



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE  
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Gestión hospitalaria y hacinamiento de pacientes en salas de  
observación de emergencia de un hospital de Lima, 2023

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**  
Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTOR:**

Clavijo Caceres, Humberto Edward ([orcid.org/0000-0001-9820-9344](https://orcid.org/0000-0001-9820-9344))

**ASESORES:**

Dra. Campana Añasco de Mejia, Teresa de Jesus ([orcid.org/0000-0001-9970-3117](https://orcid.org/0000-0001-9970-3117))

Dra. Calonge de la Piedra, Dina Marisol ([orcid.org/0000-0002-8346-637X](https://orcid.org/0000-0002-8346-637X))

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:**

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

**Dedicatoria:**

A mi esposa, mis hijos, mi madre y padre  
que está en el cielo

**Agradecimiento:**

A los docentes de la universidad, a  
mis amigos y compañeros de  
trabajo del grupo de gestión del  
departamento de emergencia



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

## **Declaratoria de Autenticidad del Asesor**

Yo, CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis Completa titulada: "Gestión hospitalaria y hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima,2023", cuyo autor es CLAVIJO CACERES HUMBERTO EDWARD, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 19.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis Completa cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 02 de Agosto del 2023

<b>Apellidos y Nombres del Asesor:</b>	<b>Firma</b>
CAMPANA AÑASCO DE MEJIA TERESA DE JESUS <b>DNI:</b> 31035536 <b>ORCID:</b> 0000-0001-9970-3117	Firmado electrónicamente por: TCAMPANAJ el 07- 08-2023 10:00:54

Código documento Trilce: TRI – 0637679



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

## **Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, CLAVIJO CACERES HUMBERTO EDWARD estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO del programa de MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Gestión hospitalaria y hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima,2023", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda citatextual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro gradoacadémico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, nicopiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
CLAVIJO CACERES HUMBERTO EDWARD <b>DNI:</b> 09978366 <b>ORCID:</b> 0000-0001-9820-9344	Firmado electrónicamente por: HCLAVIJO el 20-08- 2023 22:51:47

Código documento Trilce: INV - 1251204

## Índice de contenidos

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de Autenticidad del Asesor	iv
Declaratoria de Autenticidad del Autor	v
Índice de contenidos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Resumen	ix
Abstract	x
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	5
III. METODOLOGÍA	14
3.1. Tipo y diseño de investigación	14
3.2. Variables y operacionalización	15
3.3. Población, muestra y muestreo	16
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	16
3.5. Procedimientos	18
3.6. Método de análisis de datos	18
3.7. Aspectos éticos	18
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	32
VI. CONCLUSIONES	39
VII. RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	47

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b>	Frecuencia de Niveles de gestión hospitalaria periodo agosto- noviembre 2022	20
<b>Tabla 2</b>	Frecuencia de atenciones en medicina de emergencia periodo agosto- noviembre 2022	20
<b>Tabla 3.</b>	Frecuencia de atenciones en cirugía de emergencia periodo agosto- noviembre 2022	21
<b>Tabla 4.</b>	Frecuencia de los ingresos de pacientes a las salas de observación de emergencia periodo agosto- noviembre 2022	22
<b>Tabla 5.</b>	Frecuencia de las altas de pacientes de las salas de observación de emergencia periodo agosto-noviembre 2022	23
<b>Tabla 6.</b>	Frecuencia de los ingresos a las salas de hospitalización de pacientes periodo agosto- noviembre 2022	24
<b>Tabla 7.</b>	Frecuencia de la ocupación de las áreas designadas para pacientes periodo agosto- noviembre 2022	24
<b>Tabla 8.</b>	Frecuencia de la ocupación de las zonas de expansión para pacientes periodo agosto- noviembre 2022	25
<b>Tabla 9.</b>	Frecuencia del hacinamiento de pacientes periodo agosto- noviembre 2022	28
<b>Tabla 10.</b>	Correlación entre gestión hospitalaria y hacinamiento	29
<b>Tabla 11.</b>	Correlación entre atenciones en medicina de emergencia y hacinamiento	30
<b>Tabla 12.</b>	Correlación atenciones en cirugía en emergencia y hacinamiento	31
<b>Tabla 13.</b>	Correlación ingresos a salas de observación de emergencia y hacinamiento	32
<b>Tabla 14.</b>	Correlación entre altas de salas de observación de emergencia y hacinamiento	33
<b>Tabla 15.</b>	Correlación entre hospitalizaciones y hacinamiento	34

## Índice de gráficos

<b>Figura 1.</b>	Esquema de diseño de investigación	14
------------------	------------------------------------	----

## RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo conocer la relación entre la gestión hospitalaria y hacinamiento de pacientes en las salas de observación de emergencia en un hospital de Lima, durante el 2022.

El estudio fue básico, de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, correlacional y retrospectivo con un muestreo no probabilístico por conveniencia, en donde se incluyó al total de pacientes que registraron alguna atención en el servicio de emergencia periodo agosto-noviembre de 2022, los cuales fueron registrados en los respectivos reportes de los médicos jefes de guardia y en los reportes diarios de enfermería.

Los resultados evidenciaron que la gestión hospitalaria si se relacionan con el hacinamiento en las salas de observación, esta fue positiva y moderada con Sig. 0.000 y un Rho de Spearman de 0.426.

**Palabras clave:** Gestión hospitalaria, hacinamiento, sobredemanda de atención.

## ABSTRACT

The objective of the study was to know the relationship that exists between hospital management and overcrowding of the patients in the emergency rooms in a hospital in Lima, during 2022.

The study was basic, with a quantitative approach, a non-experimental, correlational, and retrospective design with a non-probabilistic sampling for convenience, which included all the patients who registered some attention in the emergency service from August to November 2022, who They were recorded in the respective reports of the chief physicians on duty and in the daily nursing reports.

The results showed that hospital management is related to overcrowding in the observations rooms, this was positive and moderate with Sig. 0.000 and a Spearman's Rho of 0.426.

**Keywords:** Hospital management, overcrowding, care overdemand.

## I. INTRODUCCIÓN

Los servicios de emergencia a nivel nacional los cuales son gestionados por el Ministerio de Salud (MINSA) o gestionados por la Seguridad Social - EsSalud, tienen una constante en común la cual es la elevada afluencia de pacientes en búsqueda de atención médica y esto es motivado principalmente porque los problemas de salud de la población no ha sido debida y oportunamente satisfecha en la atención en los consultorios externos de las diversas especialidades médico-quirúrgicas, de apoyo al tratamiento y diagnóstico, llegando a sobrecargar las instalaciones de los servicios de emergencia en la búsqueda de la solución a sus problemas de salud, provocando la consiguiente sobrecarga laboral tanto a médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, además del personal administrativo en su atención. (Watchel,2020).

Este problema tiene como causa que el sistema de salud peruano a nivel nacional desde antes de la fundación de la república, ha sido muy precario y con el devenir de los años lamentablemente no solo ha persistido este problema, sino que se ha ido agudizando; manifestándose en un sistema fragmentado y segmentado, lo cual ha provocado que no exista una adecuada integración entre las organizaciones que lo conforman, con el consecuente escaso desarrollo de las mismas, reflejándose esto en el llamado “sistema isla”; el cual repercute en una deficiente prestación de servicios de salud; expresándose esto en tiempos de espera prolongados para las citas médicas, baja capacidad resolutive para el tratamiento, diagnóstico y rehabilitación de los pacientes afectando a los más vulnerable (Análisis de Situación de Salud del Perú, 2019).

Por normativa implementada por Ministerio de Salud se categoriza a los establecimientos de salud según su capacidad resolutive, teniéndose a los establecimientos de primer nivel de atención, catalogados como Nivel I, que a su vez están subdivididos en Puesto de Salud I-I (sin médico a cargo de su atención), Puesto de Salud I-II (con médico a cargo de su atención), Centro de Salud I-III (sin internamiento materno infantil) y Centros de Salud I-IV (con internamiento materno

infantil). Los cuales son los encargados principalmente de las atenciones preventivo-promocionales en salud y la atención de los pacientes con patologías no complejas. Los establecimientos de segundo nivel de atención, catalogados como Nivel II, que a su vez están subdivididos en Nivel II-I correspondiente al Hospital de Apoyo y Nivel II-II correspondiente al Hospital Regional. Los cuales son los encargados resolver las patologías de mediana complejidad.

Finalmente, se tiene a los establecimientos de alta complejidad o de Nivel III, subdivididos a su vez en Nivel III-I, correspondiente al Hospital Nacional y el Nivel III-II, correspondiente a los Institutos; siendo los encargados del tratamiento de las patologías más complejas. (NT-N°021-MINSA/DGSP-V 01. 2005).

Esta inadecuado y retraso en la solución de las patologías de mediana y baja complejidad afecta también a un hospital de Lima, sede de la presente investigación y se manifiesta en que la población se vea obligada a acudir a los servicios de emergencia de los hospitales nacionales en búsqueda de una solución a problemas de salud, lo cual provoca que sus servicios de emergencia se vean sobresaturados y hacinados de pacientes con patologías de baja y mediana complejidad; y estos desde la óptica de la emergencia se les catalogan como prioridades III y IV; es decir urgencia menor y patología común respectivamente; lo cual provoca el desvío de importantes y necesarios recursos logísticos y humanos para su atención, perjudicando la adecuada y oportuna atención de los pacientes, con el retraso en la resolución de las patologías complejas y de moderada severidad, siendo estas las llamadas prioridad I y II; entiéndase las verdaderas emergencias médico-quirúrgicas y las urgencias mayores respectivamente (Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia, 2007).

Al presentarse este desequilibrio entre la insuficiente oferta de servicios para una elevada demanda de atención en los diversos niveles de atención, repercute en tiempos prolongados de hospitalización, superando los 10 días como lo señala el estándar del Ministerio de Salud (2013), para un adecuado tratamiento y estabilización inicialmente en las salas de observación de emergencia, prosiguiendo de ser necesario en los servicios de hospitalización.

Bajo este contexto se plantea la pregunta principal de investigación: ¿Cuál es la relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?; teniendo como preguntas específicas: ¿Cuál es la relación entre la demanda de atención en medicina de emergencia y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?, ¿Cuál es la relación entre la demanda de atención en cirugía de emergencia y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?; ¿Cuál es la relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de observación y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?, ¿Cuál es la relación entre el número de altas de pacientes de las salas de observación y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?; ¿Cuál es la relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de hospitalización y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?

Los resultados obtenidos de la presente investigación nos permite tener una base de datos para poder elaborar políticas de gestión hospitalaria, comenzando con los problemas inherentes al servicio de emergencia, en lo que les compete al hospital en su conjunto y finalmente lo inherente a la red de salud como un todo; siempre en búsqueda de poder priorizar los problemas realmente solucionables que repercuten en el servicio más visible ante la opinión pública, el cual es el servicio de emergencia, evidenciado el hacinamiento de pacientes. La presente investigación nos permitirá también ser fuente de datos para venideras investigaciones sobre este tan álgido tema, a la par podrá proporcionar un instrumento amigable de medición de los factores que influyen en el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un Hospital de Lima y poder extrapolarlo y adaptarlo a la realidad particular de otros centros hospitalarios de Lima y a nivel nacional.

El objetivo general fue identificar la relación entre la gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia. Los objetivos específicos fueron: identificar la relación entre las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento de pacientes en emergencia; identificar la relación entre atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia; identificar la relación entre los ingresos a las salas de observación con el

hacinamiento en emergencia; identificar la relación entre las altas de las salas de observación con el hacinamiento; identificar la relación entre los ingresos a las salas de hospitalización con el hacinamiento en emergencia.

La hipótesis general planteó que existe relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento en emergencia; las hipótesis específicas fueron existe relación entre la demanda de las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento en emergencia; existe relación entre la demanda de las atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia; existe relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia; existe relación entre el número de altas de pacientes de las salas de observación con el hacinamiento en emergencia; existe relación entre el número de hospitalizaciones con el hacinamiento con el hacinamiento en emergencia.

