrgico representa uno de los principales problemas que presentan los sistemas sanitarios públicos y se presentan muchas veces como consecuencia de un desequilibrio entre la oferta y la demanda.

Los tiempos de espera representan una forma de exclusión social y se presentan como un problema de salud pública, las listas favorecen el incremento de los costos del sistema de salud, incrementan el riesgo de complicaciones, empeoran la enfermedad y alteran la recuperación. Se puede racionalizar el uso innecesario de los servicios de salud y la evidencia empírica prueba que la reducción y el aumento de listas por periodos, constituyen probables soluciones a la sobrecarga de ciertos servicios de salud (Siciliani, 2008; p.456).

El aumento aislado del presupuesto en salud no brinda una solución al problema identificado, sino que favorece al final el incremento de las listas de espera. Al incrementar la oferta, sea de una manera estructural y permanente, o mediante planes de contención temporales, y haciéndolo con un incremento de la productividad, se genera una reducción del tiempo de espera, pero también se incrementa el número de pacientes en lista (Pope, 1990). Sin embargo, debemos mencionar que referentes a nivel internacional, hacen énfasis que la importancia no se basa en el número de pacientes presentes en las listas, sino en el tiempo de espera (Edwards, 1997).

Por lo tanto, los estudios en tiempos de espera permiten contar con una herramienta importante para el manejo y control de los recursos asignados a los procesos internos de una organización con la finalidad de darle valor a los resultados que se obtienen. Además, los tiempos de demora cuando se brinda la atención médica reflejan un indicador acerca de la respuesta de los servicios de

salud públicos, lo cual expresa su capacidad para brindar asistencia correcta en el tiempo adecuado y constituyen un claro regulador de la demanda.

Importancia de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

Los factores determinantes se pueden estudiar a diverso nivel, tanto primero, segundo o tercer nivel de salud. En ese sentido las intervenciones quirúrgicas, mediadas por la conformación de listas de espera, se han ido afectando de una forma u otra en cuanto a su cumplimiento y aplicación. Al punto que, existen condiciones que no permiten que el acto operatorio y por ende la lista de cirugía se resuelva en los tiempos esperados, sino que estén influenciados por condiciones particulares que impiden su aplicación.

Dentro del abordaje terapéutico, la asistencia quirúrgica es imprescindible en algunas patologías identificadas a nivel del ámbito hospitalario. Es por ello que la medición del tiempo de espera antes de llevarse a cabo la cirugía programada es un elemento importante para una gestión eficiente de cualquier lista personalizada quirúrgica. Todo esto considerando que el estudio se desarrolló dentro de un establecimiento de salud nivel III.2 con especialidad neuroquirúrgica.

La literatura actual sobre la identificación y cuantificación de los factores determinantes de los tiempos de espera, que hace sobre todo uso de la perspectiva económica y la teoría de colas, ayuda a comprender el comportamiento en ocasiones contra-intuitivo de la variable de desempeño del sistema (tiempo promedio de espera) cuando se han tomado decisiones de ampliar la oferta. Se ha observado que la ampliación de la oferta en general tiene poco impacto sobre el tiempo de espera y el tamaño de la fila porque tan pronto como los pacientes se dan cuenta de que los tiempos de espera están reduciéndose, se genera un incremento de la demanda que a su vez aumenta el tamaño de la fila y el tiempo de espera (Murray et al, 2013, p.717).

1.4. Formulación del Problema

1.4.1. Problema general

¿Cuál es el factor que determina un mayor tiempo de espera para que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente en un instituto especializado de salud de Lima?

1.4.2. Problemas específicos.

Problema específico 1.

¿Qué característica sociodemográfica se encuentra asociada al factor administrativo que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?

Problema específico 2.

¿Qué característica sociodemográfica se encuentra asociada al factor asistencial que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?

Problema específico 3.

¿La forma de ingreso al servicio se encuentra asociada a los factores administrativos y asistenciales que determinan el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?

1.5. Justificación del estudio.

Justificación teórica.

El estudio realizado, constituye un aporte teórico en la medida que incrementará los escasos conocimientos sobre los tiempos de espera quirúrgico y los factores que lo determinan en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. El tiempo de espera quirúrgico ha sido analizado con mayor frecuencia a nivel internacional, mientras que su estudio en el ámbito nacional es muy escaso, por lo que aún son insuficientes las referencias de investigaciones en el país, encontrándose en mayor medida los relacionados a la suspensión quirúrgica y de manera muy escasa los que consideren los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico.

En la investigación se presentan antecedentes y fundamentos teóricos que permiten abordar científicamente el problema planteado, pues el análisis teórico de los tiempos de espera revela que es una manifestación de un problema multicausal donde influyen de forma importante diversos factores y cuyos resultados nos servirá para conocer cuáles son esos factores determinantes.

Justificación práctica.

Con esta investigación se ha demostrado la existencia de factores de mayor influencia en el tiempo de espera quirúrgico y cuyo conocimiento tiene una importancia fundamental en las instituciones de salud ya que representa un elemento importante para una gestión eficiente de cualquier lista personalizada quirúrgico.

Los resultados de esta investigación sustentan la importancia del mismo para tratarlo como punto crítico de control a nivel institucional buscando soluciones a los problemas actuales a través de la implementación de planes, estrategias, protocolos o programas a corto y mediano plazo y la reducción de los mismos, contribuyendo a una propuesta de mejora institucional como parte del beneficio a los pacientes de la institución y poder garantizar una atención oportuna y de calidad.

Justificación metodológica.

El estudio mediante la aplicación del método científico, una vez que sean demostradas su validez y confiabilidad, servirá como modelos para ser utilizado como herramienta en otros trabajos de investigación e instituciones, buscando proponer nuevos modelos de gestión de listas y tiempos de espera quirúrgico.

1.6. Objetivos.

1.6.1. Objetivo general.

Identificar el factor que determina un mayor tiempo de espera para que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente en un instituto especializado de salud de Lima.

1.6.2. Objetivos específicos.

Objetivo específico 1.

Identificar la característica sociodemográfica que se encuentra asociada al factor administrativo que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima

Objetivo específico 2.

Identificar la característica sociodemográfica que se encuentra asociada al factor asistencial que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima

Objetivo específico 3.

Determinar si la forma de ingreso al servicio se encuentra asociada a los factores administrativos y asistenciales que determinan el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima.

II. Método

2.1 Diseño de investigación.

2.1.1. Diseño de estudio.

El estudio se desarrolló a partir de un diseño no experimental de corte transversal, pues no hubo manipulación alguna de las variables de estudio y la recolección de datos se realizó en un solo momento. Hernández, Fernández y Baptista (2010) lo define como el estudio realizado sin intervenir en las variables, los hechos se observan en su campo natural para luego analizarlo.

En función del alcance del trabajo realizado, se empleó el diseño no experimental transeccional descriptivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 154), pues se describió las características de los factores determinantes y el tiempo de espera quirúrgico que determinan. Este diseño queda representado en la siguiente figura:



N = población/muestra

O = tiempo de espera quirúrgico de los factores determinantes

2.1.2. Tipo de estudio.

La investigación es considerada como un estudio básico y de nivel descriptivo puesto que describe situaciones y eventos, buscando profundizar sobre el tema. En cuanto a las características descriptivas, afirma Hernández Sampieri, R., et al (2006, p. 103) que: “busca especificar propiedades, características y rasgos importante de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo de población”.

2.1.3. Enfoque de la investigación.

El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, pues nos permitió el control de las variables de estudio con la intención de medirlas y compararlas con estudios similares. El objetivo principal fue la construcción y la demostración de teorías para lo cual se empleó la lógica o razonamiento deductivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Es importante resaltar que el enfoque cuantitativo

representa un conjunto de procesos por lo tanto es secuencial, el orden que se sigue debe ser riguroso.

2.1.4. Método de la investigación

El método que se usó fue el método deductivo, pues se partió de la observación del fenómeno a estudiar, en base a las cuales se plantearon los problemas respectivos y que luego del análisis correspondiente se verificó y comprobó la verdad de los enunciados deducidos. Para Hernández Sampieri, R., et al (2006, p. 107) “el método deductivo se aplica en los principios descubiertos a casos particulares, a partir de un enlace de juicios”. Esta investigación se usa cuando se procesan y se analizan los datos obtenidos de los cuestionarios aplicados y en el análisis e interpretación de la información.

2.2. Variables, operacionalización.

2.1.1 Variable Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico.

Definición conceptual de la variable

Son el conjunto de factores personales, sociales, políticos y ambientales que determinan el tiempo de espera quirúrgico que se refiere básicamente al número de días que trascurrieron desde la indicación quirúrgica hasta la cirugía (OMS, 2010; San Martín et al., 2010).

En base a estas acepciones, se define la variable como el grupo de factores que determinan el número de días para que se realice la intervención quirúrgica ordenada. Para el caso, estos factores son de índole administrativa, de índole sanitaria y de índole personal.

1. Aspectos administrativos

“Elemento o herramienta de gestión mensurable que tiene relación causal o condicionante con el incremento del tiempo de espera de usuarios que requieren de una atención quirúrgica a la que el sistema de salud no puede dar respuesta de forma simultánea a su indicación” (Cañizares y Santos, 2011, p. 9).

Indicador 1: Trámite administrativo para solicitud de material.

Es el camino ordinal de la serie de actos en que se concreta la actuación administrativa para la obtención del material necesario para la cirugía en los pacientes que cuentan con Seguro integral de salud (SIS).

Indicador 2: Programación quirúrgica.

Procedimiento por la cual el especialista bajo la supervisión de la Jefatura correspondiente programa el acto quirúrgico de acuerdo a la lista de espera quirúrgica buscando minimizar el tiempo de las intervenciones quirúrgicas y maximizar el uso del quirófano. (Dexter 1999)

Indicador 3: Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos.

Sustancia, artículo o material empleado para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades que para su uso no requieren de fuentes de energía. (DIGEMID, Minsa, 2013).

Indicador 4: Disponibilidad de camas en hospitalización y/o sala de operaciones.

4.1.- Cama hospitalaria disponible: Número de camas realmente instaladas en el establecimiento, en condiciones de uso inmediato para la atención de pacientes hospitalizados (MINSAs, 2013).

4.2.- Sala de operaciones disponible: Conjunto de ambientes disponibles donde se encuentra ubicada la sala de cirugía y la sala de recuperación posquirúrgica (MINSAs, 2013)

2. Aspectos asistenciales o sanitarios

Elemento relacionado al profesional de la salud cuyo rol es clave en la gestión y resultados del tiempo de espera de la prestación quirúrgica del usuario cuya influencia radica tanto en la oferta y la demanda de los servicios de salud, ligados a rendimientos y productividad de los servicios, el cumplimiento de los sistemas de trabajo y su forma de aplicación los cuales condicionan también los resultados. (Cañizares y Santos, 2011, p. 12).

Indicador 5: Diagnóstico médico.

Procedimiento en el que se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier estado de salud o enfermedad realizado por el profesional (Ilizástegui, 2000, p.85).

Indicador 6: Resolución de interconsultas.

Se refiere al procedimiento de hacer efectivo las opiniones de otros especialistas o la comunicación entre 2 personas con diferentes áreas de experiencia (Rakel, 1997:196).

Indicador 7: Exámenes de neuro imagen.

Imágenes en vivo del sistema nervioso central que sirven para la exploración fisiológica sin necesidad de dañar o alterar el cuerpo del paciente. Incluye la tomografía computada (TC) y la resonancia magnética nuclear (RMN). Las técnicas de neuroimagen funcional son la tomografía por emisión de positrones (TEP o PET), la tomografía computarizada por emisión de fotones simples (SPECT) y la resonancia magnética funcional (Willingham y Dunn, 2003, p 129).

Indicador 8: Depósito de sangre.

Procedimiento por el cual se busca la obtención de sangre segura de forma voluntaria o por reposición (Ribera J, Roca O., 2003). El donante de reposición puede ser un familiar, amigo o tercero, que acude a un banco de sangre para reponer la sangre utilizada (García M, 2013).

Indicador 9: Exámenes por cardiología.

Incluye a la evaluación y realización de exámenes especiales solicitados por el Cardiólogo como la Prueba de esfuerzo, ecocardiografía y Holter (Fraser AG, 2006).

Indicador 10: Preparación pre quirúrgica.

Es el conjunto de procedimientos que realizan el personal de las salas de cirugía para el ingreso adecuado del paciente a la cirugía, realizado durante las 12 horas

previas al mismo: ayuno, baño, rasurado, enemas. (Rincón _Valenzuela, 2015, p39)

Indicador 11: Equipo de trabajo quirúrgico.

Es la unidad de personal capacitado (Neurocirujano, Anestesiólogo y Enfermeras) que proporciona una serie continua de cuidados durante el acto quirúrgico. (Cassinello, 2015).

2.1.2 Operacionalización de la variable

En la medida que el tiempo de espera es una variable directamente observable y que el estudio es ex post facto, la información fue recogida desde documentos institucionales, para el caso las historias clínicas de los pacientes operados.

Tabla 1
Operacionalización de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

Dimensiones	Indicadores	Índice de respuesta	Escala de medición
Factores administrativos	Trámite administrativo	Tiempo de espera expresado en días	Esperado (≤ a una semana)
	Disponibilidad de cama para la hospitalización		
	Disponibilidad de sala de operaciones		
Factores asistenciales	Programación quirúrgica	Tiempo de espera expresado en días	Retardo moderado (De 2 a 3 semanas)
	Proporcionamiento de materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos		
	Emisión de diagnóstico médico		
Ingreso al servicio	Resolución de interconsultas	Tiempo expresado en días	Retardo excesivo (> a 6 semanas)
	Exámenes de neuroimagen		
	Depósito de sangre		
	Exámenes por cardiología		
	Preparación pre quirúrgica		
	Designación del equipo de trabajo quirúrgico		
	Ingreso por consultorio externo		
Ingreso por emergencia			
Ingreso por transferencia		Retrasa el proceso	
			No retrasa el proceso

2.3. Población de estudio

Hernández et al. (2014) indicaron que “una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones (...). Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo” (p. 174). En tal sentido, la población del estudio estuvo conformada por 92

pacientes sometidos a una intervención neuro quirúrgica en el INCN entre enero y febrero del 2017.