## II. MARCO TEÓRICO

Gabor et al (2021), en una evaluación del sistema sanitario en las Islas Canarias, concluye que este problema es una amenaza tanto para el personal como para los pacientes, por elevar la morbilidad de los pacientes, así como el incremento de los errores médicos y al agotamiento del personal asistencial, debido a la sobrecarga laboral; al igual que Morley (2018) evalúa 102 estudios en un metaanálisis con la revisión sistemática de casos sobre el hacinamiento, causas y consecuencias, menciona que las consecuencias del problema están bien establecidas, afectando a los pacientes y al personal de salud; similares conclusiones llegan por Rasouli (2019) al evaluar sobre el hacinamiento en los servicios de emergencia y sus consecuencias en la calidad de atención médica , en una revisión sistemática en las principales bases de datos académicos, habiendo evaluado 58 artículos originales, previamente depurados, encontrando que el hacinamiento tiene como consecuencia una lenta y mala calidad de atención a los pacientes en los servicios de emergencia.

Por su parte Berg (2019) en otro metaanálisis evalúa 01 hospital en Estocolmo en un estudio prospectivo a 8 años, encontrando que incrementa la mortalidad de los pacientes con un grado de severidad aparentemente baja, pero que no son adecuadamente atendidos a consecuencia del hacinamiento, el cual no permitió una adecuada y oportuna atención médica.

Debemos de tener en cuenta que al ir incrementando la esperanza de vida de la población trae consigo la aparición de complicaciones tardías de las enfermedades no transmisibles, a la par que se van superponiendo, con lo cual se producen mayores complicaciones, reflejado esto en tiempos de recuperación y rehabilitación más prolongados, siendo el rendimiento paciente cama cada vez más baja, como lo mencionan en sus estudios Ablard (2017); Chang (2018); Tampubolon (2018) y Salway (2017).

En los Estados Unidos de América, se está presentando cada vez más es el problema del hacinamiento, Bard et al (2022) manifiesta que no se puede

establecer un consenso de estándares para una adecuada evaluación del hacinamiento en los servicios de emergencia, y esto se debe a la diversidad en la gestión de los servicios de emergencia, como consecuencia de variable demanda de atención, oferta de servicios y capacidad de resolución de cada establecimiento; y por consiguiente las diversas propuestas de solución a este problema, como es el caso de Wachtel y Elalouf (2020), los cuales propusieron un algoritmo matemático de trabajo a los jefes de varios servicios de emergencia para poder evaluar la eficiencia de la atención médica con el objetivo de disminuir el hacinamiento; el cual media los motivos de ingreso, tiempos de atención, costos de la atención médica, de medicamentos y análisis laboratoriales y/o imagenológicos.

Restrepo (2017) en un análisis sobre la sobresaturación de los servicios de emergencia en la ciudad de Medellín – Colombia, evaluó un Hospital Público, un Hospital Universitario, una Clínica Universitaria y una Clínica Privada, encontrando una saturación de alto grado tanto en el Hospital Público como en el Hospital Universitario, evidenció una mediana saturación en la Clínica Universitaria y baja saturación en la Clínica Privada. Peroni (2017) en un estudio en el Hospital Italiano de Buenos Aires, aplicó la escala Nedocs (*National Emergency Department Crowding Scale*) a través del cual evalúa el hacinamiento en los servicios de emergencia, en el cual encuentra que el 57,7% de las horas analizadas evidenció hacinamiento, preferentemente los martes a jueves y los meses de invierno, esto debido a la mayor demanda de atención de salud por parte de la población.

En Panamá, Gonzales (2018) en su tesis sobre las causas del hacinamiento en el cuarto de urgencias de una instalación de salud nivel II, donde se atendió a 37 437 pacientes, en un periodo de 6 meses (Enero a Junio de 2017), encontró que más del 60% de los pacientes atendidos fueron categorizados como no urgentes; pero el personal médico que atendía en las urgencias era médicos generales, los cuales están encargados de atender a los pacientes adultos; y también se tenían médicos pediatras para la atención respectiva de dicha población; concluyó que su principal inconveniente es la falta de personal médico, preferentemente los médicos pediatras, debido a que llegaban a atender a atender

en promedio de 18 pacientes en 24 horas por médico pediatra, y en el caso de médicos generales un promedio de 5 pacientes por día; siendo evidente que la demanda de atención médica fue primordialmente de pacientes pediátricos. En sus conclusiones de la causa del hacinamiento en las urgencias evaluadas se debió fundamentalmente a la falta de personal médico asistencial, preferentemente la falta de médicos pediatras.

En Perú Ponce Varillas (2017), evalúa el estado de hacinamiento de pacientes en 08 servicios de emergencia de hospitales públicos de Lima y Callao, donde puntualiza que se ha convertido en un grave problema de salud pública el cual es poco atendido, pese a sus implicancias derivadas, teniendo una sobre demanda entre 158 a 259% de la capacidad instalada. Taype et al (2020) describen que pese a que cuentan con nuevas y amplias instalaciones, aunado a un moderno equipamiento de apoyo al diagnóstico en su servicio de emergencia, persiste este grave problema, pues cuentan con una importante afluencia de pacientes, encontrando que un 41% de las atenciones corresponden al tópico de medicina, las cuales corresponden a las prioridades 2 y 3; y con un importante 22% de las atenciones corresponden a las prioridades 4 y 5, atendidas en el Tópico de Alivio; ambos estudios nacionales se realizaron en hospitales de la capital y en la era prepandemia, también lo reporta en un hospital de EsSalud (Díaz en el 2020).

En países latinoamericanos poseen un sistema de salud con variados estilos de gestión, siendo los más ordenados el sistema chileno, seguido por el sistema argentino, colombiano y brasilero como lo reporta el Instituto suramericano de gobiernos en salud (2012).

El sistema de salud del Perú, se ha caracterizado a nivel de América Latina por ser fragmentado y sectorizado desde sus inicios teniéndose primero al Ministerio De Salud que fue creado el 05 de octubre de 1935, bajo el nombre de Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, el cual está a cargo de dictar como ente rector del sector salud las políticas sanitarias a ser ejecutadas por todas los centros hospitalarios a nivel nacional sin excepción; además está a cargo de fomentar la prevención y promoción de la salud en la comunidad; el financiamiento es cubierto por el Tesoro Público a través de la recaudación de los

diversos impuestos (DL 8124, Diario El Peruano).

La Seguridad Social, esta fue creada inicialmente el 12 de agosto de 1936, a través de la Ley 8433 como La Caja Nacional de Seguro Social; luego el 06 de noviembre de 1973 a través del Decreto Ley 20212 se da paso a la creación de la Seguridad Social del Perú. El 16 de julio de 1980 se da la creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) el cual unifica las Cajas Nacionales del Empleado y del Obrero por medio de la Ley 23161. La estructura actual se realizó con la Ley 27056 del 30 de enero de 1999, creándose sobre la base del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), como órgano público descentralizado, adscrita al Ministerio de Trabajo y Promoción Social; su financiamiento proviene del aporte del empleado/trabajador con un 9% de la remuneración total y está supervisada por el Fondo Nacional de Financiamiento de la Actividad Empresarial del Estado (Fonafe).

En el sector privado, las clínicas están agrupadas en la asociación de clínicas particulares del Perú (ACP), la cual fue fundada el 17 de abril de 1948, con el propósito de revisar, articular y fortalecer los procesos administrativos de sus miembros, en beneficio de sus pacientes; esta asociación no tiene injerencia rectora en el tipo de gestión de sus miembros asociados, dejándolas en libertad de actuar en el libre mercado de la oferta y demanda; en determinadas situaciones en las cuales ven el potencial riesgo de injerencia sobre el libre actuar de sus miembros, realiza los manifiestos y coordinaciones necesarias para preservar la autonomía de sus miembros.(Asociación de Clínicas Particulares del Perú).

Según la información del Repositorio Único Nacional de Información en Salud (REUNIS) al 02 de mayo de 2019. (Reunis, 2019). La población con seguro privado son 2 703 922 de adscritos en comparación con los 17 436 701 con seguro integral de salud y 10 402 202 con seguro social.

En los servicios de emergencia la atención ideal es que el paciente sea estabilizado para la subsecuente hospitalización de ser requerida para proseguir su tratamiento o estudio de la patología que lo aqueja y su posterior alta médica; pero en la realidad dista mucho de lograrse cumplir este objetivo en plazos razonable; entiéndase que el periodo de estabilización en las salas de observación

debería de ser de 12 a 24 horas según la normativa vigente y en el caso de EsSalud la resolución 108 del 2016.

La variable gestión se define según, la Real Academia de Lengua Española (2014) lo define como acción y efecto de administrar. La gestión hospitalaria es definida por Flores y Barbaran (2021), como el resultado del bienestar, el cual se refleja en los indicadores de gestión hospitalaria como son los indicadores de eficiencia, calidad, capacidad y económicos; y la satisfacción de los pacientes al recibir un servicio de salud. Malagón-Londoño (2016), la define como la búsqueda de la satisfacción del usuario-paciente, de los trabajadores de forma responsable y con el compromiso de la calidad total de la institución. Mientras tanto Finizola (2021) lo plasma como la mejora constante de los procesos administrativos y asistenciales, haciéndolos cada vez más eficientes.

Dentro de la gestión hospitalaria en el servicio de emergencia, se tiene como dimensiones: primera dimensión: demanda de atención médico-quirúrgica, la cual está definida como la solicitud de atención médica por la población en un tiempo determinado (Aspectos Teóricos Conceptuales para la Organización de la Oferta de los Servicios de la Salud, 2002); los indicadores son demanda en medicina de emergencia, demanda en cirugía de emergencia.

La segunda dimensión está conformada por ingreso a salas de observación Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.

Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.

Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.

Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.

La tercera dimensión son las altas de salas de observación. El alta médica es definida cuando el paciente se retira vivo del establecimiento de salud a su domicilio o traslado a otro centro hospitalario (Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, 2009) conformado por: altas de las salas de observación corresponden a las altas médicas de pacientes vivos que habiéndose compensado o solucionado la patología que lo hubiese descompensado puedan

salir del establecimiento; este proceso está a cargo del médico tratante; y en específico en el servicio de emergencia donde realizamos el presente estudio esta función está a cargo de los médicos de altas los cuales evalúan a los pacientes que reúnan los requisitos previamente mencionados (NT 042, Minsa, 2007).

Para la evaluación de este proceso este se realiza a través del porcentaje del número altas por día observación con el número total de pacientes amanecidos en emergencia por día; siendo los siguientes niveles de medición; nivel bajo del 4% o menos del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia; nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia; nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia; y nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.

Cuarta dimensión ingreso a salas de hospitalización, en específico en la oferta de camas para poder continuar con la debida atención médico-quirúrgica de los pacientes, según su prioridad y complejidad de su patología, en los servicios de especialidades, el cual permite la descongestión de los pacientes de las salas de observación; en este hospital de Lima se tiene 1000 camas asignadas para los servicios de especialidades médico-quirúrgicas, se tiene que ofertar en promedio el 10% de las camas hospitalarias por día, de las cuales son asignadas en un 60%, es decir 60 camas por día para los pacientes provenientes de emergencia y un 40% de las camas hospitalarias para los pacientes provenientes de la consulta externa, entiéndase 40 camas por día; siempre y cuando no existiesen situaciones de emergencia sanitaria o desastres naturales o de violencia social; en estas situaciones esta proporcionalidad se cambia según la necesidad.

El modelo teórico para abordar la variable gestión es el de burocracia, la cual es definida por Weber (1991) como una estructura sistematizada de toda organización sea esta pública o privada con un fin en específico, el cual es la optimización de todos los recursos disponibles, con los cuales se pueda garantizar su uso con eficiencia y efectividad económica; teniendo en cuenta que en la burocracia adecuada y éticamente gestionada se busca una atención sin

preferencias, es decir sin beneficiar a algunas personas con algún poder político y/o económico sobre el común de la gente; con mandos jerárquicos firmemente establecidos, entiéndase las jefaturas con funciones claramente definidas, que a su vez poseen un reglamento de procedimientos y con una división del trabajo para su especialización y profesionalización respectiva; pero con un carácter impersonal en su atención, como lo menciona Mulder (2017).

La variable hacinamiento se define según la Real Academia de Lengua Española (2014), se refiere a la acción de acumular o juntar sin orden, esta definición se aplica las personas y se da cuando el número de personas reunidas en un local o ambiente físico supera la capacidad donde se les ubica o aloja; lamentablemente, aunque es un problema muy álgido y actual el Ministerio de Salud no ha elaborado una definición técnica para el hacinamiento de pacientes en los servicios de emergencia.

Motivo por el cual se utilizará la del Colegio Americano de Médicos de Emergencia (2019), llamado también en inglés como *crowding u overcrowding*; en la cual propone como definición de hacinamiento en la cual el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia supera no sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logístico, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, entiéndase del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospital o en ambos.

La Asociación Canadiense de Médicos de Emergencia y la Asociación Nacional de Enfermeras de Emergencia (2009), lo definen como una situación en que la demanda por atención excede la capacidad instalada del servicio de para poder brindar una atención adecuada y de calidad en los tiempos acordes o razonables al grado de severidad de la patología que sufren los pacientes.

Por su parte Asplin (2003) lo define como la no adecuada ejecución del proceso de atención de los pacientes que acuden en búsqueda de atención médica, la cual se manifiesta desde un excesivo ingreso de pacientes, lo cual repercute en una marcada lentitud en el inicio del proceso de atención con un retraso en el contacto médico paciente, prolongándose con aplazamiento en la

aplicación del tratamiento y diagnóstico repercutiendo en el retraso en el alta médica u hospitalización de los pacientes que ya haya sido atendidos y estabilizados. Con subsecuente elevación de los costos de atención en salud y el incremento de infecciones intrahospitalarias como lo menciona Llanos-Torres (2020).

El hacinamiento en los servicios de emergencia/urgencias, en el caso del Perú es un problema sumamente complejo, con múltiples aristas, variando de un hospital a otro hospital, siendo este mucho más marcado si se compara las realidades entre las emergencias de a cargo de la gestión de EsSalud con las gestionadas por el ministerio de salud y/o las direcciones regionales de salud; debido a que el problema del hacinamiento de pacientes en los servicios de emergencias, no es sólo un problema puntual en la gestión de los servicios de emergencia el cual implica la dotación de recursos humanos, equipamiento, camillas e insumos, sino que es un problema mucho más grande que engloba desde la gestión de todo el hospital, sus centros asistenciales de sus respectivas redes y que abarca a todo el sistema de salud que existe actualmente en el Perú; por consiguiente es en los servicios de emergencia donde se ve de forma más evidente la ineficiente ante los ojos de toda la población este gravísimo problema.

La variable hacinamiento tiene como dimensión el número de pacientes amancebidos en áreas designadas en relación a la capacidad instalada total del servicio de emergencia, específicamente los pacientes ubicados en las camillas con ubicación en áreas previamente asignadas en las áreas para su respectivo y adecuado tratamiento y monitoreo en condiciones idóneas, donde se incluye las camillas ubicadas en las áreas funcionales, entiéndase en las áreas de estabilización y monitoreo de corta estancia, siendo estas de rápido movimiento y están destinadas a recibir pacientes graves o críticos según la demanda de pacientes; más no las camillas ubicadas en las áreas de expansión o los pasadizos; estas últimas no cuentan con las condiciones mínimas monitoreo ni privacidad para los pacientes: Por consiguiente, todo paciente que esté ubicado

en las dos últimas áreas y en especial a los ubicados en las áreas de expansión serán considerados en condiciones de hacinamiento.

El determinar las causas del hacinamiento en las salas de los servicios de emergencia nos va a permitir tomar medidas en su inicio paliativas con la finalidad de implementar las medidas correctivas definitivas, para así evitar la aglomeración de los pacientes en áreas no adecuadas para su tratamiento y/o monitoreo, con la consecuente mejora en la calidad de atención del personal de salud, disminuyendo el riesgo de mala praxis y deterioro de la salud de los pacientes. (definición propia).

### III. METODOLOGÍA

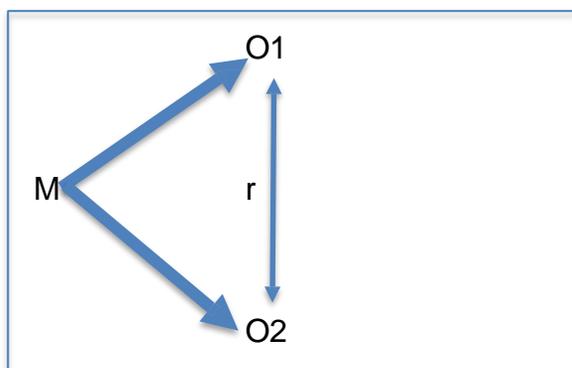
#### 3.1 Tipo y diseño de investigación

El tipo de investigación es tipo básico, el cual se caracteriza en base a teorías para poder tener objetivos prácticos (Tamayo y Tamayo,2003 y Arias,2006), de enfoque cuantitativo, en el cual la recolección de información para poder tener una base de datos y se realizará un análisis estadístico (Briones, 2002) El método que fue empleado será el hipotético deductivo, con el cual se parte de una premisa previamente establecida para para la subsecuente evaluación con la data obtenida y con el cual se podrá realizar la debida corroboración o negación de la o las hipótesis de investigación, Hernández (2014) (Gallardo,2017).

El diseño de la investigación será de tipo no experimental, que según Hernández (2014), no requiere la manipulación deliberada de variables, por lo tanto, se aplica en los estudios en los que las variables cambian intencionalmente para ver sus resultados, de corte transversal que aborda a la variable estudiada por una sola vez, sin realizar ningún seguimiento o vigilancia, salvo la vez en que es analizada (Briones, 2016), retrospectivo, porque la información se abordó posterior a la ocurrencia .Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación esta será de tipo correlacional, porque se indagará la interacción de las variables y el hacinamiento de pacientes.

#### Figura 1:

*Diseño correlacional*



Donde:

M: Muestra pacientes amanecidos en las salas de observación.

O1: observación de la variable 1 Factores que se relacionan con el hacinamiento de pacientes

O2: observación de la variable 2 hacinamiento de pacientes

r: Relación de las variables

### **3.2. Variables y operacionalización**

**Definición conceptual de la variable gestión.** Se hace referencia al producto en resultados de bienestar y satisfacción como lo define Flores y Barbaran (2021), el cual corresponde al conjunto de las atenciones médico-quirúrgicas, los ingresos de pacientes a las salas de observación, a las altas de pacientes de salas de observación y las hospitalizaciones de los pacientes que lo requiriesen.

**Definición operacional de la variable gestión.** La operacionalización de la variable gestión se realizó a través una ficha de recolección de datos con 04 ítems, donde se indagó por las dimensiones de atenciones en medicina de emergencia, atenciones en cirugía de emergencia, los ingresos a las salas de observación, las altas de las salas de observación y las hospitalizaciones (ver anexo 1)

**Definición conceptual de la variable hacinamiento.** Es el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia supera no sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logístico, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, entiéndase del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospital o en ambos. (Colegio Americano de Médicos de Emergencia, 2019).

**Definición Operacional de la Variable Hacinamiento** Se considera la ocupación de las áreas designadas por día, esta variable se puede medir a través número de camillas ocupadas en dichas áreas por día; siendo los niveles de medición los siguientes; nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día, nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día, nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día y nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día, nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día y nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.. En lo que

corresponde a las zonas de expansión se le define como a las camillas ubicadas en las zonas de los pasadizos, improvisando salas de observación.

Para poder medir la zona de expansión se realiza midiendo el número de pacientes ubicados en las áreas de expansión por día. Siendo los niveles de medición los siguientes; nivel de demanda leve de menos de 36 pacientes por día en áreas de expansión, nivel de demanda moderada de 37 a 72 pacientes por día en áreas de expansión y nivel de demanda extrema con más de 73 pacientes por día en áreas de expansión (ver anexo 1)

### **3.3 Población, Muestra y Muestreo**

En el servicio de emergencia sede de la presente investigación se tiene salas de observación, subdivididas en dos unidades críticas de emergencia (UCE) con 30 camillas en cada unidad, con una oferta total de 60 camillas; dos unidades de cuidados intermedios de emergencia (UCINE) con 41 camillas cada una, con un total de 82 camillas y 01 sala de reevaluación con un total de 24 camillas; además se toman en cuenta las camillas ubicadas en las unidades funcionales como lo son la unidad de shock trauma con 06 camillas; unidad de dolor torácico (UDT) con 01 camilla; unidad neurovascular aguda (UNVA) con 01 camilla y la sala de monitoreo de prioridad 2 con 11 camillas, donde son estabilizados y seguidamente derivados a las unidades previamente mencionadas, según su patología y/o gravedad; siendo el ideal que estas últimas permanezcan lo más libres posible para la recepción de nuevos pacientes críticamente enfermos.

La población sujeta a estudio fue los pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el periodo agosto-noviembre de 2022. El muestreo es no probabilístico con muestreo por conveniencia, pues agrupa a todos los sujetos o eventos típicos de un fenómeno (Hernández, 2014).

### **3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos**

La técnica de recolección de datos fue la observación se realizó recopilando el número de atenciones de medicina de emergencia y cirugía de emergencia por día, estos previamente catalogados en la unidad de triaje; el número de pacientes que ingresaron a las salas de observación, las altas de pacientes de las salas de

observación, y el número de pacientes hospitalizados por día; además de cotejar el número de camillas ocupadas en las áreas designadas y las ubicadas en las zonas de expansión para albergar a pacientes, también por día; con los datos obtenidos se llenó la ficha técnica del instrumento día por día.

El instrumento fue la ficha de recolección de datos para la variable gestión de emergencia con 4 dimensiones, al igual que una ficha de recolección de datos para hacinamiento con una dimensión, de propia creación, previamente fue validado por un comité de expertos. El tiempo de evaluación fue de 04 meses, desde el 01 de agosto al 30 de noviembre del 2022, sumando un total de 122 días de seguimiento, evaluándose cada una de las variables día por día.

Las atenciones en medicina de emergencia, las atenciones en cirugía de emergencias, los ingresos de pacientes a las salas de observación de emergencia, las altas de pacientes a las salas de observación de emergencia y los ingresos a las salas de hospitalización en el periodo agosto–noviembre 2022, serán evaluadas con una lista de cotejo de acuerdo con la ficha técnica del instrumento de gestión hospitalaria y de hacinamiento.

La validez de un instrumento se refiere al grado de concordancia entre el instrumento y el objeto que quiere medir. En esta investigación se utilizó como técnica de recolección de datos por medio de una ficha de recolección de datos de elaboración propia, previamente validados por un comité de 04 jueces expertos que dieron la categoría de aplicable (Tuapanta,2017) (Contreras, 2018) (ver anexo 3).

Las atenciones en medicina de emergencia, las atenciones en cirugía de emergencias, los ingresos de pacientes a las salas de observación de emergencia, las altas de pacientes a las salas de observación de emergencia y los ingresos a las salas de hospitalización en el periodo agosto–noviembre 2022, serán evaluadas con una lista de cotejo de acuerdo con la ficha técnica del instrumento de gestión hospitalaria y de hacinamiento.

La confiabilidad de un instrumento se expresa en la medida que se pueda medir en varias oportunidades por distintos observadores, obteniéndose un resultado que mide lo mismo. Y la validez busca medir hasta donde un instrumento

puede medir los rasgos o características de lo que se desea medir. (Hernández, 2014).

La consistencia del instrumento gestión hospitalaria utilizado obtuvo un alfa de Cronbach de 0.747, con lo cual se encuentra entre el rango de 0.7 a .09 lográndose una buena consistencia interna, la cual se realizó aplicando la estadística de fiabilidad en el programa SPSS 25. (Anexo 4)

La consistencia del instrumento hacinamiento utilizado obtuvo un alfa de Cronbach de 0.750, con lo cual se encuentra entre el rango de 0.7 a .09 lográndose una buena consistencia interna, la cual se realizó aplicando la estadística de fiabilidad en el programa SPSS 25. (Anexo 4)

### **3.5. Procedimientos**

Para la recolección de los datos se realizaron las siguientes gestiones:

Primero: Se solicitó la autorización respectiva al Médico jefe del departamento de emergencia.

Segundo: Se solicitó la respectiva recolección de los datos de los informes diarios de enfermería y de los jefes de guardia.

Tercero: Se realizó la tabulación y los respectivos baremos para cada una de las variable y dimensiones.