Tabla 2

Población de pacientes intervenidos quirúrgicamente entre enero y febrero del 2017 en el INCN.

Salas de Neurocirugía	Población Enero	Población Febrero	Total
Sala San Miguel	18	16	34
Sala Rosario	13	11	24
Sala Corazón de Jesús	18	16	34
Total	49	43	92

Fuente: libro de reporte operatorio de centro neuro quirúrgico, INCN

Debido a que la población de estudio era relativamente pequeña y accesible se decidió realizar la investigación en toda la población. Es decir, no existió muestra alguna, considerándose la investigación como un estudio censal, en concordancia con lo expresado por Hurtado (1998) “en las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados” (p.77).

Criterios de Inclusión: sólo fueron considerados como parte de la población aquellos pacientes del INCN que habían sido operados en el período establecido y de los que se disponían sus historias clínicas que permitieron obtener información. Todos debían ser pacientes del INCN y que hubieran recibido la indicación médica de que debían ser intervenidos quirúrgicamente.

Criterios de exclusión: pese a que podrían haber sido operados se excluyeron a los que no eran pacientes regulares del INCN, así como aquellos que fueron transferidos de otros nosocomios para ser intervenidos de emergencia.

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

2.4.1 Técnica.

Se utilizó el análisis documental utilizando y una ficha de recojo de datos elaborada por el mismo investigador como instrumento. Esta técnica consiste

según Hernández et al. (2000) en “detectar, obtener y consultar bibliografía y otros materiales que parten de otros conocimientos y/o informaciones recogidas moderadamente de cualquier realidad, de modo que puedan ser útiles para los propósitos del estudio” (p.50). Esta modalidad de recolección de información parte de las fuentes secundarias de datos; es decir, aquella obtenida indirectamente a través de documentos que son testimonios de hechos pasados o históricos. Para la presente investigación se utilizó la historia clínica como fuente secundaria.

El recojo de datos se realizó en coordinación con la Dirección de Neurocirugía del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas para revisar las historias clínicas de los pacientes sometidos a una intervención neuroquirúrgica, el horario de revisión se realizó de lunes a sábados de 08:00 a 18:00 horas, durante los meses propuestos hasta recolectar la muestra requerida que será 92 y posteriormente se elaboró la base de datos correspondiente.

2.4.2 Instrumento

Los instrumentos utilizados para medir las variables de estudio fueron elaborados por el mismo investigador y sometidos a criterios de validez de contenido por jueces expertos (3).

En factores determinantes se utilizó el instrumento ficha de recojo de datos. Este instrumento cuenta con 15 ítems, distribuidas en 5 ítems para la dimensión administrativa, 7 ítems para dimensión relacionada a la asistencial o sanitaria y 3 relacionadas a la forma de ingreso. Este instrumento permitió la medición de la variable en base al tiempo expresado en días.

Los instrumentos utilizados fueron sometidos a una muestra piloto de 20 historias clínicas para evaluar empíricamente el alcance y ajuste del mismo.

Ficha técnica del instrumento

Nombre: Ficha de recolección de datos de factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico

Autor: Arias, J.

Año: 2017

Objetivo : Determinar los factores administrativos y los relacionados a la actividad del personal de salud que determinan el tiempo de espera quirúrgico

Lugar de aplicación: Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, Sala Rosario, Sala San Miguel y Sala Corazón de Jesús.

Forma de aplicación: Indirecta

Tipo de aplicación: La ficha debe ser usado de forma individual

Duración de la Aplicación: 30 minutos

Descripción del instrumento:

Para la variable factores determinantes, la ficha estuvo constituido por 15 ítems, distribuidas en 5 ítems para la dimensión administrativa, 7 ítems para dimensión relacionada a la actividad asistencial o sanitaria y 3 ítems para describir la forma de ingreso.

Procedimiento de puntuación:

Tiempo expresado en días

2.4.3 Validación y confiabilidad del instrumento

La validez y confiabilidad reflejan la manera en que el instrumento se ajusta a las necesidades de la investigación (Hurtado, 2012).

Validación del instrumento

La validez de un instrumento, en general, está referido al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir (Hernández et al, 2010).

Para determinar la validez del instrumento, se sometió a consideraciones de juicio de expertos. Según Hernández et al. (2010), el juicio de expertos busca consultar a personas expertas acerca de la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada uno de los ítems, en el caso del instrumento.

Tabla 3

Validez del instrumento: Ficha de recolección de datos de factores determinantes del tiempo de espeta quirúrgico, según expertos

Experto	El instrumento presenta				Condición final
	Pertinencia	Relevancia	Claridad	Suficiencia	
Juez 1	si	si	si	si	Aplicable
Juez 2	si	si	si	si	Aplicable
Juez 3	si	si	si	si	Aplicable

La tabla muestra que los expertos consideraron el instrumento como aplicables por contener ítems pertinentes, relevantes, claros y suficientes para garantizar la medición válida de las 2 variables en estudio. Según Robles y Rojas (2015), la participación como juez experto, es vital para descartar aspectos irrelevantes, incorporar los que son imprescindibles y/o modificar aquellos aspectos que lo requieran.

Por tratarse de una ficha de registro empleada en un análisis documental no se requirió calcular su confiabilidad.

2.5 Método de análisis de datos

Con los datos obtenidos se elaboró la matriz de datos, se transformaron los valores según las escalas establecidas y se procedió con el debido análisis con el fin de exponer las conclusiones y recomendaciones y de esta manera preparar el informe final. Para el análisis y presentación de los datos obtenidos en la investigación, se empleó la estadística descriptiva. Estos resultados fueron representados utilizando figuras estadísticas para poder visualizar y comprender mejor la investigación.

En un primer momento se procedió a organizar y ordenar la información recopilada en una base de datos, posteriormente se analizaron empleando el

software SPSS versión 21, que permitió establecer el porcentaje de incidencias en las respuestas obtenidas.

Análisis descriptivo: Para procesar los resultados se codificó y tabuló la información, organizándose en cuadros de frecuencia absoluta y porcentual, así como figuras de barras. Se utilizó medidas de tendencia central como la media aritmética y de dispersión: desviación estándar.

Análisis estadístico entre variables se utilizó la prueba de Chi cuadrado.

2.6 Aspectos éticos

El presente estudio tuvo la autorización formal de la Dirección de Neurocirugía, las Jefaturas de los servicios correspondientes y del Comité de ética de la Oficina de capacitación del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas.

Los datos indicados en esta investigación fueron recogidos del grupo de investigación y se procesaron de forma adecuada sin adulteraciones.

De igual forma el marco teórico se recolectó de acuerdo a los parámetros establecidos e indicados para realizare este tipo de estudio, evitando copia de otras investigaciones.

Finalmente, los resultados de la investigación no han sido adulterados o plagiados de otras investigaciones haciéndose un buen uso de la investigación en beneficio de todos.

III. Resultados

3.1. Análisis descriptivo

3.1.1. Características sociodemográficas

Edad de los pacientes

De los datos consignados en la tabla 4, sobre la edad de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica; se aprecia que los pacientes se ubican mayormente en los grupos adulto joven y adulto, seguido en proporción por los ubicados como adultos mayores. El que el grupo joven represente solo el 2,2% de pacientes permitió conocer que mayormente las intervenciones quirúrgicas están mayormente asociadas a la edad adulta.

Tabla 4

Edad de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica, enero-febrero 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Joven	2	2,2%
Adulto joven	36	39,1%
Adulto	33	35,9%
Adulto mayor	21	22,8%
Total	92	100,0%

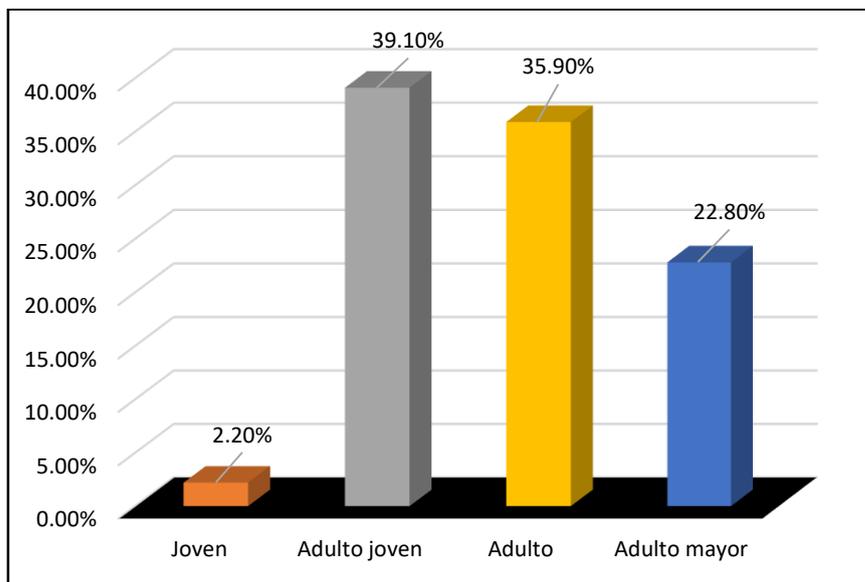


Figura 1. Edad de pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos de la edad de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar	Varianza
			Estadístico	Error estándar		
Edad	18	84	45,22	1,773	17,005	289,183

La estadística descriptiva de la Edad de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica, indican una media de 45 años y con una desviación de 17 años, encontrándose pacientes en un rango de 18 a 84 años.

Sexo de los pacientes

Los datos consignados en la tabla 6, sobre el sexo de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, en espera quirúrgica, permiten apreciar que existe un 6,6% más de varones, es decir la proporción de pacientes de ambos sexos es cercana.

Tabla 6

Sexo de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	43	46,7%
Masculino	49	53,3%
Total	92	100,0%

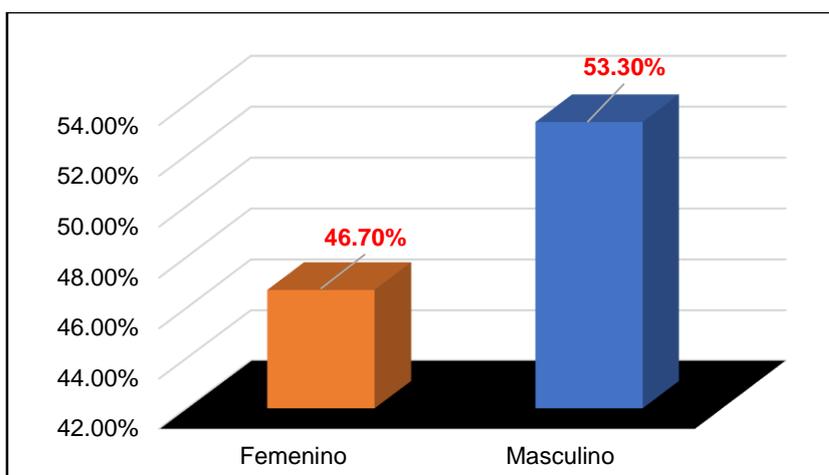


Figura 2. Sexo de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017.

3.1.2. Forma de ingreso al servicio

Los datos consignados en la tabla 7, acerca de la forma de ingreso al servicio de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica permite advertir que la mayoría de ellos procedía de consultorio externo, en segundo lugar, en orden de proporción los que fueron admitidos por emergencia y en menor cantidad porcentual los transferidos de otros hospitales.

Tabla 7

Forma de ingreso al servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Consultorio externo	53	57,6%
Emergencia	25	27,2%
Transferencia	14	15,2%
Total	92	100,0%

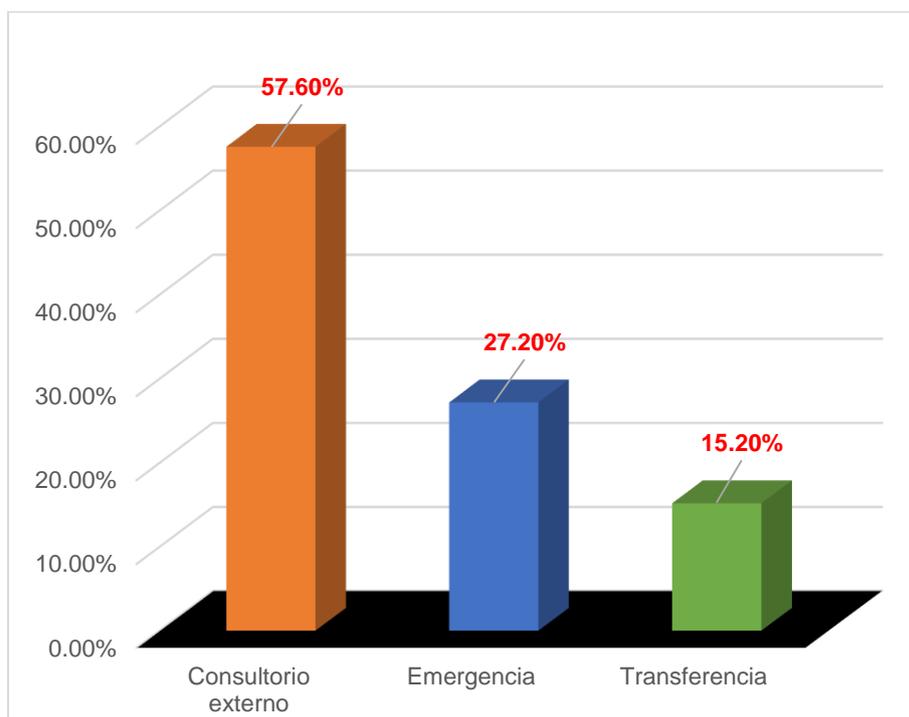


Figura 3. Forma de ingreso al servicio de los pacientes de en espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017.