Cuarto: Se realizó el análisis estadístico en el programa de SPSS 25.

Quinto: Finalmente se procedió a la discusión, conclusiones y recomendaciones.

### **3.6. Método de análisis de datos**

El análisis de la información se realizó en el programa de Office Excel 2020, en la cual se recolectaron los datos obtenidos de los reportes diarios de enfermería y de los jefes de guardia.

El análisis estadístico se realizó utilizando la estadística descriptiva y seguidamente con el Sistema SPSS 25, generando los resultados descriptivos, como tablas de frecuencia, gráficos de distribución. La prueba de hipótesis se realizó

aplicando estadística Rho de Spearman. (Montes et al, 2021)

### **3.7 Aspectos éticos**

El presente trabajo de investigación cumplió con las normas éticas estipuladas, se cumplió escrupulosamente el esquema de la Resolución de Vicerrectorado de Investigación N° 110-2022-VI-UCV del 05 de abril de 2022 de la Universidad César Vallejo, respetando los derechos de autoría con las respectivas menciones; además se solicitó los permisos al jefe de departamento de emergencia y a la enfermera jefe de emergencia. No se solicitó consentimiento informado a los pacientes, debido a que no se les realizó intervención alguna, siendo utilizados los respectivos reportes realizados por los médicos jefes de guardia y de la jefatura de enfermería de emergencia.

## IV. RESULTADOS

### 4.1 Análisis descriptivo

**Tabla 1**

*Frecuencia de Niveles de gestión hospitalaria periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Buena Gestión hospitalaria	2	1.6
Regular Gestión hospitalaria	89	73
Mala Gestión hospitalaria	31	25.4
Total	122	100

En la tabla 1 se evaluó el nivel de gestión hospitalaria en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose una regular gestión hospitalaria en 89 días, lo cual corresponde al 73% de los días evaluados, se encontró también que en 31 días se observó una mala gestión hospitalaria, lo cual corresponde a un 25.4% de los días evaluados y se final mente se observó sólo 02 días con una buena gestión hospitalaria, lo cual corresponde a un 1.6 % de los días evaluados.

**Tabla 2**

*Frecuencia de atenciones en medicina de emergencia periodo agosto-noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Intermedio bajo	3	2.5
Intermedio	3	2.5
Intermedio alto	24	19.7
Alto	33	27.0
Muy alto	38	31.1
Extremadamente alto	21	17.2
Total	122	100

En la tabla 2 se evaluó la distribución de las atenciones en medicina de emergencia en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose en un nivel muy

alto de atenciones en 38 días, al cual corresponde el 31.1% del total de días evaluados, en un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día; un nivel alto de atenciones en 33 días, a la cual le corresponde el 27% del total de días evaluados, en un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día; un nivel intermedio alto de atenciones en 24 días, al cual corresponde un 19.7% del total de días evaluados, en un rango entre 141 a 160 atenciones por día; un nivel extremadamente alto de atenciones en 21 días, a la cual le corresponde el 17.2 % del total de días evaluados, en un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día; un nivel intermedio de atenciones en 3 días, a la cual le corresponde el 2.5% del total de días evaluados.

En un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día; un nivel intermedio bajo de atenciones en 3 días, al cual corresponde un 2.5% del total de días evaluados, en un rango entre 101 a 120 atenciones por día.

**Tabla 3**

*Frecuencia de atenciones en cirugía de emergencia periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	8	6.6
Intermedio bajo	22	18.0
Intermedio	38	31.1
Intermedio alto	39	32.0
Alto	7	17.7
Muy alto	4	3.3
Extremadamente alto	4	3.3
Total	122	100

En la tabla 3 se evaluó la distribución de las atenciones en cirugía de emergencias en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose en un nivel intermedio alto de atenciones en 39 días, al cual corresponde el 32% del total de días evaluados, en un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día; un

nivel intermedio de atenciones en 38 días, a la cual le corresponde el 31.1% del total de días evaluados, en un rango de atenciones entre 141 a 160 atenciones por día; un nivel intermedio bajo de atenciones en 22 días del periodo de evaluación, al cual corresponde un 18% del total de días evaluados, en un rango entre 121 a 140 atenciones por día; un nivel bajo de atenciones en 8 días, a la cual le corresponde el 6.6% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de atenciones de menos de 100 atenciones por día; un nivel muy alto de atenciones en 4 días, a la cual le corresponde el 3.3% del total de días evaluados, en un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.

Un nivel extremadamente alto de atenciones en 4 días, al cual corresponde un 3.3% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de más de 200 atenciones por día.

**Tabla 4**

*Frecuencia de los ingresos de pacientes a las salas de observación de emergencia periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Baja	3	2.5
Moderada	25	20.5
Alta	79	64.8
Muy alta	15	12.3
Total	122	100

En la tabla 4 se evaluó la distribución de ingreso de pacientes a las salas de observación de emergencia en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel alto de ingresos en 79 días, al cual corresponde el 64.8% del total de días evaluados, en un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día; un nivel moderado de ingresos en 25 días, a la cual le corresponde el 20.5% del total de días evaluados, en un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día; un nivel muy alto de ingresos en 15 días, al cual corresponde un 12.3% del total de días evaluados, entendiéndose más de 90 ingresos por día; un nivel bajo de ingresos en 3,

a la cual le corresponde el 2.5% del total de días evaluados, en un rango de atenciones de menos de 30 ingresos por día.

**Tabla 5**

*Frecuencia de las altas de pacientes a las salas de observación de emergencia periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Muy baja	20	16.4
Baja	67	54.9
Moderada	30	24.6
Ideal	5	4.1
Total	122	100

En la tabla 5 se evaluó la distribución de las altas de pacientes de las salas de observación de emergencia en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel bajo de altas en 67 días del periodo de evaluación, al cual corresponde el 54.9% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de altas entre más de 4% al 7% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia por día; un nivel moderado de altas en 30 días del periodo de evaluación, a la cual le corresponde el 24.6% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de altas entre más de 7% a menos del 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia por día; un nivel muy bajo de altas en 20 días del periodo de evaluación, a la cual le corresponde el 16.4% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de altas el 4% o menos del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia por día.

Un nivel ideal de altas en 5 días del periodo de evaluación, a la cual le corresponde el 4.1% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de altas del 10% a más del comparativo del número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia por día.

**Tabla 6**

*Frecuencia de los ingresos a las salas de hospitalización de pacientes periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Baja	19	15.6
Moderada	73	59.8
Ideal	30	24.6
Total	122	100

En la tabla 6 se evaluó la distribución a los ingresos a las salas de hospitalizaciones de pacientes en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel moderado de hospitalizaciones en 73 días, al cual corresponde el 59.8% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día; un nivel ideal de hospitalizaciones 30 días, a la cual le corresponde el 24.6% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día; un nivel bajo de hospitalizaciones en 19 días, al cual corresponde el 15.6% del total de días evaluados, entendiéndose menos de 30 hospitalizaciones por día.

**Tabla 7**

*Frecuencia de la ocupación de las áreas designadas para pacientes periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Ocupado	1	0.8
Muy ocupado	121	99.2
Total	122	100

La tabla 7 evaluó la distribución de la ocupación de las áreas designadas para pacientes en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel muy ocupado en 121 días, al cual corresponde el 99.2% del total de días evaluados, entendiéndose un rango de camillas ocupadas entre 161 a 217 camillas por día; un

nivel ocupada en 1 día, a la cual le corresponde el 0.8% del total de días evaluados, entiéndase un rango de camillas ocupadas entre 72 a 160 camillas por día.

**Tabla 8**

*Frecuencia de la ocupación de las zonas de expansión para pacientes periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Demanda moderada	32	22.6
Demanda extrema	90	73.8
Total	122	100

La tabla 8 evaluó la distribución de la ocupación de las áreas de expansión para pacientes en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel de demanda extrema 90 días, al cual corresponde el 73.8% del total de días evaluados, en un rango de camillas ocupadas de 73 a más camillas por día; un nivel de demanda moderada en 32 días, a la cual le corresponde el 22.6% del total de días evaluados, en un rango de camillas ocupadas entre 37 a 72 camillas por día.

**Tabla 9**

*Frecuencia del hacinamiento de pacientes periodo agosto- noviembre 2022*

Niveles	Frecuencia	Porcentaje
Peligroso	33	27.0
Desastre	89	73.0
Total	122	100

En la tabla 9, evaluó la distribución del hacinamiento de pacientes en el periodo agosto–noviembre 2022, encontrándose un nivel de desastre en 89 días del periodo de evaluación, al cual corresponde el 73% del total de días evaluados, entiéndase un rango de 290 a más pacientes por día; un nivel peligroso en 33 días del periodo de evaluación, a la cual le corresponde el 27% del total de días evaluados, entiéndase un rango entre 254 a 289 pacientes por día.

## 4.2 prueba de hipótesis

### Hipótesis General

**H1:** La gestión hospitalaria se relaciona con en el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

**H0:** La gestión hospitalaria no se relaciona con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 10**

*Correlación entre la gestión hospitalaria – hacinamiento*

		Gestión		
		hospitalaria	Hacinamiento	
Rho de Spearman	Gestión hospitalaria	Coeficiente de correlación	1.000	-0,426**
		Sig. (bilateral)		0.000
		N	122	122

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 10 se evidencia que existe relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento, con una Sig. de  $0.000 < 0.05$ , y una Rho Spearman de 0.426 que representa a una correlación positiva moderada, es decir a mayor gestión hospitalaria menor hacinamiento de pacientes en las salas de observación de emergencia, por lo tanto, aceptamos la hipótesis de estudio y rechazamos la nula.

### Hipótesis específica 1:

**H1:** Existe relación entre las atenciones en medicina de emergencia en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

**H0:** No existe relación entre las atenciones en medicina de emergencia en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 11**

*Correlación Atenciones en medicina de emergencia - hacinamiento*

		Atenciones en medicina de emergencia		Hacinamiento
Rho de Spearman	Atenciones en medicina de emergencia	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral)	1.000	0,342**
		N	122	122

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla 11 se evidencia que existe relación entre las atenciones en medicina de emergencia y el hacinamiento, encontrándose un Sig. (bilateral) de  $0.000 < 0.05$  y un Rho de Spearman de 0.342 con correlación positiva baja, es decir a mayor número de atenciones en medicina de emergencia mayor hacinamiento de pacientes en las salas de emergencia, por lo tanto, aceptamos la hipótesis de estudio y rechazamos la nula.

### Hipótesis específica 2

**H1:** Existe relación entre las atenciones en cirugía de emergencia en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de

emergencia de un hospital de Lima 2022.

**H0:** No existe relación entre las atenciones en cirugía de emergencia en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 12**

*Correlación entre atenciones en cirugía de emergencia - hacinamiento*

		Atenciones en		
		cirugía de		Hacina
		emergencia		miento
Rho de	Atenciones en	Coeficiente de	1.000	0.152
Spearman	cirugía de	correlación		
	emergencia	Sig. (bilateral)		0.094
		N	122	122

En la Tabla 12, se evidencia que no existe relación entre las atenciones en cirugía de emergencia y el hacinamiento, encontrándose un Sig. (bilateral) de 0.094 > 0.05 y un Rho de Spearman de 0.152 con correlación positiva muy baja, es decir no existe relación entre el número de atenciones en cirugía de emergencia y el hacinamiento de pacientes en las salas de observación de emergencia, por lo tanto, rechazamos la hipótesis de estudio y aceptamos la hipótesis nula.

### **Hipótesis específica 3**

**H1:** Existe relación entre los ingresos a las salas de observación en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

**H0:** No existe relación entre los ingresos a las salas de observación en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de

emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 13**

*Correlación Ingresos a salas de observación de emergencia - hacinamiento*

		Ingresos a salas de observación de emergencia		Hacinamiento
Rho de Spearman	Ingresos a salas de observación de emergencia	Coeficiente de correlación	1.000	-0,212*
		Sig. (bilateral)		0.019
		N	122	122

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 13 se evidenció que existe relación entre los ingresos a salas de observación de emergencia y el hacinamiento, encontrándose un Sig. (bilateral) de  $0.019 < 0.05$  y un Rho Spearman de 0.212, con correlación positiva muy baja, es decir que a mayor número de ingresos a las salas de observación de emergencia mayor es el hacinamiento de pacientes; motivo por el cual se acepta la hipótesis de estudio y rechazamos la hipótesis nula.

**Hipótesis específica 4**

**H1:** Existe relación entre las altas de salas de observación en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

**H0:** No existe relación entre las altas de salas de observación en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 14**

*Correlación entre altas de salas de observación de emergencia -  
hacinamiento*

		Altas de salas de observación de emergencia			Hacinamiento
Rho de Spearman	Altas de salas de observación de emergencia	Coefficiente de correlación	1.000	-0,184*	
		Sig. (bilateral)		0.042	
		N	122	122	

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

En la Tabla 14 se evidenció que existe relación inversa entre las altas de las salas de observación y el hacinamiento de pacientes; con un Sig. (bilateral) de 0.042 y un Rho de Spearman de -0.184, con una correlación negativa muy baja; es decir que a mayor número de altas de las salas de observación menor es el hacinamiento de pacientes; motivo por el cual se acepta la hipótesis de estudio y se rechaza la hipótesis nula.

**Hipótesis específica 5:**

**H1:** Existe relación entre los ingresos a las salas de hospitalización en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un Hospital de Lima 2022.

**H0:** No existe relación entre los ingresos a las salas de hospitalización en la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de

emergencia de un hospital de Lima 2022.

Regla de decisión si  $p > 0.05$  acepto la hipótesis nula

Si  $p < 0.05$  rechazo la hipótesis nula

**Tabla 15**

*Correlación entre ingresos a las salas de hospitalización – hacinamiento*

		Hospitalizaciones	Hacinamiento
Rho de Spearman	Ingresos a las salas de hospitalización	1.000	0.000
	Coefficiente de correlación		
	Sig. (bilateral)		0.997
	N	122	122

En la Tabla 15 se evidencia que no existe relación entre los ingresos a las salas de hospitalización y el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia; con un Sig. (bilateral) de  $0.997 > 0.05$ , con Rho de Spearman de 0.00, con una correlación positiva muy alta; motivo por el cual se rechaza la hipótesis de estudio y se acepta la hipótesis nula.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo de la presente investigación fue la de identificar la relación de la gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en las salas de observación de emergencia en un hospital de Lima, esta se realizó entre los meses de agosto a noviembre del año 2022, con 122 días de observación.

La prueba de hipótesis general evaluó la relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en las salas de observación de emergencia; la variable gestión hospitalaria tiene impacto en el hacinamiento de pacientes en un hospital de Lima 2022; encontrándose que al realizar la correlación estadística se obtuvo un valor de sig. 0.000 <0.05 y un Rho de Spearman de 0.426 directo y moderado; con lo cual se evidencia que al realizar una gestión lo más eficientemente posible se puede disminuir el hacinamiento en las salas de observación del servicio de emergencia.

Este resultado es similar al de Berg (2019), quien encontró que el hacinamiento es causante de mala atención en salud y en el caso de Rasouli (2019) agrega que la atención se vuelve lenta; además de predisponer a tiempos de hospitalización para tratamiento y rehabilitación cada vez prolongados como lo encuentran en sus estudios Ablard (2017); Chang (2018); Tampubolon (2018) y Salway (2017) respectivamente.

Al evaluar el las causas del hacinamiento y poder compararlo con otros centros hospitalarios y buscar soluciones a este problema es donde como lo menciona Bard et al. (2022), Wachtel y Elalouf (2020) en sus respectivas investigaciones encontraron y demostraron que no se puede estandarizar la evaluación del hacinamiento en la sala de emergencia, debido a que cada hospital es suigéneris y tiene sus propias particularidades en su proceso de gestión de procesos de atención, gestión financiera, logística, poblaciones adscritas, capacidad resolutive, su visión y misión.

Esta se hace evidente entre los centros hospitalarios de una misma gestión, entiéndase los centros bajo la gestión de la seguridad social, ministerio de salud, direcciones regionales de salud y del ámbito privado; y estas diferencias

acrecientan cuando se comparan los modelos de gestión entre las mismas, sobre todo cuando se evalúan los objetivos primordiales de cada organización. Al realizarse una buena gestión hospitalaria se verá reflejada en un menor hacinamiento de pacientes en las salas de emergencia; la cual es todo el proceso de atención de los pacientes que acuden al servicio de emergencia desde la atención médico-quirúrgica según sus prioridades, la subsecuente evaluación y decisión de su ingreso a las salas de observación, su alta desde las salas de observación si lo ameritasen al estar compensados o su hospitalización para continuar su tratamiento y/o estudio.

La buena gestión hospitalaria se expresa cuando se elabora un flujo adecuado de atención de los pacientes; la primera fase inicia con la evaluación en la unidad de triaje, donde será derivado de acuerdo con su patología y gravedad en su segunda fase de atención a las áreas de medicina de emergencias con sus prioridades; prioridad 1 o unidad de shock trauma, destinado para los pacientes más graves o emergencias verdaderas y que requieren de una atención inmediata. prioridad 2, es para las urgencias mayores; prioridad 3, la cual está destinada a las urgencias menores y la prioridad 4, la cual habitualmente es derivada a los centros de menor capacidad de resolución por ser estos de menor complejidad. En el área quirúrgica se subdivide esta a su vez en cirugía de emergencia y traumatología, donde se le brinda una atención especializada.

De ser necesario serán reevaluados con los análisis de laboratorio y de imágenes necesarias para diagnosticar la patología que les afectase a los pacientes; y de ser derivados al área médica o quirúrgica respectivamente para proseguir su tratamiento.

La tercera fase de atención corresponde al ingreso de los pacientes que requieren ser estabilizados, los cuales ingresan a las salas de observación del servicio de emergencia y es donde los que padecen una patología médica pasan según su gravedad, de la unidad de shock trauma a las unidades críticas de emergencia; los procedentes de prioridad 2 ingresan a las unidades de cuidados intermedios de emergencia o si están estables ingresan a las salas de observación, al igual que los provenientes de prioridad 3 que requieren estabilización.

Los pacientes con patología quirúrgica, primero los más estable y que no requieren de tratamiento quirúrgico de emergencia son dados de alta con indicaciones, para un tratamiento quirúrgico electivo; segundo para los estable pero que requieren de un tratamiento quirúrgico especializado a corto plazo; ingresan inicialmente a las salas de observación de emergencia y subsiguientemente a las salas de hospitalización quirúrgica o en su defecto si la patología quirúrgica es de emergencia, el paciente ingresa al centro quirúrgico para la respectivo tratamiento por la especialidad y seguidamente según su gravedad a las salas de hospitalización quirúrgica o unidad de cuidados intensivos, siendo su tiempo ideal de estancia de no más de 12 horas.

Los pacientes que requieran de mayor tiempo y complejidad en su tratamiento deben de ingresar a las salas de hospitalización. El alta de las salas de observación de emergencia debería de ser casi nulas por que el destino final es el de ingresar a las salas de hospitalización.

El punto de entrapamiento surge al no poder disponer de camas suficientes para la hospitalización debida de los pacientes, en el mismo hospital ni en los hospitales de menor complejidad, porque no todas las patologías requieren de ser manejados en un hospital de alta complejidad; y pueden ser adecuadamente tratadas en hospitales de menor complejidad. Es entonces donde comienza el embalsamiento de pacientes en el servicio de emergencia, llegándose a tener que implementar zonas de expansión los cuales son los conocidos pasadizos, donde no se puede brindar una adecuada atención, y esto debido a que las áreas designadas se encuentran totalmente ocupadas. Si se pudiera disponer de adecuadas, resolutivas y en número suficiente de áreas de hospitalización, el hacinamiento de pacientes sería muy ocasional.

Las limitaciones del presente trabajo están determinadas en la no evaluación de los tiempos de espera de la primera atención y reevaluación los pacientes tanto en medicina como en cirugía de emergencias, tampoco los tiempos de espera para poder ser ingresados a las salas de observación, tampoco los de hospitalización. Sin dejar de mencionar la influencia de la baja capacidad resolutiva de los establecimientos de salud pertenecientes a la red de apoyo. En consecuencia, se

sugiere como línea de investigación de estudio sobre la capacidad resolutive de los policlínicos pertenecientes al primer nivel de atención y su imagen institucional de los pacientes.

Como primera hipótesis específica se evaluó si existe correlación entre las atenciones de medicina de emergencia y el hacinamiento, donde la relación estadística que se obtuvo con un valor de sig. 0.000 <0.05 y un Rho de Spearman de 0.342 la cual es positiva y moderada, demostrándose que a mayor número de atenciones de medicina hay mayor hacinamiento, esto debido a que hay mayor probabilidad de ingresar pacientes a las salas de observación.

Se encontró predominantemente en un nivel muy alto, alto e intermedio alto en 38, 31 y 24 de los días evaluados, lo cual representó el 31.1%, 27 y 19.7% respectivamente, siendo el volumen de atención entre 181 a 200 atenciones por día, 161 a 180 atenciones por día y 141 a 160 atenciones por día en cada uno de los rangos previamente mencionados; es en este punto Taype et al (2020), observaron también presentaban una elevada demanda de atenciones en los tópicos de medicina con un 41% del total de atenciones, de las cuales en un 19 % correspondían a las atenciones realizadas en las prioridades 2 y 3, las cuales corresponde a las urgencias mayores y urgencias menores y el 22% del total de atenciones realizadas correspondían a las prioridades 4 y 5, las cuales corresponde a las evaluaciones como consulta externa.

Al ser esta la evaluación inicial está ligada a la subsecuente reevaluación con la cual se valorará la posibilidad del ingreso a las salas de observación de estos pacientes para la realización de su tratamiento y/o estabilización que amerite.

Como segunda hipótesis específica se planteó la existencia de relación entre la demanda de atenciones en cirugía de emergencia y el hacinamiento; en la cual la relación estadística que se obtuvo con un valor de sig. 0.000 <0.094 y un Rho de Spearman de 0.152, la cual es positiva y muy baja, con lo cual se demuestra que no tienen mayor impacto en el hacinamiento de pacientes en salas de observación. Pese a que la demanda de atención por cirugía de emergencia estuvo en los niveles intermedio alto, intermedio e intermedio bajo en 39,38 y 22 días evaluados, lo cual

representó un 32%, 31 % y 18% respectivamente; siendo el volumen de atención entre los rangos de 161 a 180 atenciones por día, 141 a 160 atenciones por día y 121 a 140 atenciones por día.

Este punto no fue evaluado en otros trabajos de investigación previos y se debe a que el proceso final de la atención de un paciente con patología quirúrgica es primero la evaluación del paciente y decidir si la patología quirúrgica que padece el paciente requiere de un tratamiento quirúrgico de emergencia por poner en riesgo su vida o no; de ser el primer caso el proceso de atención que sigue a la reevaluación del paciente es el tratamiento quirúrgico en sala de operaciones el subsecuente paso a la unidad de recuperación post anestésica y finalmente su ingreso a las salas de hospitalización si la condición clínica fuese estable; en su defecto será derivado a la unidad de cuidados intensivos por presentar inestabilidad hemodinámica y/o respiratoria. En el caso de que la patología quirúrgica no representase un riesgo para la vida del paciente, este será derivado a la consulta externa para la debida programación del tratamiento quirúrgico de forma electiva.

Como tercera hipótesis específica se planteó la existencia de relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de observación y el hacinamiento, en la cual la relación estadística que se obtuvo con un valor de sig. 0.000 <0.019 y un Rho de Spearman de 0.152, la cual es positiva y muy baja en la cual se evidenció que existe influencia en los ingresos de pacientes a las salas de observación con el hacinamiento de pacientes; es decir que por sí sólo los ingresos de pacientes a las salas de observación tienen impacto en el hacinamiento y esto deviene del volumen de atenciones en medicina de emergencia. En este punto se evaluó los niveles de ingreso de pacientes estuvieron en nivel alto y moderado en 79 y 25 de los días evaluados, representando un 64.8% y 20.5% del total de días evaluados, esto se expresa con rangos de entre 61 a 90 ingresos de pacientes por día y 31 a 60 ingresos de pacientes por día. Este punto no fue evaluado en otros trabajos de investigación previos, debido a que es parte del proceso de la atención de los pacientes y está ligada íntimamente al resultado de la atención en los tópicos, preponderadamente del área de medicina de emergencia.