3.1.3. Factores administrativos

En la tabla 5, se observa que los factores administrativos en general determinaron diferentes tiempos de espera en los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, intervenidos en enero y febrero del 2017; logrando establecer que provocaron un retardo excesivo en el tiempo de espera de 40,2% de los pacientes y retardo en el 33,7%, ello representa un 73,9% de retraso en la espera debido a factores administrativos.

Tabla 8

Tiempo determinado por los Factores administrativos que inciden en la espera quirúrgica de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, enero-febrero 2017

Tiempo de espera	Frecuencia	Porcentaje
Esperado	4	4,3%
Retardo moderado	20	21,7%
Retardo	31	33,7%
Retardo excesivo	37	40,2%
Total	92	100,0%

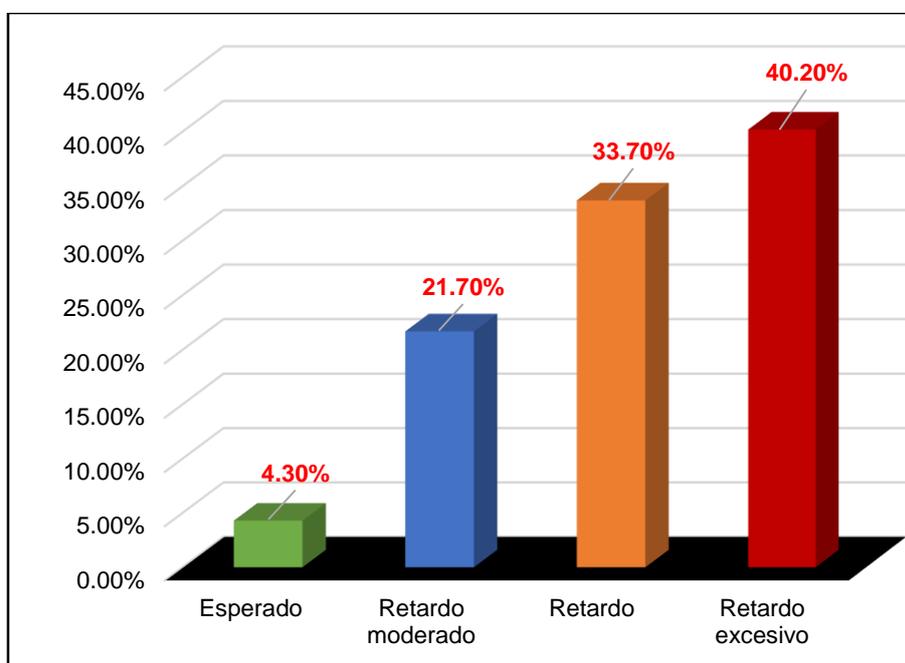


Figura 4. Factores administrativos que inciden en el tiempo de espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

3.1.4. Factores asistenciales

A diferencia se observa que los factores asistenciales incidieron en que la intervención quirúrgica se diera en un tiempo esperado o con un retardo moderado en los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas en espera quirúrgica entre enero y febrero del 2017; son porcentualmente menores los pacientes que sufrieron retardo y retardo excesivo en sus intervenciones, como consecuencia de las actividades vinculadas con la atención en salud.

Tabla 9

Tiempo determinado por los Factores asistenciales que inciden en la espera quirúrgica de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, enero-febrero 2017

	Frecuencia	Porcentaje
Esperado	29	31,5%
Retardo moderado	37	40,2%
Retardo	10	10,9%
Retardo excesivo	16	17,4%
Total	92	100,0%

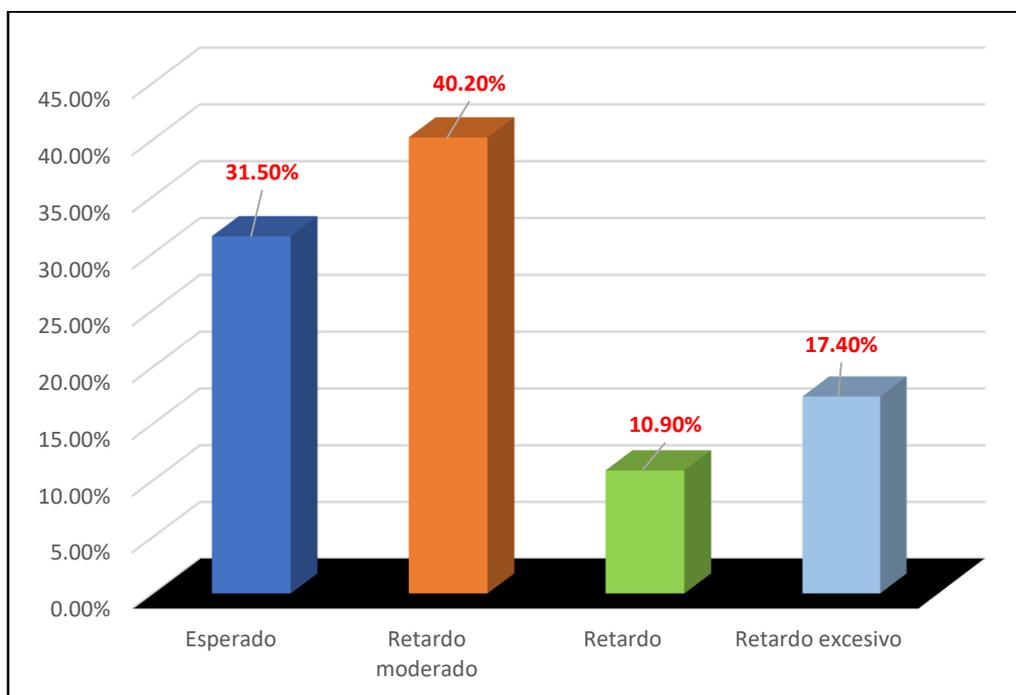


Figura 5. Factores asistenciales que inciden en el tiempo de espera quirúrgica del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

3.1.5. Tiempo de espera quirúrgico según factores

De acuerdo con los estadísticos presentados en la tabla 10, el mayor retraso en las intervenciones quirúrgicas son más responsabilidad de los factores administrativos que de los factores asistenciales; se observa que los factores administrativos llegaron a causar un retraso máximo de 470 días, es decir 102 días más que los factores asistenciales, lo que se refleja en la diferencia de medias del retraso de ambos factores, 49,26 días y con una desviación de 57,67 para los administrativos y 30,75 días con una desviación de 58,18 para los asistenciales.

Tabla 10

Días de atraso en el tiempo de espera quirúrgica de los pacientes del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas entre enero y febrero del 2017, determinados por factores administrativos y asistenciales

	Mínimo	Máximo	Media		Desviación estándar Estadístico	Varianza Estadístico
			Estadístico	Error estándar		
Factores administrativos	2	470	49,26	6,013	57,674	3326,305
Factores sanitarios	1	368	30,75	6,066	58,187	3385,728

3.2. Tiempo de espera quirúrgico determinado por factores administrativos en relación con las características sociodemográficas.

3.2.1. Tiempo de espera quirúrgico en relación con la edad de los pacientes

Se halló que las intervenciones quirúrgicas en el 100% de jóvenes se realizaron dentro del tiempo esperado, mientras que en el adulto joven un 55,6% sufrió un retraso moderado y el 38,9% sufrió retraso en sus intervenciones.

En el 51,5% de adultos se produjo retraso en sus intervenciones y el retraso fue excesivo para el 48,5% de adultos y en el 100% de adultos mayores.

Estos resultados advierten que, a mayor edad mayor es el retraso en las intervenciones quirúrgicas debido a demoras en el desarrollo de los subprocesos

o factores administrativos, tales como la admisión de pacientes, disposición de camas y salas de operación entre otros.

Tabla 11

Edad vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos

		Tiempo determinado por factores administrativos				Total
Edad		Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Joven		100,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%
Adulto joven		5,6%	55,6%	38,9%	0,0%	100,0%
Adulto		0,0%	0,0%	51,5%	48,5%	100,0%
Adulto mayor		0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		4,3%	21,7%	33,7%	40,2%	100,0%

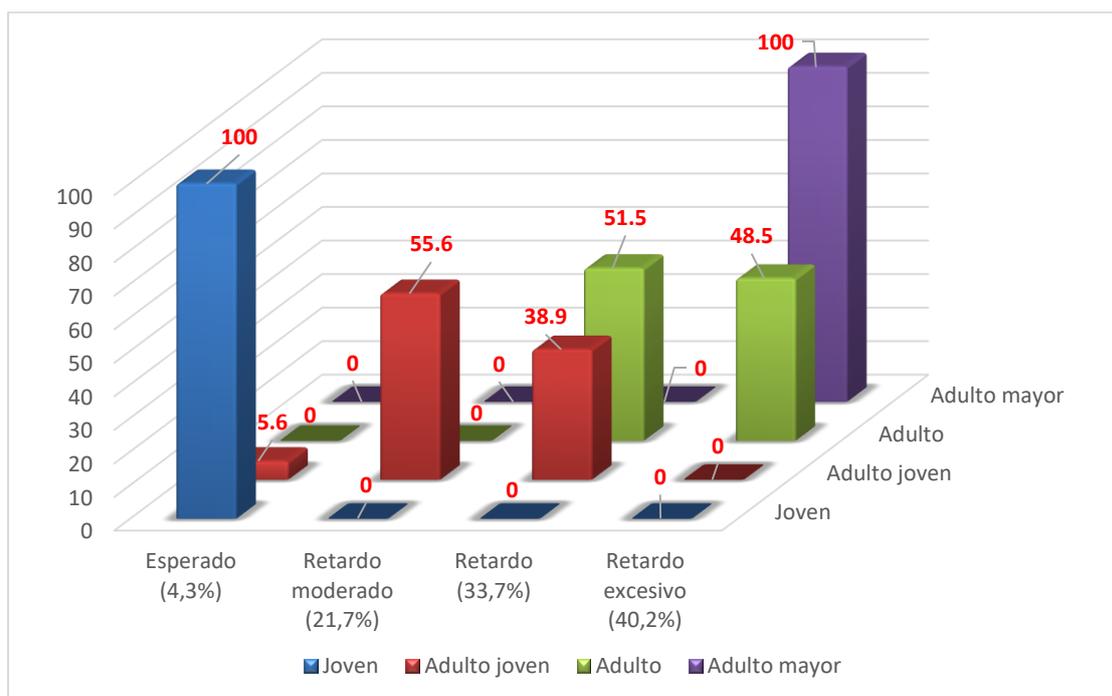


Figura 6. Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con la edad de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Dado que el p valor de 0,000 hallado en la prueba chi cuadrado es menor que el valor de α (0,05), se confirma que los resultados obtenidos al asociarse las variables son significativos, es decir se acercan a los valores esperados.

Tabla 12
Significancia de los datos según la prueba de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	121,320	9	0,000
Razón de verosimilitud	113,739	9	0,000
N de casos válidos	92		

3.2.2. Tiempo de espera administrativo en relación al sexo de los pacientes

Los resultados hallados muestran que en el 4,7% de las pacientes mujeres la operación se realizó en el tiempo esperado, siendo ligeramente mayor al porcentaje de pacientes varones.

Igualmente, en pacientes mujeres la operación se realizó con un retraso moderado en un porcentaje de 23,3% ligeramente mayor al 20,4% de varones; una diferencia similar se dio entre pacientes cuya operación sufrió retraso. Contrariamente el retardo en la operación fue excesivo en el 42,9% de varones y 37,2% de mujeres

Tabla 13
Sexo vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos

		Tiempo determinado por factores administrativos				Total
		Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Sexo	Femenino	4,7%	23,3%	34,9%	37,2%	100,0%

Masculino	4,1%	20,4%	32,7%	42,9%	100,0%
Total	4,3%	21,7%	33,7%	40,2%	100,0%

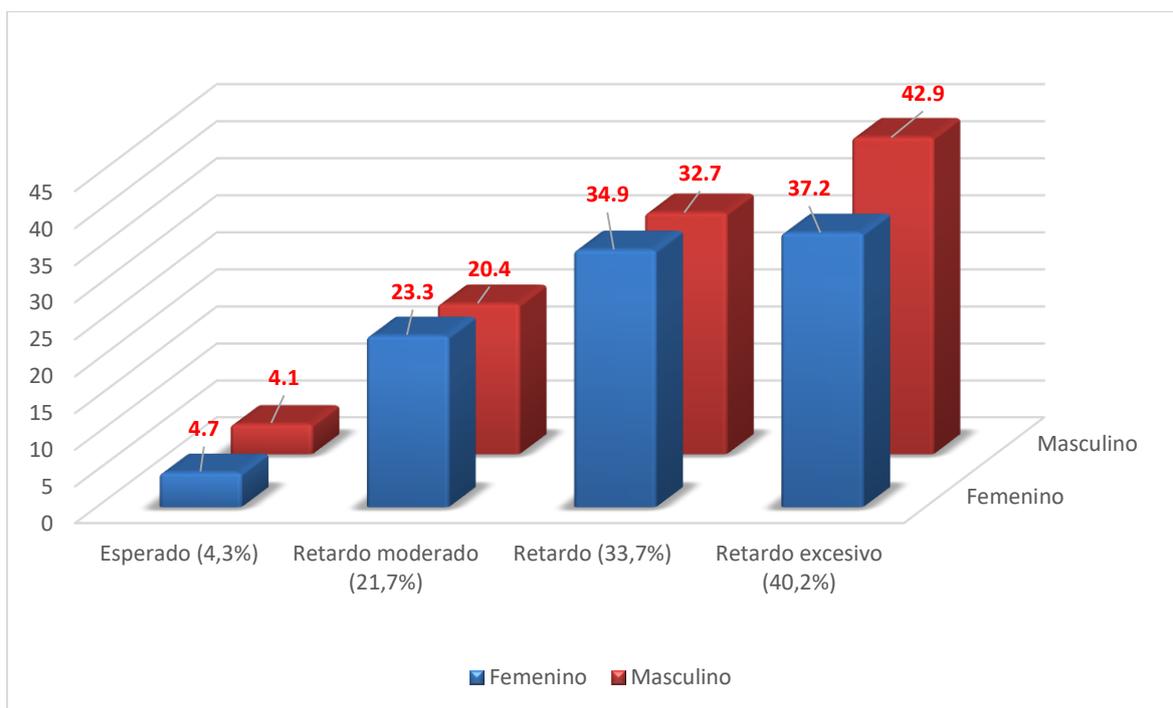


Figura 7. Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con el sexo de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Sin embargo, estos resultados hallados no son significativos de acuerdo con la prueba de chi cuadrado, es decir no existen evidencias para afirmar que dependen de la asociación entre las variables, pudiendo ser producto del azar.

Tabla 14

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	0,318	3	0,957
Razón de verosimilitud	0,318	3	0,957
N de casos válidos	92		

3.2.3. Factor administrativo del tiempo de espera quirúrgico en relación con la forma de ingreso al servicio

Los resultados que se consignan en la tabla revelan que el 16% de los pacientes que ingresaron por emergencia fueron intervenidos quirúrgicamente en el tiempo esperado, el 80% tuvo un retraso moderado y solo un 4% sufrió retraso en su operación.

A diferencia, el 100% de pacientes que ingresaron por transferencia de otros nosocomios y el 43,4% de pacientes que ingresaron por consultorio externo tuvieron un retraso excesivo en sus operaciones; asimismo, el 56,6% de pacientes tuvieron retraso en sus operaciones.

Tabla 15

Forma de ingreso vs. tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores administrativos

		Factores administrativos				Total
		Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Forma de ingreso al servicio	Consultorio externo	0,0%	0,0%	56,6%	43,4%	100,0%
	Emergencia	16,0%	80,0%	4,0%	0,0%	100,0%
	Transferencia	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
Total		4,3%	21,7%	33,7%	40,2%	100,0%

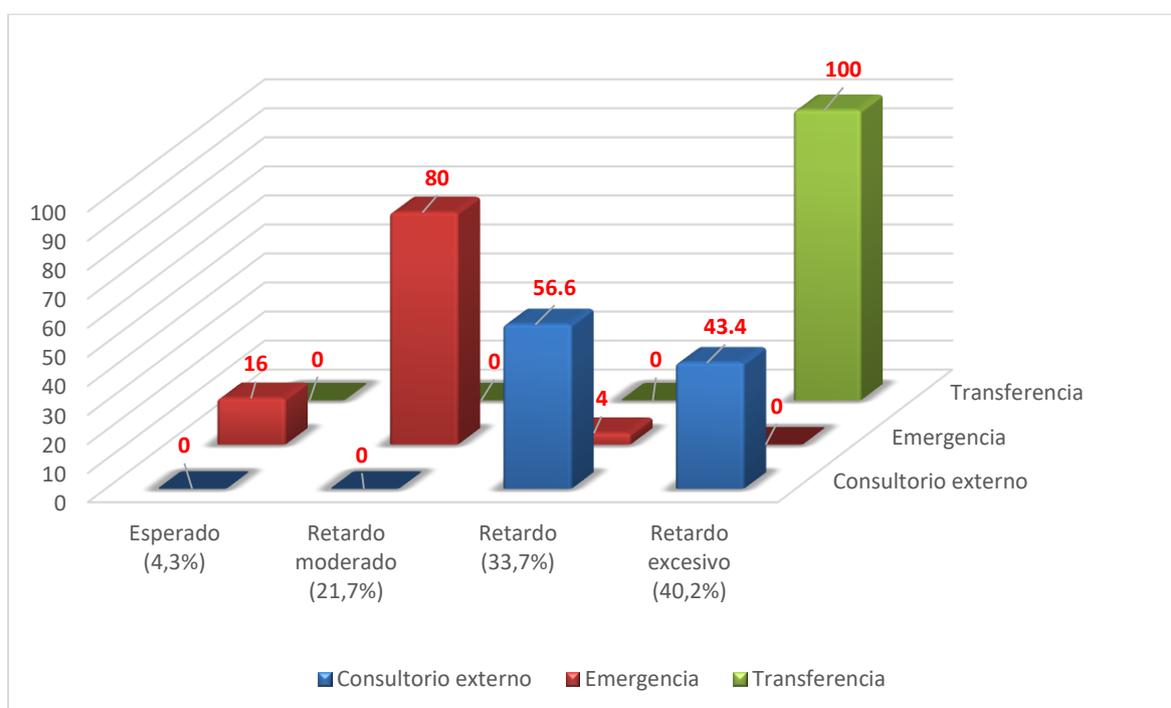


Figura 8. Tiempo de espera quirúrgico administrativo en relación con la forma de ingreso de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Estos resultados fueron significativos de acuerdo con la prueba del Chi cuadrado, en la que se observa un p valor de 0,000 menor a la significancia 0,05 esperada. En consecuencia, los datos se acercan a los valores teóricos esperados.

Tabla 16

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	106,463	6	0,000
Razón de verosimilitud	118,404	6	0,000
N de casos válidos	92		

3.3. Tiempo de espera quirúrgico determinado por factores asistenciales en relación con características sociodemográficas.

3.3.1. Tiempo de espera asistencial en relación con la edad de los pacientes

En esta asociación de las variables se observa que el tiempo de espera no se asocia en forma marcada con las edades de los pacientes; es así que el 50% de pacientes jóvenes fue operado en el tiempo esperado mientras que el otro 50% sufrió un retraso excesivo en sus operaciones.

En adultos jóvenes el 58,3% de pacientes tuvo retardo moderado en sus operaciones, pero no así el 36,1% de ellos que fueron operados en el tiempo previsto.

Es posible observar también que el 12,1% y 21,2% de adultos, así como el 42,9% y 14,3% de adultos mayores sufrieron de excesivo retraso y de retraso en sus operaciones.

Se advierte que, a diferencia de los factores administrativos, en el tiempo determinado por los factores asistenciales no se observa una predominancia marcada en los diferentes grupos etáreos de los pacientes.

Tabla 17

Edad vs. Tiempo de espera quirúrgico determinado por los factores asistenciales

		Factores asistenciales				Total
		Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Edad	Joven	50,0%	0,0%	0,0%	50,0%	100,0%
	Adulto joven	36,1%	58,3%	0,0%	5,6%	100,0%
	Adulto	30,3%	36,4%	21,2%	12,1%	100,0%
	Adulto mayor	23,8%	19,0%	14,3%	42,9%	100,0%
Total		31,5%	40,2%	10,9%	17,4%	100,0%

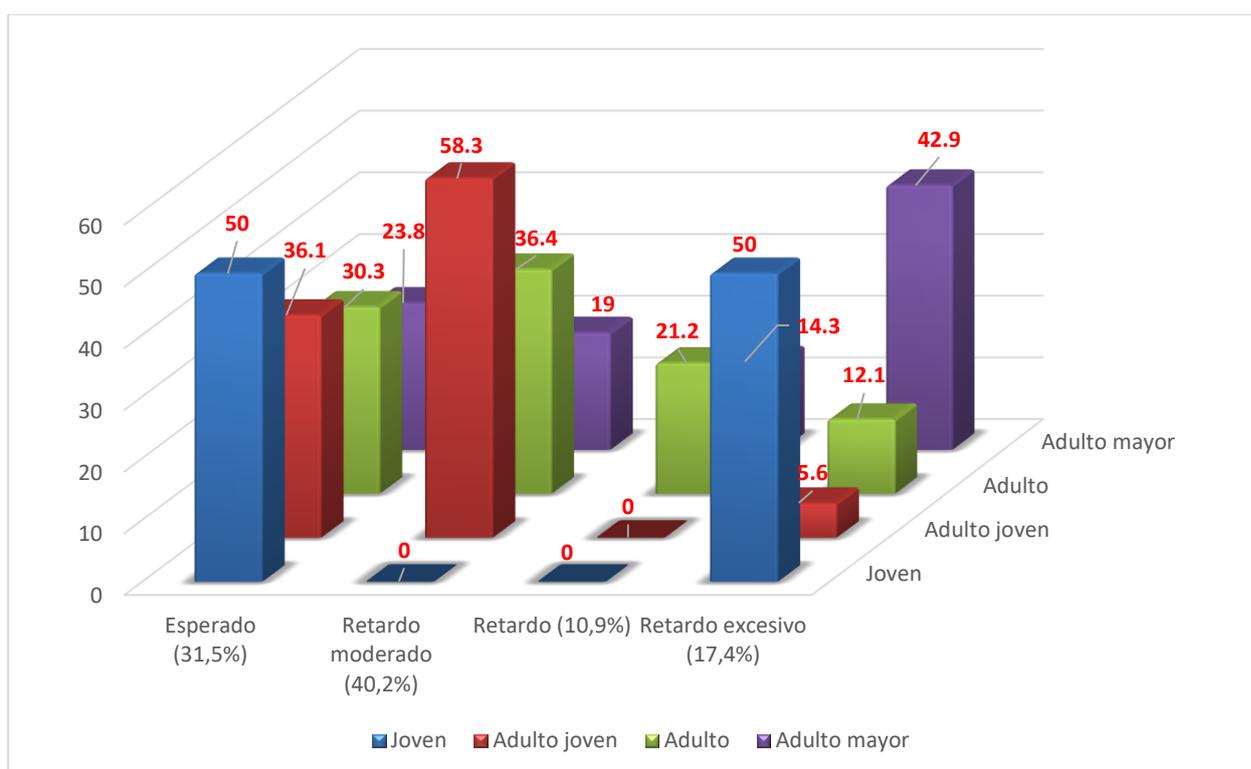


Figura 9. Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con la edad de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Se destaca igualmente que los resultados obtenidos son significativos según la prueba del chi cuadrado, la que arrojó un p valor de 0,000. Lo que confirma que se deben a la asociación establecida por las variables.

Tabla 18

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	106,463	6	0,000
Razón de verosimilitud	118,404	6	0,000
N de casos válidos	92		

3.3.2. Tiempo de espera asistencial en relación con el sexo de los pacientes

Los resultados hallados muestran que en el 39,5% de las pacientes mujeres la operación se realizó en el tiempo esperado, siendo ligeramente mayor al 24,5%, porcentaje de pacientes varones operados dentro del tiempo estimado.

Igualmente, en pacientes mujeres la operación se realizó con un retraso moderado en un porcentaje de 27,9% resultando mucho menor al 51% de varones; a diferencia, en los casos de retraso y retraso excesivo los porcentajes de mujeres 14% y 18,6% respectivamente fueron superiores a los porcentajes de los varones.

Tabla 19

Tabla de contingencia sexo y factores asistenciales

Sexo	Factores asistenciales				Total
	Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Femenino	39,5%	27,9%	14,0%	18,6%	100,0%
Masculino	24,5%	51,0%	8,2%	16,3%	100,0%
Total	31,5%	40,2%	10,9%	17,4%	100,0%

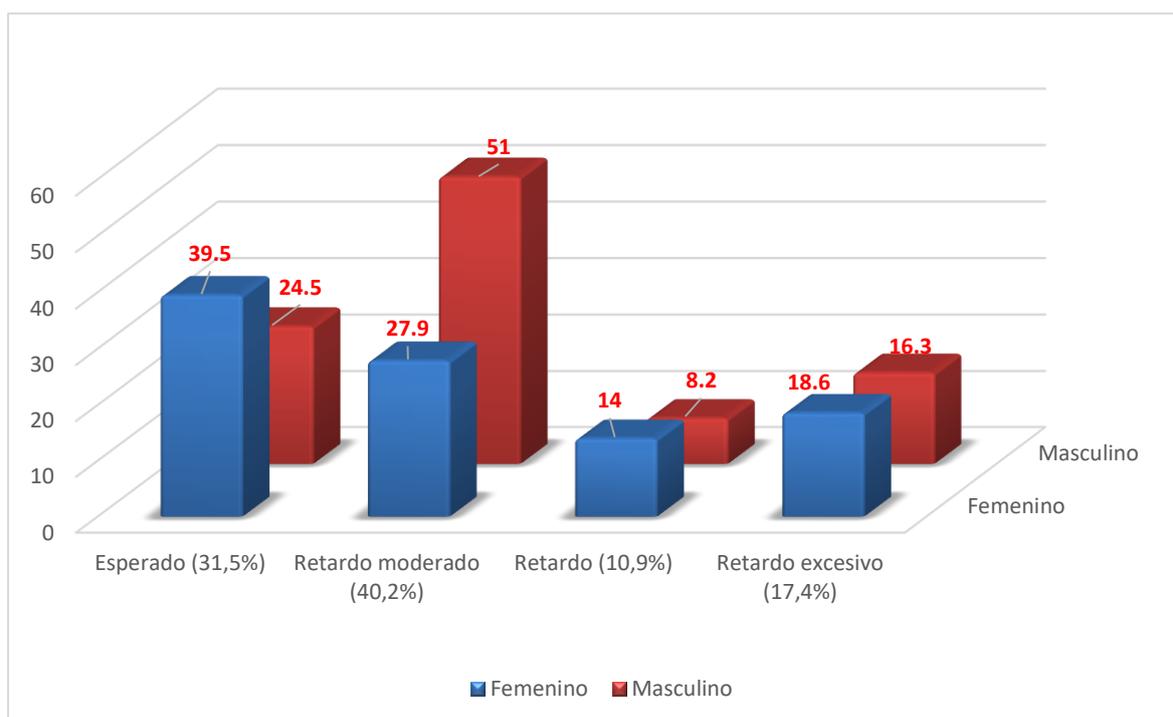


Figura 10. Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con el sexo de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Como la prueba de chi cuadrado arrojó un p valor de 0,141 superior al valor 0,05 de la significancia esperada, se consideró que los resultados no fueron significativos, es decir el tiempo de espera asistencial no está asociado con el sexo de los pacientes.