Como cuarta hipótesis específica se planteó la existencia de relación entre el número de altas de pacientes de las salas de observación y el hacinamiento; en la cual la relación estadística que se obtuvo con un valor de sig. 0.000 <0.042 y un Rho de Spearman de -0.184; es al existir una relación inversa y muy baja; la cual se expresa que al haber más altas desde las salas de observación hay menos hacinamiento de pacientes pese a ser estas irregulares si impactan en la reducción en el hacinamiento; reflejándose en un porcentaje ideal de altas de 10% a más respecto al número de pacientes amañecidos en las salas de observación; en un 54.9% de los días evaluados un número de altas en rango de bajas, las cuales están en el rango de mayor de 4% hasta el 7% de altas respecto al número de pacientes amañecidos en las salas de observación.

En este punto, el flujo ideal es que los pacientes deban de ser ingresados a las salas de hospitalización para que puedan proseguir su tratamiento y/o estudio; y según estipula la norma técnica de emergencia, el tiempo de estancia en las salas de observación no debe de pasar las 12 horas; por consiguiente, al no poder disponer de suficientes camas en las salas de hospitalización los pacientes deben de quedarse mucho más de 12 horas en las salas de observación de emergencia recibiendo su respectivo tratamiento, llegándolo a completar y con la subsecuente alta médica. Cabe mencionar que este proceso no es el ideal, pero necesario para poder brindarle la atención debida a los pacientes y es por este motivo que el personal asignado al proceso de altas no es constante los 7 días de la semana.

La estrategia de asignar un personal médico al proceso de altas de forma exclusiva surge ante la elevada demanda de atención médica en las salas de observación, y la demora en realizar el trámite respectivo en detrimento del tiempo de atención a los demás pacientes que tiene asignado el personal médico en dichas áreas.

Como quinta hipótesis específica se planteó la existencia de relación entre el número de ingresos a las salas de hospitalización de pacientes y el hacinamiento; en la cual la relación estadística que se obtuvo con un valor de sig. 0.000 <0.997 y un Rho de Spearman de Rho de Spearman de 0.00, la cual es positiva y muy alta,

es decir que los ingresos a las salas de hospitalización no disminuyen el hacinamiento de pacientes en las salas de observación; como se puede presuponer pese a que se encontró en los días evaluados un 59.8% de hospitalizaciones en rango moderado el cual varía entre 31 a 60 hospitalizaciones. Es decir que, en una vista global, el número de pacientes que ingresa a las salas de hospitalización es menor que los pacientes que ingresan a las salas de observación; a esto se aúna que el número de ingresos de pacientes a las salas de hospitalización tampoco es constante los 7 días de la semana, teniendo en cuenta que en los servicios de hospitalización tienen una problemática propia, por que dependen del apoyo en el diagnóstico (imagenología y laboratorio clínico), turnos quirúrgicos e insumos; esto repercute en las estancias prolongadas de los pacientes aunado a la pluripatología y al mayor promedio de edad de los pacientes, lo cual trae como consecuencia procesos de recuperación más lentos.

## **VI. CONCLUSIONES**

Primero: Existe relación inversa moderada entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento.

Segundo: Existe relación directa y moderada entre la atención de medicina de emergencia y el hacinamiento.

Tercero: Existe relación directa y muy baja entre la atención de cirugía de emergencia y el hacinamiento.

Cuarto: Existe relación directa y muy baja entre los ingresos a las salas de observación y el hacinamiento.

Quinto: Existe relación inversa y muy baja entre las altas de las salas de observación y el hacinamiento.

Sexto: Existe relación directa y muy alta entre los ingresos a las salas de hospitalización y el hacinamiento.

## **VII. RECOMENDACIONES**

- Primero: La gerencia del hospital debe de brindar el apoyo logístico y técnico al servicio de emergencia para que pueda optimizar dentro de los limitados recursos que se dispongan, para poder evitar o disminuir el hacinamiento de pacientes en sus salas de observación, brindando una atención humanizada y eficiente a los pacientes que acudan y según lo requieran, ser ingresados a las salas de observación.
- Segundo: La gerencia del hospital debe de optimizar las atenciones en las especialidades médicas en los consultorios externos, los cuales deben de ser resolutivos tanto en el diagnóstico, tratamiento, seguimiento de los pacientes, con lo cual disminuiría la elevada demanda de atenciones por emergencia, lo cual mayormente predispone al hacinamiento de pacientes en las salas de observación.
- Tercero: La gerencia del hospital debe de optimizar las atenciones en las especialidades quirúrgicas en los consultorios externos y las cirugías programadas para evitar que los pacientes se vean en la necesidad de tener que acudir al servicio de emergencia en búsqueda de una atención.
- Cuarto: El equipo de gestión de emergencia debe de establecer claramente los lineamientos generales para una correcta hospitalización; además de evaluar y monitorizar el desempeño del personal médico que esté asignado a las prioridades para disminuir las hospitalizaciones innecesarias y optimizar su desempeño profesional.
- Quinto: El equipo de gestión de emergencia debe de potenciar al equipo asignado a la realización de las altas desde las salas de observación, para que sigan brindando un impacto en la descongestión de pacientes en las salas de observación.
- Sexto: La gerencia del hospital debe de optimizar el número de ingresos a las salas de hospitalización, buscando que sean lo más uniformes y constantemente posible todos los días de la semana, en beneficio de los pacientes, y de esta manera puedan representar una verdadera ayuda en la disminución del hacinamiento en las salas de emergencia; el cual debe de ser coordinado entre el equipo de gestión de emergencia y el equipo de gestión del área de hospitalización con la supervisión de las jefaturas de línea. al ser directamente responsable del hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

## REFERENCIAS

- Ablard, Suzanne, et al (2017). Patient and staff perspectives on the reasons for increasing emergency department attendances, *Emergency Medicine Journal*. Volume 34, Issue 12 <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2017-207308.23>
- American College Emergency Physicians. (2019). Policy Statement, Crowding. *Advancing Emergency Care*. <https://goo.su/bKdBI>
- Canadian Association of Emergency Physicians. CAEP position statement (2009). Emergency department overcrowding and access block. *Canadian Journal Emergency Medicine (CJEM)*; 15(6):359-370. DOI 10.2310/8000.CAEPPS
- American Psychological Association. (2020). Guía resumen del estilo APA. In 2020. <https://apastyle.apa.org/style-grammar/guidelines/index>
- Arias, Fidias. (2006). El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica (5a ed.). Episteme.
- Asplin, B. R., et al (2003). A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of emergency medicine*, 42(2), 173–180. <https://doi.org/10.1067/mem.2003.302>
- Baena, G. (2014). *Metodología de la investigación*. Grupo Editorial Patria. [https://doi.org/2018-07-30\\_15:51:39](https://doi.org/2018-07-30_15:51:39)
- Bard, S., et al (2022) Measures of Emergency Department Crowding, a Systemic Review. How to Make Sense of a Long List. *Open access emergency medicine: OAEM*, 14,5-14. <https://doi.org/10.2147/OAEM.S338079>
- Becerra-Canales, B., & Condori-Becerra, Á. (2020). Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan “Cero Colas” en Ica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36 (4), 658-663. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4299>
- Berg, L. M., Ehrenberg, A., Florin, J., Östergren, J., Discacciati, A., & Göransson, K. E. (2019). Associations Between Crowding and Ten-Day Mortality Among Patients Allocated Lower Triage Acuity Levels Without Need of Acute Hospital Care on Departure From the Emergency Department. *Annals of emergency medicine*, 74(3),345-356. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2019.04.012>

- Briones, G. (2016). Metodología de la Investigación Cuantitativa en Ciencias Sociales. ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Canadian Association of Emergency Physicians and National Emergency Nurses Affiliation. (2001). Joint position statement on emergency department overcrowding. *Canadian Journal Emergency Medicine (CJEM)*. 3:82-4. DOI: <https://doi.org/10.1017/S14811803500005285>
- Carhuancho-Mendoza I.M., Nolzco-Labajos F.A., Guerrero Bejarano M.A., Silva Siu D.R. (2021) Calidad de servicio en hospitales de nivel III de la ciudad de Lima, Perú. *Revista venezolana de gerencia*. Vol 26 Num 5(2021). <https://doi.org/10.52080/rvgluz.26.e5.44>
- Castro L., Ricardo. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista médica de Chile*, 148(2), 143-144. <https://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>
- Chang, A. M., et al (2018). Hospital Strategies for Reducing Emergency Department Crowding: A Mixed-Methods Study. *Annals of emergency medicine*, 71(4), 497-505.e4. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.07.022>
- Chiavenato, I. (2006). *Introducción a la teoría general de la administración*. Editorial In Mc Graw Hill Interamericana. <https://bit.ly/3s2hyiq>
- Contreras Espinoza, Sergio. 2018. Ventajas del alfa ordinal respecto al alfa de Cronbach ilustradas con la encuesta AUDIT-OMS. *Revista Panamericana de Salud Pública*. 42 e 65. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.65>
- Decreto Supremo N.º044 – 2020 – PCM. Decreto Supremo que declara Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del brote del COVID-19. (2020, Marzo, 15). *El Peruano*. <https://goo.su/oQR9>
- Decreto Ley N.º 8124. Ley de la Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. (1935, Octubre 5). *El Peruano*. <https://goo.su/jaXhMC>
- Decreto Ley N° 20212. Creación de la Seguridad Social del Perú. (1973, Noviembre, 6). *El Peruano*. <https://goo.su/zCZFm>
- De la Cruz-Ore J.(2019) Evaluación del uso inapropiado de los servicios de

- emergencia de un hospital del seguro social en Lima Perú. *Revista científica*. 2019;2(28):36-44. <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/50/50602009/html/>.
- Díaz, L. (2020). Modelo articulado para enfrentar el alto nivel de hacinamiento de pacientes en los servicios de emergencia de los hospitales nivel III MINSA de Lima Metropolitana y Callao. Trabajo de Investigación para optar el grado académico de Magíster en Gobierno y Políticas Públicas. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/19842>
- Diccionario de la Lengua Española. Real Academia de la Lengua Española. (2014). Vigésima Tercera Edición. <https://dle.rae.es>
- EsSalud. Gerencia Central de Prestaciones de la Salud. Resolución de Gerencia Central de prestaciones de la salud N.º108 - GCPS - ESSALUD-2016. EsSalud. <https://goo.su/LZCf0dT>
- Fernández Miranda, M. (2020). Autoevaluación de la calidad del servicio: Una experiencia significativa en el Perú. *Revista Venezolana De Gerencia*, 24 (2), 608-627. <https://doi.org/10.37960/revista.v24i2.31513>
- Flores Arévalo y Barbaran Mozo. Gestión Hospitalaria: una mirada al desarrollo de sus procesos. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, Marzo-Abril 2021, Volumen 5, Número 2. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i2.368](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i2.368)
- Gabor D.K., et al (2021). Emergency Department Crowding: The Canary in the Health Care System. *New England Journal Medicine*, [DOI:10.1056/CAT.21.0217](https://doi.org/10.1056/CAT.21.0217).
- Gallardo, Eliane. 2017. Metodología de Investigación. Universidad Continental
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill.
- Hsu N-C, Shu C-C, Lin Y-F, Yang M-C, Su S, Ko W-J. Why do general medical patients have a lengthy wait in the emergency department before admission? *J Formos Med Assoc*. 2014 Aug;113(8):557-61. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2012.08.005>
- Instituto Suramericano de gobierno en Salud-ISAGS (2012). Sistema de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad. [www.isags-unasur.org](http://www.isags-unasur.org)
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. <https://onx.la/83be8>

- Koontz, H, Weihrich, H. (1998). *Administración. Una perspectiva global*. Editorial McGraw Hill Interamericana.
- Ley N.º8433. Ley de Creación de la Caja Nacional de Seguro Social. (1936, Agosto 12). El Peruano. <https://goo.su/kZ8x7>
- Ley 23161. Ley de la Creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). (1980, Julio 16). El Peruano. <https://acortar.link/XWIsMk>
- Ley 27056. Ley de la Creación de la Seguridad Social del Perú. (1999, Enero, 30).El Peruano. <https://goo.su/Y85On4j>
- Llanos-Torres, (2020). Infecciones nosocomiales en unidades de observación de emergencia y su asociación con el hacinamiento y la ventilación. *Revista de Medicina Experimental y Salud Pública*. Vol, 37.4. DOI: <https://doi.org/1017843/rpmesp.2020.374.5192>
- Ministerio de Salud. (2019). Análisis de la Situación de Salud del Perú. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Primera Edición.
- Ministerio de Salud. (2005). Norma Técnica de Salud Categorías de Establecimientos del Sector Salud. N°021-MINSA/DGSP-V01.
- Ministerio de Salud. (2007). Norma Técnica de Salud de los Servicios de Emergencia. N°042-MINSA/DGSP-V0.1.
- Ministerio de Salud. Oficina de Investigación y Análisis. (2013). Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA. Documento de Trabajo.
- Ministerio de Salud. (2013). Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria para Hospitales, Institutos y DIRESA. *Documento de Trabajo. Área de Investigación y Análisis*. <https://goo.su/d4fbqa>
- Morley, C., et al. (2018). Emergency department crowding: A systematic review of causes, consequences, and solutions. *PloS one*, 13(8), e0203316. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203316>
- Montes, et al. (2021). \_Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un

estudio de fisioterapia. Decimocuarta semana de la estadística y probabilidad.  
Mulder, P. (2017). *Teoría de la Burocracia por Max Weber*. Recuperado 2022.