Tabla 20

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica
Chi-cuadrado de Pearson	5,462	3	0,141
Razón de verosimilitud	5,544	3	0,136
N de casos válidos	92		

3.1.1. Tiempo de espera asistencial en relación con la forma de ingreso al servicio

A diferencia de los resultados asociados a los factores administrativos fueron operados en el tiempo esperado el 30,2% de pacientes provenientes de la consulta externa, el 40% de pacientes ingresados por emergencia y el 21,4% de pacientes transferidos; en forma similar fueron importantes los porcentajes de pacientes operados con retraso moderado, siendo menor el porcentaje en los pacientes transferidos.

Asimismo, fue notoriamente mayor el 42,9% de pacientes transferidos que tuvieron excesivo retraso en sus operaciones, en comparación al 8% de los que ingresaron por emergencia y al 15,1% de los que ingresaron por consultorio externo.

Tabla 21

Tabla de contingencia sexo y factores asistenciales

		Factores asistenciales				Total
		Esperado	Retardo moderado	Retardo	Retardo excesivo	
Forma de ingreso al servicio	Consultorio externo	30,2%	39,6%	15,1%	15,1%	100,0%
	Emergencia	40,0%	52,0%	0,0%	8,0%	100,0%
	Transferencia	21,4%	21,4%	14,3%	42,9%	100,0%
Total		31,5%	40,2%	10,9%	17,4%	100,0%

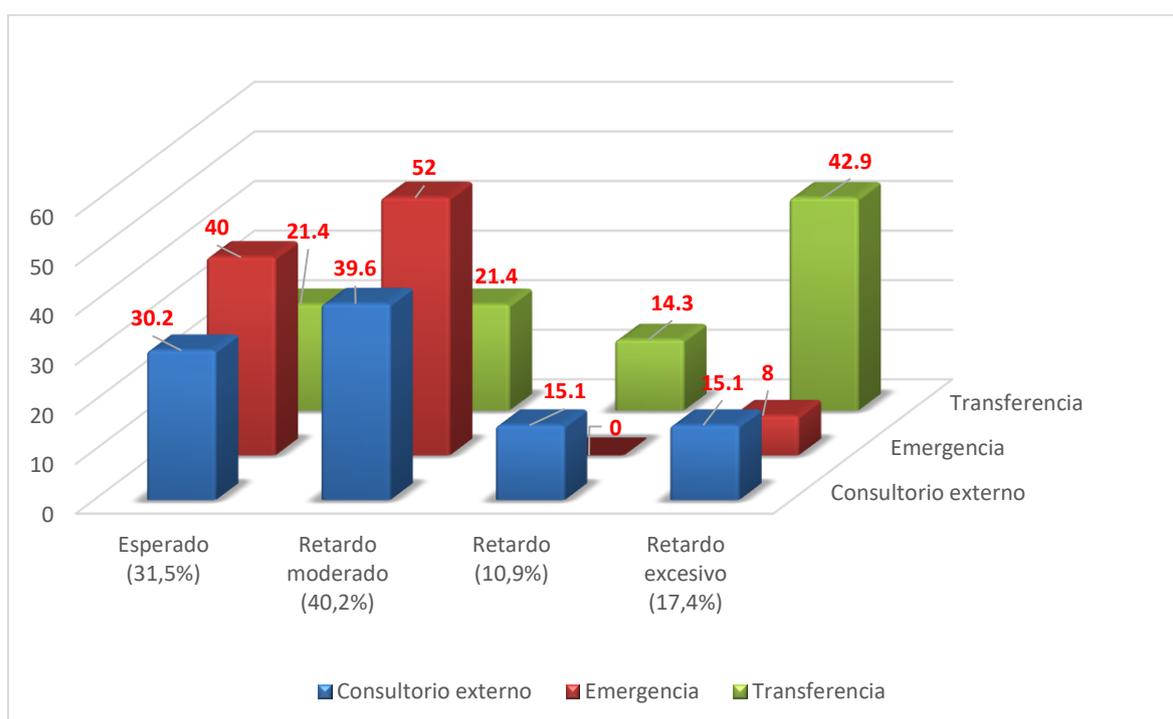


Figura 11. Tiempo de espera quirúrgico asistencial en relación con la forma de ingreso de los pacientes operados del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, 2017

Estos resultados hallados fueron significativos de acuerdo con el 0,035 del p valor, el cual fue menor al valor 0,05 de la significancia esperada, lo que significa que los datos están asociados.

Tabla 22
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,356	6	0,035
Razón de verosimilitud	15,140	6	0,019
N de casos válidos	92		

IV. Discusión

En este capítulo se hace un análisis de los resultados a los que se arribó en la presente investigación, respecto al tiempo de espera quirúrgico se encontró que el mayor retraso en las intervenciones quirúrgicas fueron más responsabilidad de los factores administrativos que de los factores asistenciales. Se encontró que los factores administrativos llegaron a causar un retraso máximo de 470 días, es decir 102 días más que los factores asistenciales, lo que se refleja en la diferencia de medias del retraso de ambos factores, 49,26 días y con una desviación de 57,67 para los administrativos y 30,75 días con una desviación de 58,18 para los asistenciales. Los factores administrativos tuvieron un efecto negativo sobre el tiempo de espera ocasionándose un mayor retraso quirúrgico, probablemente debido a recursos humanos insuficientes, trámites administrativos burocráticos, materiales e insumos quirúrgicos escasos y que tanto la infraestructura como el equipamiento se encuentren obsoletos tal como lo propusieron Cañizares y Santos (2011) (Tarlov, como se citó en Fernández-Crehuet et al., 2015). Estos resultados nos llevan a recomendar la ejecución de una reingeniería de los procesos administrativos, lo que requiere de la estandarización de los procesos y capacitación continua del personal administrativo y asistencial, recalcando la importancia de una gestión adecuada para minimizar las situaciones adversas o que impidan una eficiente intervención quirúrgica, pues siendo el área de estudio altamente especializada, se requiere también dotar de los elementos humanos y de infraestructura necesarios para asegurar la calidad del servicio prestado, al respecto es importante considerar que cuando los aspectos administrativo son adecuados, se llevaría a las personas a una mejor situación de salud y calidad de

vida, contribuyéndose con la mejora continua y una eficiente calidad de vida en caso contrario (Tarlov, como se citó en Fernández-Crehuet et al., 2015)

Estos resultados estarían confirmando la propuesta de Cañizares y Santos (2011) acerca del problema multifactorial que sufre el sistema administrativo de salud en el país por lo que se debe considerar no solo el incremento de los recursos destinados a mejorar la oferta, sino que se deben establecer estrategias para disminuir la variabilidad clínica e incrementar la capacidad de los quirófanos con los recursos disponibles, tal como lo propusieron Carbonell, Girbés y Calduch (2006).

Por otro lado, al explicar estos resultados no se puede dejar de lado, la teoría de las colas (Singer et al., 2008) que estableció que la opinión que generan las personas acerca del servicio que se les brinda depende de muchos aspectos subjetivos: la capacidad técnica de quienes atienden, la amabilidad del trato, la presentación y la limpieza por lo que no se debe implementar sólo los recursos, sino que es indispensable desarrollar en el personal asistencial y administrativos sus habilidades blandas.

Estos resultados estarían confirmando que los factores administrativos y asistenciales determinan el tiempo de espera quirúrgico y que son los administrativos los aspectos que requieren mayor mejora pues son los que originaron un mayor tiempo de espera quirúrgica en la institución, coincidiendo a nivel internacional con los reportes de Tostes, Covre y frenandez (2016) quienes al analizar el acceso a la asistencia quirúrgica en Brasil encontró que el 74,1% de los reportes implicó la falta de acceso a la asistencia quirúrgica, en todas las regiones de Brasil, siendo el principal factor limitante de acceso el largo tiempo de espera quirúrgica. Así mismo, Abeldaño y Coca (2014) al realizar un estudio descriptivo acerca de la suspensión de cirugías en un Hospital de Trauma evidenciaron que las causas más frecuentes (44.2%) estaban vinculadas con la logística o el soporte administrativo. Por su parte Barbosa, Miranda y Vieira de Andrade (2012) al analizar de la suspensión de cirugía en un hospital docente reportó también que aspectos administrativos como falta de hospitalización de los usuarios, condiciones administrativas y clínicas inadecuadas, eran los aspectos de mayor relación con la suspensión de las cirugías.

En Portugal Reis (2014) y Caldinhas y Ferrinho (2013) al analizar el tiempo de espera quirúrgico determinaron que los factores administrativos eran los que causaban mayor retraso y concluyó afirmando que la disponibilidad de tiempo de sala de operaciones era la que causaba mayor impacto en el tiempo de espera quirúrgico y que la cirugía ambulatoria parece estar asociada con un tiempo de espera más corto para las cirugías electivas.

A nivel nacional los resultados de la investigación coinciden con los reportes de Pinedo (2016) acerca de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgica de emergencia del hospital regional docente de Trujillo, este investigador reportó que el tiempo de espera fue 11,39 horas, con una desviación estándar 15,18 hora y siendo las principales causas de la demora identificados: Sala de operaciones ocupada en 64 casos (29,36%); Pashanaste y Pinedo (2016) al analizar el tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha en Iquitos (2016) encontró que existe significancia entre el tiempo de espera para realizar el trámite de cita, tiempo de atención dentro del consultorio y tiempo en sala de espera antes de la consulta con la satisfacción de los pacientes del Centro de Salud y que un 85,1% de pacientes mostro satisfacción con la atención recibida. Shi (2013) al analizar los motivos de suspensión quirúrgica en el Hospital Cayetano Heredia encontró que la principal causa es de origen administrativo (38,6%).

Respecto a la edad, se encontró que se encontraba significativamente asociada con el tiempo de espera quirúrgica (el p valor de 0,000 hallado en la prueba chi cuadrado $< \alpha = 0,05$), por lo que se la consideró como un factor determinante del tiempo de espera quirúrgico. Se encontró además que las intervenciones quirúrgicas en el 100% de jóvenes se realizaron dentro del tiempo esperado, mientras que en el adulto joven un 55,6% sufrió un retraso moderado y el 38,9% sufrió retraso en sus intervenciones. Así mismo en el 51,5% de adultos se produjo retraso en sus intervenciones y el retraso fue excesivo para el 48,5% de adultos y en el 100% de adultos mayores. Por lo que se estableció que a mayor edad mayor es el retraso en las intervenciones quirúrgicas debido a demoras en el desarrollo de los subprocesos o factores administrativos, tales

como la admisión de pacientes, disposición de camas y salas de operación entre otros.

En relación al sexo, se encontró que en el 4,7% de las pacientes mujeres la operación se realizó en el tiempo esperado, siendo ligeramente mayor al porcentaje de pacientes varones. Igualmente, en el 23,3% pacientes mujeres la operación se realizó con un retraso moderado estando ligeramente elevado respecto a lo encontrado con la edad de los varones (20,4%). Contrariamente el retardo en la operación fue excesivo en el 42,9% de varones y 37,2% de mujeres, sin embargo, estos resultados hallados no fueron estadísticamente significativos y de acuerdo con la prueba de chi cuadrado, es decir no existen evidencias para afirmar que dependen de la asociación entre las variables, pudiendo ser producto del azar.

El análisis estadístico de Chi-cuadrado demostró los aspectos administrativos determinantes del tiempo de espera quirúrgico en el hospital se encontraban asociados significativamente a la forma como ingresaron los pacientes, encontrándose que sólo el 16% de los pacientes que ingresaron por emergencia fueron intervenidos quirúrgicamente en el tiempo esperado, mientras que el 80% tuvo un retraso moderado y solo un 4% sufrió retraso en su operación. Mientras que el 100% de pacientes que ingresaron por transferencia de otros nosocomios y el 43,4% de pacientes que ingresaron por consultorio externo tuvieron un retraso excesivo en sus operaciones; asimismo, el 56,6% de pacientes tuvieron retraso en sus operaciones.

Por otro lado se encontró que los factores asistenciales determinantes del tiempo de espera también se asociaban con la edad de los pacientes; es así que el 50% de pacientes jóvenes fue operado en el tiempo esperado mientras que el otro 50% sufrió un retraso excesivo en sus operaciones. En adultos jóvenes el 58,3% de pacientes tuvo retardo moderado en sus operaciones, pero no así el 36,1% de ellos que fueron operados en el tiempo previsto. Fue posible observar además que el 12,1% y 21,2% de adultos, así como el 42,9% y 14,3% de adultos mayores sufrieron de excesivo retraso y de retraso en sus operaciones.

Advirtiéndose que a diferencia de los factores administrativos, el tiempo determinado por los factores asistenciales no tiene una predominancia marcada en los diferentes grupo etáreos. Además no se encontró asociación significativa entre los aspectos asistenciales determinantes del tiempo de espera quirúrgico y el sexo de los pacientes.

Los resultados hallados mostraron que en el 39,5% de las pacientes mujeres la operación se realizó en el tiempo esperado, siendo ligeramente mayor al 24,5%, porcentaje de pacientes varones operados dentro del tiempo estimado. Igualmente, en pacientes mujeres la operación se realizó con un retraso moderado en un porcentaje de 27,9% resultando mucho menor al 51% de varones; a diferencia, en los casos de retraso y retraso excesivo los porcentajes de mujeres 14% y 18,6% respectivamente fueron superiores a los porcentajes de los varones.

Finalmente se encontró que existía una asociación significativa entre los factores asistenciales determinantes del tiempo de espera quirúrgico y la forma de ingreso al servicio. Evidenciándose además que a diferencia de los resultados asociados a los factores administrativos, fueron operados en el tiempo esperado el 30,2% de pacientes provenientes de la consulta externa, el 40% de pacientes ingresados por emergencia y el 21,4% de pacientes transferidos; en forma similar fueron importantes los porcentajes de pacientes operados con retraso moderado, siendo menor el porcentaje en los pacientes transferidos.

Asimismo, fue notoriamente mayor el 42,9% de pacientes transferidos que tuvieron excesivo retraso en sus operaciones, en comparación al 8% de los que ingresaron por emergencia y al 15,1% de los que ingresaron por consultorio externo.

V. Conclusiones

Primera

El factor que determina un mayor tiempo de espera para que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente es el factor administrativo. El tiempo promedio en días de retraso por efecto de los factores administrativos fue de 49,26 mientras que la media de los factores asistenciales fue 30,75 días.

Segunda

La característica sociodemográfica que se encontraba asociada al factor administrativo que determina un mayor tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima es la edad. Los resultados mostraron que cuanto mayor es la edad de los pacientes mayor es el tiempo de retraso en las intervenciones quirúrgicas como consecuencia de las deficiencias de los subprocesos o factores administrativos. Así mismo se determinó que la relación con el sexo no fue significativa.

Tercera

La característica sociodemográfica que se encontraba asociada al factor asistencial que determina un mayor tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima es la edad. Los resultados mostraron que a diferencia de los factores administrativos, en el tiempo determinado por los factores asistenciales no se observa una predominancia marcada en los diferentes grupos etáreos de los pacientes. Así mismo se determinó que no existe relación entre el sexo y los factores asistenciales.

Cuarta

La forma de ingreso al servicio se encuentra asociada a los factores administrativos y sanitarios que determinan el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima. En relación a la asociación entre la forma de ingreso y los factores administrativos, se encontró que sólo el 16% de los pacientes que ingresaron por emergencia fueron intervenidos quirúrgicamente en el tiempo esperado, mientras que el 80% tuvo un retraso moderado y el 100% de pacientes que ingresaron por transferencia de otros nosocomios tuvieron un

retraso excesivo en sus operaciones. Por otro lado, la forma de ingreso asociada a los factores sanitarios permitió que el 30,2% de pacientes provenientes de consulta externa, el 40% de pacientes ingresados por emergencia y el 21,4% de pacientes transferidos fueran intervenidos quirúrgicamente en los tiempos esperados.

VI. Recomendaciones

Primera

Dado que los factores administrativos son los que generan el mayor tiempo de espera quirúrgico, siendo el tiempo promedio en días de retraso por efecto de los factores administrativos más que los factores asistenciales se recomienda la ejecución de una reingeniería de los procesos administrativos, lo que requiere de la estandarización de los procesos y capacitación continua del personal administrativo y asistencial, recalcando la importancia de una gestión adecuada para minimizar las situaciones adversas o que impidan una eficiente intervención quirúrgica, pues siendo el área de estudio altamente especializada, se requiere también dotar de los elementos humanos y de infraestructura necesarios para asegurar la calidad del servicio prestado.

Segunda

Siendo la edad de los pacientes un factor que retrasa para las intervenciones quirúrgicas como consecuencia de las deficiencias de los subprocesos o factores administrativos; se recomienda ampliar la investigación e incluir en ella aspectos cualitativos que permitan identificar los factores sociales y emocionales propios de cada grupo etario con la intención de recabar información precisa para la toma de decisiones.

Tercera

Los resultados hallados en la investigación evidenciaron que son los factores administrativos los que causan en mayor grado el incremento del tiempo de espera quirúrgica, por lo que se recomienda seguir con esta línea de investigación y realizar una investigación comparativa considerando diferentes condiciones socioeconómicas o si estas características son diferentes en centros de salud del ámbito público o privado, se recomienda al respecto ampliarla.

VIII. Referencias

- Abeldaño, R. y Cocas, M. (2014). Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014. *Enfermería Universitaria*, 13(2), . 107-113. Recuperado de DOI: 10.1016/j.reu.2016.03.005
- Abrutzky, R., Bramuglia, C. y Godio, C. (2009). Los Sistemas de salud en los países del Mercosur. *Rev. Margen*, 54, 1-9. <http://www.margen.org/suscri/margen54/bramuglia.pdf>
- Aguirre, A. (2009). *Organización y Organización y evaluación de servicios hospitalarios*. Medellín, Colombia: Blanco, J. y Maya, J. (Ed).
- Aguirre, J., Chavez, G., Huitrón, G., Cortéz, N. (2003). ¿Por qué se suspende una cirugía? Causas, implicancias y antecedentes bibliográficos. *Gaceta Médica de México*, Vol. 138 No. 6, pp. 545-551.
- Aguirre, L. y Lungo, D. (2013). *Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria* (Tesis de Maestría, Instituto Centroamericano de Administración Pública. ICAP, Costa Rica).
- Amaya A, Idarraga, V. y Gómez, L. (2015). Efectividad de un programa para mejorar el trabajo en equipo en salas de cirugía. *Rev. Colombiana de Anestesiología*, 43(1), 68-75. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0120334714001312>
- Arce, C. (2003). Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Rev. de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social* [online]., vol.11, n.2, pp. 41-50. ISSN 1409-1259.
- Barbosa, M.H., Miranda, D.M. y Vieira de Andrade, E.A. (2012). Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente. *Rev. Enfermería Global*, 26, 164-173. [online]. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/s1695-61412012000200011>.

- Blanco, J. (2009). *Evaluación de Servicio de salud. Administración de servicios de salud*. (55-66). Medellín, Colombia. Blanco, J. y Maya, J. (Ed).
- Broggi, M. (2009). *Listas de Espera ¿lo podemos hacer mejor?* Barcelona, España: Edit. Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas
- Bruni, R., Laupacis, A., Levinson, W. y Martin DK. (2010). Opiniones públicas sobre una iniciativa de gestión del tiempo de espera: una cuestión de comunicación. *BMC Health Serv Res.*, 10, 228.
- Cañizares, A. y Santos, A. (2011). Gestión de listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. Una breve aproximación a su análisis. España: Laboratorio Alternativas. Recuperado de http://www.fundacionalternativas.org/public/storage/laboratorio_documentos_archivos/9a22a4dc90277c6d4812609edb157639.pdf
- Caldinhas, P. y Ferrinho, P. (2013). Day-surgery and surgical waiting time. *Rev. Brasileira de Epidemiologia*, 16(2), 314-327. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2013000200008>.
- Carbonell, M., Girbés J. y Calduch, J. (2006). Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. *Rev. Emergencias*. 18, 30–35. Recuperado de file:///C:/Users/maestria-25/Downloads/Emergencias-2006_18_1_30-5.pdf
- Ceballos-Acevedo, T., Velásquez-Restrepo, P. y Jaén-Posada, J. (2014) Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Rev. Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>
- Cole, E., Hopman W. y Kawakami, J. (2011). High resolution analysis of wait times and factors affecting surgical expediency. *Journal Can Urol Assoc* . 5(1): 13–17. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036749/>

- Chaves Sá, S. P., Gomes do Carmo, T., & Secchin, L. (2011). Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enfermería Global*, 10(23), 190–199. <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300014>
- Chaves, S. P., Gomes, T. y Secchin, L. (2011). Evaluando el indicador de desempeño suspensión quirúrgica, como factor de calidad en la asistencia al paciente quirúrgico. *Enfermería Global*, 10(23), 190–199. Recuperado de <https://doi.org/10.4321/S1695-61412011000300014>
- Díaz, A. y Osada, J. (2015). Tiempo de espera quirúrgica en un hospital de Chiclayo, Perú. *Rev. Peruana de Medicina Experimental Salud Pública*, vol. 32(1), 204. Recuperada de <http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1604/1582>
- Díaz, D. (2016). Frecuencia y causas asociadas a la suspensión de cirugías según condición institucional del paciente en la Clínica Maison de Santé, Lima-Perú. Retrieved from http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/5312/1/Diaz_gd.pdf
- Fernandes-Mendes F, Lopes-Machado E, De Oliveira M. (2013). Evaluación preoperatoria: selección por medio de cuestionario. *Rev Brasileira de Anestesiología*, vol. 63(4): pp.347-352 [consultado en marzo 31 de 2014]. Disponible en: <http://bit.ly/1kl4OBr>
- Gavilán-Bouzas, D., y García-de-Madariaga-Miranda, J. (2009). ¿Esperamos porque es mejor o es mejor porque esperamos? Un estudio exploratorio de la relación entre el tiempo de espera y el valor percibido. *Universidad Business Review*, 22, 56–73.
- Gaviria-García, G., Lastre-Amell, G. y Suárez-Villa, M. (2014). Causas que inciden en cancelación de cirugías desde la percepción del personal de salud. *Enfermería universitaria*, 11(2), 47-51. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000200002&lng=es&tlng=es

- Gempeler. R. (2014). Educación en Anestesia ¿Cambio de un paradigma? *Rev Colomb Anesthesiol* 2014; 42, 139-41. Recuperado DE DOI: 10.1016/j.rca.2014.05.001
- González-Arévalo, A., Gómez-Arnau, J.I., De la Cruz, F.J., Marzal, J.M., Ramírez, S., Corral, E.M. y García-del-Valle, S. (2009). Causes for cancellation of elective surgical procedures in a Spanish general hospital. *Anaesthesia*, 64, 487-93. Recuperado de doi: 10.1111/j.1365-2044.2008.05852.x.
- Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (2014). *Sistema de Gestión Hospitalaria*. Chiclayo: Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo;
- Hurst, J. y Siciliani, L. (2003). Tackling excessive waiting times for elective surgery: a comparison of policies in twelve OECD countries. *OCDE Health Working Papers*, 6.
- Instituto Nacional de Salud. (1998). *Guía para la gestión de las listas de espera quirúrgica*. Madrid: Instituto Nacional de la Salud, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Jonnalgadda, R., Walrond, E., Harinharan, S., Walrond, M., y Prasad. N. (2005). Evaluation of the reasons for cancellations and delays of surgical procedures in a developing country. *Clin Pract*, 716-720.
- Lamata, C. (1998). *Manual de administración y gestión sanitaria*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Lewis NR, Le Jeune I, Baldwin DR (2005). Bajo la utilización de la iniciativa de espera de 2 semanas para el cáncer de pulmón por atención primaria y su efecto en la vía de derivación urgente. *Br J Cáncer*. 2005, 93 (8): pp. 905-8.
- Tostes, M., Covre, E., y Fernandes, C. (2016). Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016; 24:26 - 77. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0954.2677>

- Trujillo, A. (2009). Indicadores de gestión para la evaluación de los servicios hospitalarios. En Blanco, J. y Maya, J. (Ed), *Administración de servicios de salud*. (137-148) Medellín: QuebecordWorld Bogotá SA
- Villar, M. (2011). Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta Med Per*, 28(4), 237–241. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172011000400011&lng=es&tlng=es

IV. Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES			
<p>Problema general: ¿Cuál es el factor que determina un mayor tiempo de espera para que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente en un instituto especializado de salud de Lima?</p> <p>Problema específico 1: ¿Qué característica sociodemográfica se encuentra asociada al factor administrativo que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?</p> <p>Problema específico 2: ¿Qué característica sociodemográfica se encuentra asociada al factor asistencial que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?</p> <p>Problema específico 3: ¿La forma de ingreso al servicio se encuentra asociada a los factores administrativos y asistenciales que determinan el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima?</p>	<p>Objetivo general: Identificar el factor que determina un mayor tiempo de espera para que los pacientes sean intervenidos quirúrgicamente en un instituto especializado de salud de Lima.</p> <p>Objetivo específico 1: Identificar la característica sociodemográfica que se encuentran asociada al factor administrativo que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima</p> <p>Objetivo específico 2: Identificar la característica sociodemográfica que se encuentran asociada al factor asistencial que determina el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima</p> <p>Objetivo específico 3: Determinar si la forma de ingreso al servicio se encuentra asociada a los factores administrativos y asistenciales que determinan el tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima.</p>	Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico			
		Dimensiones	Indicadores	Nivel/rango	
		A. Factores Administrativos	Trámites administrativos para solicitud de materiales Programación quirúrgica Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos Disponibilidad de sala de operaciones y/o camas en hospitalización	Esperado (≤ a una semana) Retardo moderado (De 2 a 3 semanas)	
		B. Factores sanitarios relacionados a la actividad del personal de salud	Diagnóstico Médico Resolución de interconsultas Exámenes de imagen Depósito de sangre Exámenes por cardiología Preparación pre quirúrgica Equipo de trabajo quirúrgico	Retardo (De 4 a 6 semanas) Retardo excesivo (> a 6 semanas)	
C. Forma de ingreso	Ingreso por emergencia Ingreso por transferencia Ingreso por consultorio	Retrasa el proceso No retrasa el proceso			