<https://goo.su/ywDqTK>

Peroni J. et al. (2017). Descripción de las características del fenómeno Crowding en la Central de Emergencia de Adultos, en un hospital universitario de alta complejidad: estudio de cohorte retrospectiva. *Revest Médica de Chile*; 145: 557-563.

Ponce Varillas TI. (2017). Hacinamiento en los servicios de emergencia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(2):218-223. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v78i2.13221>.

Quinteros G, Libezky (2018). Análisis de las causas de hacinamiento en el cuarto de urgencias de una instalación de salud de segundo nivel de atención, de enero a junio de 2017.

Rasouli, H. R., et al. (2019). Outcomes of Crowding in Emergency Departments; a Systematic Review. *Archives of academic emergency medicine*, 7(1), e52.

Restrepo-Zea JH et al. (2017). Saturación en los servicios de urgencias: análisis de cuatro hospitales de Medellín y simulación de estrategias. *Revista Gerencia Políticas en Salud*, 17(34): 1-17. DOI: [10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssua](https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps17-34.ssua)

Salway RJ MD, et al. (2017). Emergency Department (ED) Overcrowding: Evidence-Based Answers to Frequently Asked Questions. *Revista Médica Clínica Las Condes*. Volume 28, Issue 2, Pages 213-219. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2017.04.008>

Secretaría General. Oficina de los Servicios de la Información. EsSalud Historia de Seguridad Social en el Perú. (2021, Agosto). EsSalud.

Smith J, Keating L, Flowerdew L, O'Brien R, McIntyre S, Morley R, et al. An Emergency Medicine Research Priority Setting Partnership to establish the top 10 research priorities in emergency medicine. *Emerg Med J*. 2017;34(7):454-456. <https://doi.org/10.1136/emered-2017-206702>

Tamayo y Tamayo, M. (2003). El proceso de la investigación científica (4ta ed.). Editorial Limusa S.A.

Tampubolon, L y Pujiyanto P. (2018). Bed Management Strategy for Overcrowding at

the Emergency Department: A Systematic Review. *KnE Life Sciences*.  
<https://knepublishing.com/index.php/Kne-Life/articule/view/3557/7448> DOI:  
[10.18502/kls.v4i9.3557](https://doi.org/10.18502/kls.v4i9.3557)

Taype H, W., Miranda S., D., Castro C., L., & Amado T., J. (2020). Saturación y hacinamiento del servicio de emergencia de un hospital urbano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20 (2), 216-221.  
<https://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i2.2709>

Wachtel, G., Elalouf, A. (2020). Addressing overcrowding in an emergency department: an approach for identifying and treating influential factors and a real-life application. *Israel Journal of Health Policy Research*, Res 9, 37.  
<https://doi.org/10.1186/s13584-020-00390-5>

Weber, Max. (1991). ¿Qué es la Burocracia? Leviatán.

Zurlo, A., & Zuliani, G. (2018). Management of care transition and hospital discharge. *Aging clinical and experimental research*, 30(3), 263–270.  
<https://doi.org/10.1007/s40520-017-0885-6>

Tuapanta Dacto, Jorge Vinicio. 2017. Alfa de Cronbach para validar un cuestionario de uso de tic en docentes universitarios. *Revista mkt Descubre - ESPOCH FADE N° 10* Diciembre 2017, pp. 37 – 48.

## ANEXOS

### Anexo 01

#### *Operacionalización de la variable Gestión Hospitalaria que Influyen en el hacinamiento.*

VARIABLES DE ESTUDIO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENCIÓN	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
Gestión Hospitalaria	Corresponden actos propios de gestión las cuales son las atenciones médico-quirúrgicas, ingresos a salas de observación altas de salas de observación e ingresos a las salas de hospitalizaciones	La gestión hospitalaria se evaluó mediante una lista de cotejo de las dimensiones atenciones médico-quirúrgicas en emergencia, los ingresos a las salas de observación, las altas de las salas de observación y los ingresos a las salas de hospitalización	Atenciones en medicina de emergencias	Demanda de atención de medicina emergencias desde las prioridades 1,2,3 y 4	Número de atenciones realizadas por medicina de emergencia en las prioridades 1,2,3 y 4
			Atenciones en cirugía de emergencias	Demanda de atención por cirugía de emergencias	Número de atenciones en cirugía y traumatología en emergencia
			Ingreso de pacientes a las salas de observación	Demanda de ingreso de pacientes a salas de observación	Número de pacientes que ingresan a las salas de observación de

Altas de salas  
de observación

Altas de salas de  
observación

emergencia

Número de  
pacientes que  
son dados de  
altas desde las  
salas de  
observación de  
emergencia

Ingresos a las  
salas de  
hospitalización

Ingresos a las  
salas de  
hospitalización

Número de  
pacientes que  
son  
hospitalizados  
desde las salas  
de observación  
de emergencia

---

**Operacionalización de la variable Hacinamiento.**

<b>VARIABLES DE ESTUDIO</b>	<b>DEFINICIÓN CONCEPTUAL</b>	<b>DEFINICIÓN OPERACIONAL</b>	<b>DIMENCIÓN</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>
Hacinamiento de pacientes	Es el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia superando sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logísticos, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, entendiéndose del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospitalo en ambos. (Colegio Americano de Médicos de Emergencia, 2019)	Es el total de pacientes ubicados en las áreas de expansión serán considerados en condiciones de hacinamiento.	Hacinamiento de pacientes	Pacientes en las áreas designadas  Pacientes en las zonas de expansión	Número de pacientes ubicados en las áreas designadas  Número de pacientes ubicados en las zonas de expansión

## Anexo 2

### FICHA GESTIÓN HOSPITALARIA

<b>Demanda de atención de medicina de emergencia</b>		<b>N° de pacientes en áreas</b>	
<b>1.</b>	Demanda en medicina de emergencia	Número de pacientes atendidos en medicina de emergencia	<p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p>
<b>Demanda de atención en cirugía de emergencia</b>		<b>N° de pacientes en áreas</b>	
<b>2.</b>	Demanda en cirugía de emergencia	Número de pacientes atendidos en cirugía de emergencia	<p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180</p>

		<p>atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p>
<b>Ingreso a salas de observación</b>	Número de ingreso de pacientes a las salas de observación	<p>Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.</p> <p>Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.</p> <p>Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.</p> <p>Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.</p>
<b>Altas de salas de observación</b>	Número de altas de pacientes a las salas de observación	<p>Nivel muy bajo del 4% o menos del comparativo entre el número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia</p> <p>Nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p>
<b>Ingreso a salas de hospitalización</b>	Número de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización	<p>Nivel bajo de hospitalizaciones con menos de 30 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel moderado con un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p>

## FICHA HACINAMIENTO EN SALAS DE OBSERVACIÓN

Área	Condiciones	Número de pacientes amanecidos en salas de observación	Hacinamiento
1.	Pacientes Amanecidos en Salas de Observación		<p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.</p> <p>Nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día.</p> <p>Nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día.</p> <p>Nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.</p>

### ANEXO 3

#### *Validez del instrumento gestión en emergencia*

N°	Nombre	Grado Académico	Resultado
1°	Dr. Víctor Ángel Guevara Florián	Doctor en Salud Pública	Aplicable
2°	Lic. Silvia Sánchez Salazar	Magister en Administración de los Servicios de la Salud	Aplicable
3°	Lic. Maribel Janet Sarmiento Manco	Magister en Administración de los Servicios de la Salud	Aplicable

#### *Validez del instrumento hacinamiento*

N°	Nombre	Grado Académico	Resultado
1°	Dr. Víctor Ángel Guevara Florián	Doctor en Salud Pública	Aplicable
2°	Lic. Silvia Sánchez Salazar	Magister en Administración de los Servicios de la Salud	Aplicable
3°	Lic. Maribel Janet Sarmiento Manco	Magister en Administración de los Servicios de la Salud	Aplicable

# Validez del Instrumento Gestión Hospitalaria y Hacinamiento

## Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en las salas de observación". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

### 1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	Victor Ángel Guevara Florián		
Grado profesional:	Maestría ( )	Doctor	( X )
Área de formación académica:	Clínica (X)	Social	( )
	Educativa ( )	Organizacional	( )
Áreas de experiencia profesional:	Departamento de Cirugía Pediátrica		
Institución donde labora:	Instituto Nacional del Niño		
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años	( )	
	Más de 5 años	(x)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.		

Dr. Victor Ángel Guevara Florián  
Otorrinolaringólogo  
CMP: 28104 RNE: 14300

### 2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

### 3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en salas de observación
Autora:	Humberto Edward Clavijo Cáceres
Procedencia:	Humberto Edward Clavijo Cáceres
Administración:	Directa
Tiempo de aplicación:	3 meses
Ámbito de aplicación:	Servicio de Emergencia General
Significación:	La Escala de evaluación está estructurada con las siguientes dimensiones: 1. <b>Demanda de atención médico-quirúrgica: (Escala Numérica)</b>

	<p><b>Demanda en medicina de emergencia</b></p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p><b>Demanda en cirugía de emergencia: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p><b>2. Ingreso a salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.</p> <p>Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.</p> <p>Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.</p> <p>Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.</p> <p><b>3. Altas de salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel muy bajo del 4% o menos del comparativo entre el número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con</p>
--	---

4. Ingreso a salas de hospitalización (Escala Numérica)	<p>el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia</p>
5. Hacinamiento (Escala Numérica)	<p>Nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p>
4. Ingreso a salas de hospitalización: (Escala Numérica)	<p>Nivel bajo de hospitalizaciones con menos de 30 hospitalizaciones por día.</p>
5. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel moderado con un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día.</p>
6. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p>
7. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Pacientes Amanecidos en Áreas Designadas</p> <p>Pacientes Amanecidos en Zonas de Expansión</p>
8. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p>
9. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.</p>
10. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día.</p>
11. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día.</p>
12. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día.</p>
13. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día.</p>
14. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.</p>
15. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Los objetivos de la presente investigación se dividen en:</p> <p>Objetivo general el cual es identificar la relación entre los factores de gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia.</p>
16. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Los objetivos específicos son:</p>
17. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Identificar la relación entre las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento de pacientes en emergencia.</p>
18. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Identificar la relación entre atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia.</p>
19. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia.</p>
20. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Identificar la relación entre las altas de las salas de observación con el hacinamiento.</p>
21. Hacinamiento: (Escala Numérica)	<p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de hospitalización con el hacinamiento en emergencia.</p>

4. **Soporte teórico** (describir en función al modelo teórico)

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Factores de Gestión Hospitalaria	1. Demanda de atención médico-quirúrgica	Es la solicitud de atención médica por la población en un tiempo determinado.
	2. Ingreso a salas de observación	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de observación por indicación médica para recibir el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
	3. Altas de salas de observación	El alta médica es definida cuando el paciente se retira vivo del establecimiento de salud a su domicilio o traslado a otro centro hospitalario.
	4. Ingreso a salas de hospitalización	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de hospitalización por indicación médica para continuar con el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
Hacinamiento	1. Hacinamiento	Es el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia supera no sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logístico, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, entendiéndose del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospital o en ambos. (Colegio Americano de Médicos de Emergencia, 2019).