TIPO Y DISEÑO	MÉTODO DE ANÁLISIS DE DATOS	POBLACIÓN Y MUESTRA	PROPUESTA DE MARCO TEÓRICO
<p>DISEÑO DE INVESTIGACION</p> <p>La investigación se desarrolló bajo un diseño no experimental de corte transversal, es decir no se manipuló ninguna de las variables de estudio y la recolección de datos se realizó en un solo momento. Hernández, Fernández y Baptista (2014) lo define como el estudio realizado sin intervenir en las variables, los hechos se observan en su campo natural para luego analizarlo.</p> <p>En función del alcance de la investigación, el estudio fue descriptivo</p> <p style="text-align: center;">N  O</p> <p>N: es la población de estudio, pacientes intervenidos quirúrgicamente en el INCN.</p> <p>O: Tiempo determinado por los Factores analizados</p> <p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>Básico y descriptivo</p> <p>ENFOQUE DE LA INVESTIGACION:</p> <p>Enfoque cuantitativo, permitió el control de las variables de estudio con la intención de analizarlas y compararlas. Se empleó la lógica o razonamiento deductivo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010) en el método descriptivo.</p> <p>METODO:</p> <p>Deductivo, por las conclusiones que se infieren parte de una teoría general.</p>	<p>Para el análisis y presentación de los datos obtenidos en la investigación, se empleó la estadística descriptiva, siguiéndose los siguientes pasos:</p> <p>1º En un primer momento se procedió a organizar y ordenar la información recopilada en una base de datos,</p> <p>2º Se procedió posteriormente al análisis empleando el software SPSS versión 21, que permitió establecer las frecuencias y los estadígrafos de tendencia y posición.</p> <p>3º Estos resultados fueron presentados en tablas de frecuencias y figuras estadísticas para lograr una interpretación global y comprender mejor los resultados.</p> <p>4º Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi cuadrado</p>	<p>Población de estudio:</p> <p>Quedó conformada por los 92 pacientes de las tres salas de neurocirugía que fueron sometidos a una intervención neuro quirúrgica en el INCN en el periodo de enero y febrero del 2017.</p> <p>Dado que la población no fue numerosa y se tenía acceso garantizado a la información contenida en las historias clínicas no se estableció ninguna muestra en el estudio, por lo cual éste fue considerado censal.</p> <p>TÉCNICA DE RECOJO DE DATOS</p> <p>Se empleó la técnica de análisis documental, procediéndose a revisar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Libro de reporte operatorio de Centro neuro quirúrgico del INCN 2. Historias clínicas de los pacientes operados. <p>INSTRUMENTO</p> <p>En el estudio se empleó una ficha de registro, la que presenta tres secciones:</p> <p>Reporte de datos administrativos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registró cinco ítems <p>Reporte de datos referidos a la actividad asistencial o sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registró siete ítems <p>Reporte de datos relacionados con la forma de ingreso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registró tres ítems 	<p>Antecedentes</p> <p>Tostes, Covre y Fernandes (2016) Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas</p> <p>Abeldaño y Coca (2014) Tasas y causas de suspensión de cirugías en un hospital público durante el año 2014</p> <p>Andrade Pais (2014): Tiempo de espera quirúrgico: Situación en Portugal y determinantes</p> <p>Ceballos-Acevedo, Velásquez-Restrepo y Jaén-Posada (2014) Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención</p> <p>Caldinhas y Ferrinho (2013) Cirugía diurna y tiempo de espera quirúrgico en Portugal</p> <p>Aguirre S. &Lungo A. (2013):Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria</p> <p>Barbosa et al (2012): Análisis de la suspensión de cirugía en un hospital docente.</p> <p>Cole, Hopman y Kawakami (2011) Análisis de alta resolución de tiempos de espera y factores que afectan la oportunidad quirúrgica.</p> <p>Pinedo Torres (2017) Factores determinantes del tiempo de espera en pacientes que requieren cirugía no obstétrica de emergencia departamento de emergencia del hospital regional docente de Trujillo.</p> <p>Collantes (2015) Factores que influyen en la estancia hospitalaria prolongada de los pacientes del servicio de Medicina n° 2 del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen</p> <p>Ruiz (2016) Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016</p> <p>Teorías relacionadas con el tema:</p> <p>1.Generalidades</p> <ul style="list-style-type: none"> -Servicios de salud en el Perú -Gestión de los Servicios de Salud -Servicio de Centro quirúrgico <p>2.Factores determinantes</p> <ul style="list-style-type: none"> -Conceptualización -Modelo teórico -Dimensiones de los Factores determinantes *Factor Administrativo como determinante del tiempo de espera quirúrgico. *Factor asistencial o sanitario como determinante del tiempo de espera quirúrgica. *Factores relacionados al paciente como determinante del tiempo de espera quirúrgica. *La suspensión de cirugía como causa determinante del tiempo de espera quirúrgico - Importancia de los factores determinantes <p>3. Tiempo de espera</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conceptualización - Modelo Teórico: Teoría de las colas o tiempos de espera

			<ul style="list-style-type: none">-Tiempo de espera quirúrgico-Criterios de prioridad de tiempo de espera quirúrgico- Gestión de los Tiempos de espera quirúrgica- Importancia del Tiempo de espera quirúrgico
--	--	--	---

Anexo 2.

FICHA DE REGISTRO DE DATOS

Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017

Presentación: El instrumento será usado para establecer el tiempo de espera quirúrgico determinado por factores que inciden en el proceso. Recogerá datos de fuentes secundarias.

Instrucciones: Completar los datos generales y marcar con un aspa (X) la respuesta correcta.

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
a)	Número de Paciente		
b)	Edad		años
c)	Sexo	Masculino ()	Femenino ()
d)	Departamento de Procedencia		
	Distrito de procedencia		
e)	Grado de instrucción		
f)	Seguro de salud		
	Tipo de seguro		
g)	Forma de ingreso al servicio	Emergencia ()	Consultorio externo ()
		Transferencia ()	Otro.....
h)	Diagnostico		

Nº	Factor/proceso	Tiempo de ejecución en días
FACTORES ADMINISTRATIVOS		
1.	Trámite administrativo para solicitud de materiales	
2.	Programación quirúrgica	
3.	Disponibilidad de camas para hospitalización.	
4.	Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos	
5.	Disponibilidad de sala de operaciones	
FACTORES SANITARIOS		
6.	Diagnóstico médico	
7.	Resolución de Interconsultas	
8.	Exámenes de neuroimagen	
9.	Depósito de sangre.	
10.	Exámenes por cardiología	
11.	Preparación pre quirúrgica	
12.	Equipo de trabajo quirúrgico	
FORMA DE INGRESO		
13.	Por emergencia	
14.	Por consultorio	
15.	Transferido	

Anexo 3 BASE DE DATOS

nº	EDAD		SEXO		PROCEDENCIA		DEMORA EN DÍAS		Tiempo determinado por	
							F. adm.	F. sanit.	Factores administrativos	Factores sanitarios
1	67	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	82	17	Esperado	Retardo excesivo
2	41	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	33	9	Esperado	Esperado
3	38	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	106	7	Retardo	Retardo moderado
4	43	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	74	59	Retardo	Esperado
5	38	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	76	71	Retardo	Retardo moderado
6	26	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	21	5	Retardo	Retardo moderado
7	67	3	FEMENINO	1	TRANSFERENCIA	3	13	3	Retardo moderado	Esperado
8	32	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	90	3	Retardo	Esperado
9	36	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	14	13	Retardo moderado	Esperado
10	29	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	12	20	Retardo	Retardo moderado
11	64	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	43	13	Retardo	Esperado
12	53	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	124	121	Retardo	Retardo moderado
13	37	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	39	37	Retardo	Retardo moderado
14	36	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	34	8	Retardo	Retardo moderado
15	61	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	14	12	Retardo moderado	Esperado
16	58	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	12	1	Retardo excesivo	Esperado
17	63	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	65	1	Retardo moderado	Esperado
18	19	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	32	10	Esperado	Retardo moderado
19	62	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	15	5	Retardo moderado	Esperado
20	64	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	59	20	Retardo excesivo	Retardo
21	43	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	237	368	Retardo excesivo	Retardo

22	62	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	38	17	Retardo excesivo	Retardo excesivo
23	69	3	FEMENINO	1	TRANSFERENCIA	3	40	352	Retardo excesivo	Retardo excesivo
24	41	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	35	8	Esperado	Esperado
25	67	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	46	5	Retardo excesivo	Retardo moderado
26	71	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	8	13	Retardo moderado	Esperado
27	64	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	15	8	Retardo moderado	Retardo moderado
28	65	3	FEMENINO	1	TRANSFERENCIA	3	44	4	Retardo excesivo	Retardo
29	30	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	62	36	Retardo excesivo	Retardo moderado
30	68	3	FEMENINO	1	TRANSFERENCIA	3	33	61	Retardo	Esperado
31	23	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	28	9	Retardo excesivo	Retardo excesivo
32	51	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	59	20	Retardo moderado	Retardo moderado
33	71	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	41	21	Retardo excesivo	Retardo excesivo
34	48	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	41	33	Retardo excesivo	Retardo
35	41	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	39	7	Retardo excesivo	Esperado
36	23	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	48	35	Retardo excesivo	Retardo excesivo
37	62	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	15	2	Retardo	Esperado
38	75	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	27	10	Retardo excesivo	Esperado
39	45	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	159	152	Retardo excesivo	Retardo excesivo
40	48	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	29	15	Retardo moderado	Retardo moderado
41	56	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	176	16	Retardo excesivo	Retardo moderado
42	54	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	16	6	Retardo excesivo	Esperado
43	63	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	51	5	Retardo excesivo	Retardo
44	34	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	38	6	Retardo excesivo	Retardo excesivo
45	49	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	2	150	Retardo excesivo	Esperado
46	49	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	18	15	Retardo excesivo	Retardo excesivo
47	47	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	85	25	Retardo	Esperado

48	60	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	26	1	Retardo	Retardo
49	33	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	35	4	Retardo excesivo	Retardo excesivo
50	71	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	30	2	Retardo	Retardo moderado
51	74	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	17	11	Retardo moderado	Retardo moderado
52	27	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	18	9	Retardo	Esperado
53	61	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	9	11	Retardo excesivo	Esperado
54	46	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	44	12	Retardo excesivo	Retardo excesivo
55	18	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	68	100	Retardo	Retardo moderado
56	29	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	43	14	Retardo	Retardo moderado
57	41	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	32	12	Retardo	Retardo excesivo
58	21	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	31	18	Retardo	Retardo moderado
59	54	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	470	61	Retardo excesivo	Retardo excesivo
60	84	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	32	14	Retardo excesivo	Esperado
61	37	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	48	5	Retardo	Esperado
62	66	3	MASCULINO	2	TRANSFERENCIA	3	78	11	Retardo excesivo	Retardo moderado
63	50	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	43	57	Retardo excesivo	Esperado
64	46	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	46	45	Retardo	Retardo
65	25	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	38	11	Retardo excesivo	Retardo
66	44	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	14	16	Retardo excesivo	Retardo moderado
67	29	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	36	5	Retardo excesivo	Retardo moderado
68	18	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	19	2	Retardo excesivo	Esperado
69	19	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	4	4	Retardo excesivo	Retardo moderado
70	31	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	5	14	Retardo excesivo	Retardo
71	30	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	61	128	Retardo	Retardo moderado
72	65	3	FEMENINO	1	TRANSFERENCIA	3	17	2	Retardo moderado	Esperado
73	21	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	23	3	Retardo excesivo	Retardo excesivo

74	63	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	5	1	Retardo	Retardo moderado
75	41	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	23	10	Retardo excesivo	Retardo moderado
76	35	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	41	40	Retardo moderado	Retardo moderado
77	36	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	53	41	Retardo	Retardo
78	50	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	77	43	Retardo excesivo	Retardo moderado
79	23	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	11	53	Retardo moderado	Retardo moderado
80	23	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	43	30	Retardo moderado	Esperado
81	25	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	64	8	Retardo moderado	Retardo moderado
82	63	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	69	4	Retardo	Retardo excesivo
83	26	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	35	1	Retardo	Esperado
84	19	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	35	21	Retardo moderado	Retardo moderado
85	26	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	19	19	Retardo moderado	Retardo moderado
86	62	2	MASCULINO	2	CONS. EXTERNO	1	58	58	Retardo	Esperado
87	34	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	30	2	Retardo moderado	Esperado
88	28	1	MASCULINO	2	EMERGENCIA	2	31	18	Retardo moderado	Retardo excesivo
89	27	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	97	34	Retardo	Retardo moderado
90	48	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	43	32	Retardo moderado	Retardo moderado
91	49	2	FEMENINO	1	CONS. EXTERNO	1	33	5	Retardo	Esperado
92	29	1	FEMENINO	1	EMERGENCIA	2	90	3	Retardo	Retardo

Anexo 4: Certificado de validez de instrumentos

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO. FACTORES DETERMINANTES DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICO

N	Factor / Proceso	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
FACTORES ADMINISTRATIVOS								
1	Trámite administrativo para solicitud de materiales							
2	Programación quirúrgica							
3	Disponibilidad de camas para hospitalización.							
4	Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos							
5	Disponibilidad de sala de operaciones							
FACTORES ASISTENCIALES								
6	Diagnóstico médico	Si	No	Si	No	Si	No	
7	Resolución de Interconsultas							
8	Exámenes de neuroimagen							
9	Depósito de sangre.							
10	Exámenes por cardiología							
11	Preparación pre quirúrgica							
12	Equipo de trabajo quirúrgico							

Observaciones): *Es suficiente*

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable** **Aplicable después de corregir** **No aplicable**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: *Hilwiska Vega Guevara* DNI: *28284526*

Especialidad del validador: *Jr. Cardíaca*

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

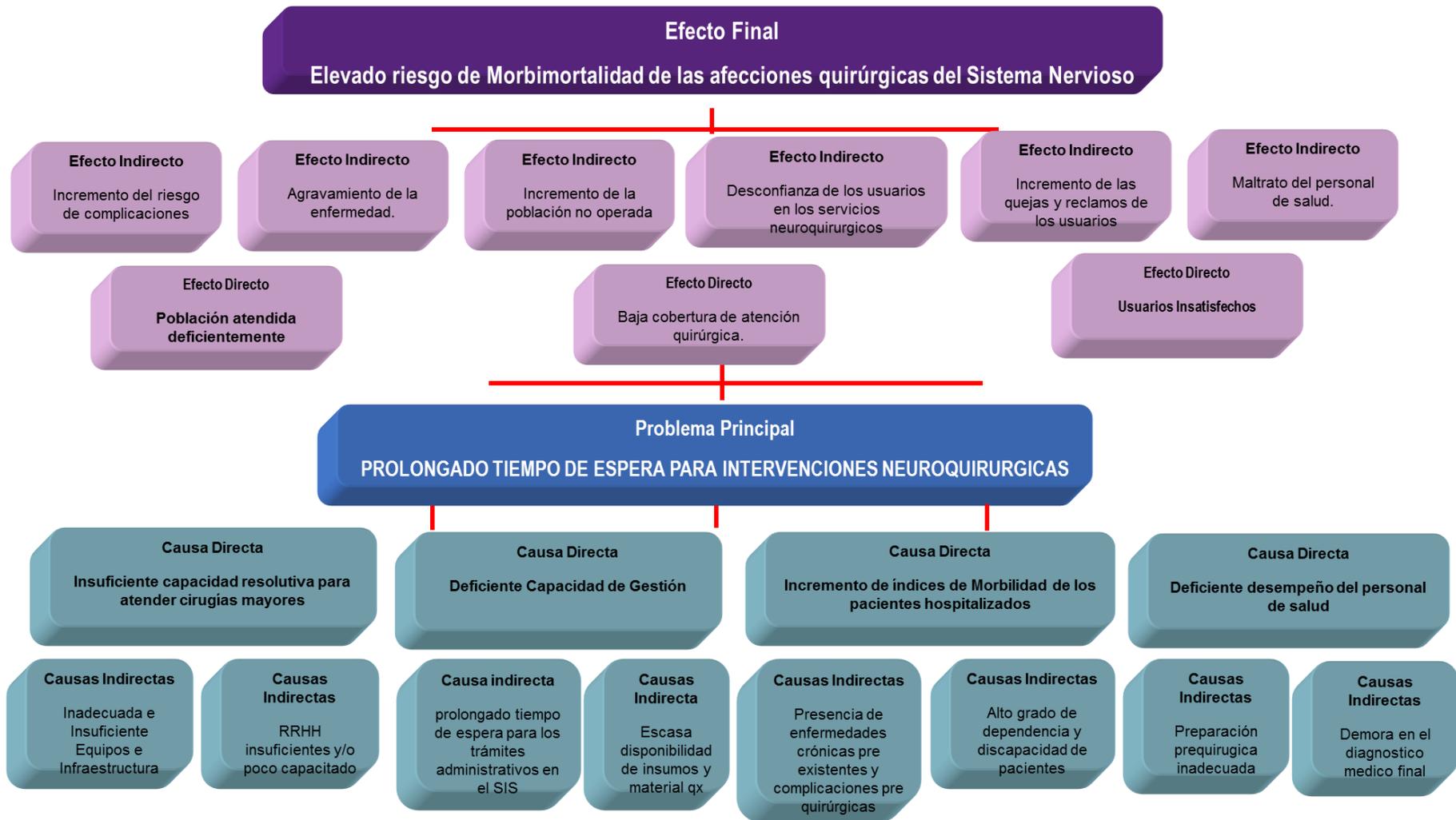
..... *12* de *Febrero* del **2018**

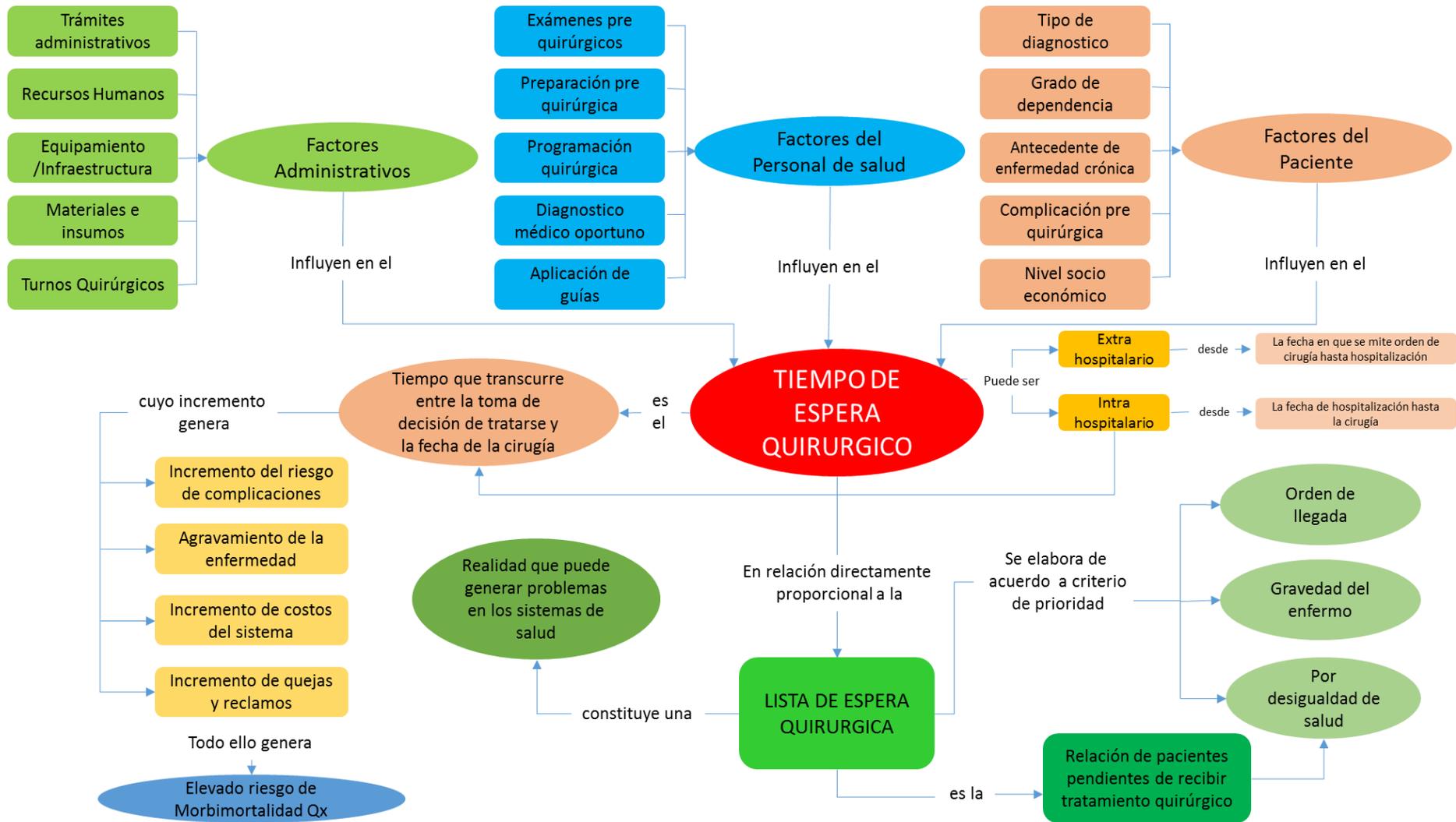
..... 

Firma del Experto Informante.

Anexo 3:

Árbol de problemas y mapa conceptual





Joaquín
Vértiz

864-18



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

[Handwritten signature and scribbles]

FORMATO DE SOLICITUD

SOLICITA:
Visto bueno
para expedir

ESCUELA DE POSGRADO

Julia Guadalupe Arián Cueva con DNI N° 15398286
(Nombre y apellidos del solicitante) (Número de DNI)

domiciliada (a) en Urb. 425 (b) Manzana 18 Lima S.M.P.
(Calle / Urb. / No. / Barrio / Provincia / Depto.)

avis Ud. con el debido respeto expongo lo siguiente:

Que en mi condición de alumno de la promoción: 2015-II del programa: Maestría en Gestión
(Promoción) (Nombre del programa)
de la Universidad del Pacífico, identificado con el código de matrícula N° 7.0006.1907
(Código de alumno)

de la Escuela de Posgrado, recorro a su honorable despacho para solicitarle lo siguiente:

Renovación y visto bueno para expedir de la tesis
Título: Factores determinantes del tiempo de espera
quirúrgico en un instituto especializado de salud
de Lima 2017

Por lo expuesto, agradeceré ordenar a quien corresponde si me atiende mi petición por ser de justicia.

Lima 24 de Mayo de 2018

[Handwritten signature]
(Firma del solicitante)

Documento que adjunto:

- a. Original de la tesis
- b. Copia del RA de sustentación
- c. Copia del acta de la sustentación
- d. Copia del acta de aprobación de originalidad de tesis
- e. Copia del formato de formato

Cualquier consulta por favor comunicarse conmigo al:

Teléfono: 980 182 515
Email: lupita@ceval.pe o betomej@ceval.pe





RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 1091 –2018 – UCV – L – EPG

Los Olivos, 16 de mayo de 2018

VISTO:

El expediente presentado por ARIAS CUYA, JULIA GUADALUPE solicitando autorización para sustentar su Tesis titulada: **FACTORES DETERMINANTES DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICO EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DE LIMA, 2017** y

CONSIDERANDO:

Que el(los) bachiller(es) ARIAS CUYA, JULIA GUADALUPE, ha(n) cumplido con todos los requisitos académicos y administrativos necesarios para sustentar su Tesis y poder optar el Grado de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud;

Que, el proceso para optar el Grado de Maestra está normado en los artículos del 22° al 32° del Reglamento para la Elaboración y Sustentación de Tesis de la Escuela de Posgrado;

Que, en su artículo 30° del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo que a la letra dice: "Para efectos de la sustentación de Tesis para Grado de Maestro o Doctor se designará un jurado de tres miembros, nombrados por la Escuela de Posgrado o el Director Académico de la FVial en coordinación con el Jefe de la Unidad de Posgrado; uno de los miembros del jurado necesariamente deberá pertenecer al área relacionada con el tema de la Tesis";

Que, estando a lo expuesto y de conformidad con las normas y reglamentos vigentes;

SE RESUELVE:

Art. 1°.- AUTORIZAR, la sustentación de la Tesis titulada: **FACTORES DETERMINANTES DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICO EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DE LIMA, 2017** presentado por ARIAS CUYA, JULIA GUADALUPE.

Art. 2°.- DESIGNAR, como miembros jurados para la sustentación de la Tesis a los docentes:
Presidente : Dr. Mitchell Alberto Alarcón Díaz
Secretario : Dra. Paula Viviana Liza Dubois
Vocal (Asesor de la Tesis) : Mg. Miluska Rosario Vega Guevara

Art. 3°.- SEÑALAR, como lugar, día y hora de sustentación, los siguientes:
Lugar : Aula 205
Día : 18 de mayo de 2018
Hora : 9:30 a.m.

Regístrese, comuníquese y archívese.



Dr. Carlos Venturo Orbegoso
Jefe
Escuela de Posgrado – Campus Lima Norte



MBA Ormíero Trinidad Vergas
Secretario Académico
Escuela de Posgrado – campus Lima Norte

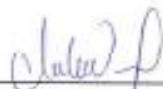
Cc: Jurados, Interesado, Archivo.

Acta de Aprobación de originalidad de Tesis

Yo, Miluska R. Vega Guevara, docente de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo filial Lima Norte, revisor de la tesis titulada "Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017" del estudiante Julia Guadalupe Arias Cuya, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó 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, 17 de marzo del 2018



Miluska R. Vega Guevara

DNI: 28284526

DICTAMEN DE LA SUSTENTACIÓN DE TESIS

EL / LA BACHILLER (ES): ARIAS CUYA, JULIA GUADALUPE

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

FACTORES DETERMINANTES DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRÚRGICO EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DE LIMA, 2017

Fecha: 18 de mayo de 2018

Hora: 9:30 a.m.

JURADOS:

PRESIDENTE: Dr. Mitchell Alberto Alarcón Díaz

Firma: 

SECRETARIO: Dra. Paula Viviana Liza Dubois

Firma: 

VOCAL: Mg. Miluska Rosario Vega Guevara

Firma: 

El Jurado evaluador emitió el dictamen de:

Aprobada por mayoría

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

Recomendaciones sobre el documento de la tesis:

Revisar estilo APA

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.



Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017

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

AUTORA:

D^a Julia Gaudalope Arías Cuya

ASESOR:

Mg. Miluska Rosario Vega Guevara

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de los Servicios de Salud

PERÚ - 2018

Resumen de coincidencias X

16 %

1	www.researchgate.net	1 %
2	www.alternativa.org	1 %
3	www.scielo.org	1 %
4	repositorio.uv.edu.pe	1 %
5	www.fgcrasil.org	1 %
6	cyberbas.uconn.edu	1 %
7	rodenc.uv.es	1 %
8	repositorio.upch.edu.pe	1 %
9	www.annualreviews.org	<1 %
10	scsbj.com	<1 %

10:23 a. m. 20/03/2018



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA DE LAS TESIS

1. DATOS PERSONALES

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

ARIAS CUYA Julia Guadalupe

D.N.I. : 15398286

Domicilio : H2A-425 II etapa urb. Manzanillo S.M.P.

Teléfono : Fijo : Móvil : 980 782515

E-mail : lupitaarias20@hotmail.com

2. IDENTIFICACIÓN DE LA TESIS

Modalidad:

Tesis de Pregrado

Facultad :

Escuela :

Carrera :

Título :

Tesis de Post Grado

Maestría

Doctorado

Grado : MAESTRA

Mención : GESTION DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

3. DATOS DE LA TESIS

Autor (es) Apellidos y Nombres:

ARIAS CUYA Julia Guadalupe

Título de la tesis:

FACTORES DETERMINANTES DEL TIEMPO DE ESPERA QUIRURGICO EN UN INSTITUTO ESPECIALIZADO DE SALUD DE LIMA 2017

Año de publicación : 2018

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 : 29/05/2018