5. **Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario: Factores de Gestión Hospitalaria y el Hacinamiento en salas de observación. elaborado por Humberto Edward Clavijo Cáceres en el año 2022. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintácticas y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.

<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencialmente importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1. No cumple con el criterio	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
2. Bajo Nivel	4	4	4	
3. Moderado nivel				
4. Alto nivel				

#### Dimensiones del instrumento:

- **Primera Variable: Factores de Gestión Hospitalaria**
- **Primera dimensión: Demanda de atención médico-quirúrgica**
- **Objetivos de la Dimensión: Medir el nivel de la demanda de la atención médico-quirúrgica en el servicio de emergencia y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.**

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Demanda en medicina de emergencia		4	4	4	
Demanda en cirugía de emergencia		4	4	4	

- **Segunda dimensión: Ingreso a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de observación		4	4	4	

- **Tercera dimensión: Altas a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de altas de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Altas de salas de observación		4	4	4	

- **Cuarta dimensión: Ingreso a salas de hospitalización**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

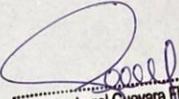
Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de hospitalización		4	4	4	

- **Segunda Variable: Hacinamiento**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el exceso de pacientes en las salas de observación tanto en las áreas designadas para salas de observación como las zonas de expansión

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Hacinamiento		4	4	4	

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de **2** hasta **20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.



Dr. Victor Angel Guevara Florán  
Otorrinolaringología  
CMP. 23104 RNE: 14300

## Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en las salas de observación". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

### 1. Datos generales del juez:

Nombre del juez:	Silvia Sánchez Salazar	
Grado profesional:	Maestría (X)	Doctor ( )
Área de formación académica:	Clínica (X)	Social ( )
	Educativa ( )	Organizacional ( )
Áreas de experiencia profesional:	Departamento de Emergencia	
Institución donde labora:	Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins	
Tiempo de experiencia profesional en el área:	2 a 4 años ( )	
	Más de 5 años (X)	
Experiencia en Investigación Psicométrica: (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados Título del estudio realizado.	

### 2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

### 3. Datos de la escala

Nombre de la Prueba:	Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en salas de observación
Autora:	Humberto Edward Clavijo Cáceres
Procedencia:	Humberto Edward Clavijo Cáceres
Administración:	Directa
Tiempo de aplicación:	3 meses
Ámbito de aplicación:	Servicio de Emergencia General
Significación:	La Escala de evaluación está estructurada con las siguientes dimensiones: 1. <b>Demanda de atención médico-quirúrgica: (Escala Numérica)</b>

Lic. Silvia Sánchez Salazar  
 Enfermera Jefe Servicio de Cirugía  
 CEP 31002

	<p>Demanda en medicina de emergencia</p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p>Demanda en cirugía de emergencia: (Escala Numérica)</p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p><b>2. Ingreso a salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.</p> <p>Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.</p> <p>Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.</p> <p>Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.</p> <p><b>3. Altas de salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel muy bajo del 4% o menos del comparativo entre el número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con</p>
--	---

	<p>el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia</p> <p>Nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p>
<p>Pacientes Cama Hospitalaria</p>	<p><b>4. Ingreso a salas de hospitalización: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de hospitalizaciones con menos de 30 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel moderado con un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p>
<p>Hacinamiento</p>	<p><b>5. Hacinamiento: (Escala Numérica)</b></p> <p>Pacientes Amanecidos en Áreas Designadas</p> <p>Pacientes Amanecidos en Zonas de Expansión</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.</p> <p>Nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día.</p>
<p>5. Presentación de los A continuación se Hospitalaria y el Hacinamiento Edward Clavio indicadores califica</p>	<p>Nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día.</p> <p>Nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día.</p> <p>Nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.</p> <p>Los objetivos de la presente investigación se dividen en:</p> <p>Objetivo general el cual es identificar la relación entre los factores de gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia.</p>
<p>Categoría</p> <p>CLARIDAD El ítem se comprende facilmente en el entorno académico y profesional de los estudiantes de la universidad</p>	<p>Los objetivos específicos son:</p> <p>Identificar la relación entre las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento de pacientes en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre las altas de las salas de observación con el hacinamiento.</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de hospitalización con el hacinamiento en emergencia.</p>

**4. Soporte teórico** (describir en función al modelo teórico)

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Factores de Gestión Hospitalaria	1. Demanda de atención médico-quirúrgica	Es la solicitud de atención médica por la población en un tiempo determinado.
	2. Ingreso a salas de observación	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de observación por indicación médica para recibir el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
	3. Altas de salas de observación	El alta médica es definida cuando el paciente se retira vivo del establecimiento de salud a su domicilio o traslado a otro centro hospitalario.
	4. Ingreso a salas de hospitalización	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de hospitalización por indicación médica para continuar con el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
Hacinamiento	1. Hacinamiento	Es el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia supera no sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logístico, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, enténdase del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospital o en ambos. (Colegio Americano de Médicos de Emergencia, 2019).

**5. Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario: Factores de Gestión Hospitalaria y el Hacinamiento en salas de observación. elaborado por Humberto Edward Clavijo Cáceres en el año 2022. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintácticas y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.

<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencialmente importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brinde sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

#### Dimensiones del instrumento:

- **Primera Variable: Factores de Gestión Hospitalaria**
- **Primera dimensión: Demanda de atención médico-quirúrgica**
- **Objetivos de la Dimensión:** Medir el nivel de la demanda de la atención médico-quirúrgica en el servicio de emergencia y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Demanda en medicina de emergencia		4	4	4	
Demanda en cirugía de emergencia		4	4	4	

- **Segunda dimensión: Ingreso a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de observación		4	4	4	

- **Tercera dimensión: Altas a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de altas de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Altas de salas de observación		4	4	4	

- **Cuarta dimensión: Ingreso a salas de hospitalización**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de hospitalización		4	4	4	

- **Segunda Variable: Hacinamiento**
  - Objetivos de la Dimensión: Medir el exceso de pacientes en las salas de observación tanto en las áreas designadas para salas de observación como las zonas de expansión

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Hacinamiento		4	4	4	

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta **20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

AA. ES Salud M. I. E. R. M.  
L. C. Silvia Sánchez Salazar  
Enfermera Jefe Servicio de Cirugía  
C.E.P. 31982

### Evaluación por juicio de expertos

Respetado juez: Usted ha sido seleccionado para evaluar el instrumento "Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en las salas de observación". La evaluación del instrumento es de gran relevancia para lograr que sea válido y que los resultados obtenidos a partir de éste sean utilizados eficientemente; aportando al quehacer psicológico. Agradecemos su valiosa colaboración.

#### 1. Datos generales del juez:

<b>Nombre del juez:</b>	Maribel Janet Sarmiento Manco	
<b>Grado profesional:</b>	Maestría (X)	Doctor ( )
<b>Área de formación académica:</b>	Clinica (X)	Social ( )
	Educativa ( )	Organizacional ( )
<b>Áreas de experiencia profesional:</b>	Departamento de Emergencia y Cuidados Críticos	
<b>Institución donde labora:</b>	Hospital Nacional Cayetano Heredia	
<b>Tiempo de experiencia profesional en el área:</b>	2 a 4 años ( )	
	Más de 5 años (x)	
<b>Experiencia en Investigación Psicométrica:</b> (si corresponde)	Trabajo(s) psicométricos realizados/Título del estudio realizado.	

#### 2. Propósito de la evaluación:

Validar el contenido del instrumento, por juicio de expertos.

#### 3. Datos de la escala

<b>Nombre de la Prueba:</b>	Ficha de técnica del instrumento de factores de gestión de emergencia y hacinamiento en salas de observación
<b>Autora:</b>	Humberto Edward Clavijo Cáceres
<b>Procedencia:</b>	Humberto Edward Clavijo Cáceres
<b>Administración:</b>	Directa
<b>Tiempo de aplicación:</b>	3 meses
<b>Ámbito de aplicación:</b>	Servicio de Emergencia General
<b>Significación:</b>	La Escala de evaluación está estructurada con las siguientes dimensiones: 1. <b>Demanda de atención médico-quirúrgica: (Escala Numérica)</b>

	<p><b>Demanda en medicina de emergencia</b></p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p><b>Demanda en cirugía de emergencia: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p> <p><b>2. Ingreso a salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.</p> <p>Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.</p> <p>Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.</p> <p>Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.</p> <p><b>3. Altas de salas de observación: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel muy bajo del 4% o menos del comparativo entre el número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con</p>
--	---

	<p>el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia</p> <p>Nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p><b>4. Ingreso a salas de hospitalización: (Escala Numérica)</b></p> <p>Nivel bajo de hospitalizaciones con menos de 30 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel moderado con un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p> <p><b>5. Hacinamiento: (Escala Numérica)</b></p> <p>Pacientes Amanecidos en Áreas Designadas</p> <p>Pacientes Amanecidos en Zonas de Expansión</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.</p> <p>Nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día.</p> <p>Nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día.</p> <p>Nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.</p> <p>Los objetivos de la presente investigación se dividen en:</p> <p>Objetivo general el cual es identificar la relación entre los factores de gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia.</p> <p>Los objetivos específicos son:</p> <p>Identificar la relación entre las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento de pacientes en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Identificar la relación entre las altas de las salas de observación con el hacinamiento.</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de hospitalización con el hacinamiento en emergencia.</p>
--	---

4. **Soporte teórico** (describir en función al modelo teórico)

Escala/ÁREA	Subescala (dimensiones)	Definición
Factores de Gestión Hospitalaria	1. Demanda de atención médico-quirúrgica	Es la solicitud de atención médica por la población en un tiempo determinado.
	2. Ingreso a salas de observación	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de observación por indicación médica para recibir el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
	3. Altas de salas de observación	El alta médica es definida cuando el paciente se retira vivo del establecimiento de salud a su domicilio o traslado a otro centro hospitalario.
	4. Ingreso a salas de hospitalización	Es el proceso cuando paciente ingresa a las salas de hospitalización por indicación médica para continuar con el tratamiento médico y/o quirúrgico respectivo.
Hacinamiento	1. Hacinamiento	Es el número de pacientes admitidos en los servicios de emergencia supera no sólo la capacidad física instalada, sino que también a los recursos logístico, es decir camillas, laboratorio, equipos de imágenes y medicamentos; y recursos humanos, entiéndase del número de médicos y personal de salud disponibles, tanto en las salas de emergencia, hospital o en ambos. (Colegio Americano de Médicos de Emergencia, 2019).

5. **Presentación de instrucciones para el juez:**

A continuación, a usted le presento el cuestionario: Factores de Gestión Hospitalaria y el Hacinamiento en salas de observación. elaborado por Humberto Edward Clavijo Cáceres en el año 2022. De acuerdo con los siguientes indicadores califique cada uno de los ítems según corresponda.

Categoría	Calificación	Indicador
<b>CLARIDAD</b> El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintácticas y semántica son adecuadas.	1. No cumple con el criterio	El ítem no es claro.
	2. Bajo Nivel	El ítem requiere bastantes modificaciones o una modificación muy grande en el uso de las palabras de acuerdo con su significado o por la ordenación de estas.
	3. Moderado nivel	Se requiere una modificación muy específica de algunos de los términos del ítem.
	4. Alto nivel	El ítem es claro, tiene semántica y sintaxis adecuada.
	1. totalmente en desacuerdo (no cumple con el criterio)	El ítem no tiene relación lógica con la dimensión.

<b>COHERENCIA</b> El ítem tiene relación lógica con la dimensión o indicador que está midiendo.	2. Desacuerdo (bajo nivel de acuerdo)	El ítem tiene una relación tangencial /lejana con la dimensión.
	3. Acuerdo (moderado nivel)	El ítem tiene una relación moderada con la dimensión que se está midiendo.
	4. Totalmente de Acuerdo (alto nivel)	El ítem se encuentra está relacionado con la dimensión que está midiendo.
<b>RELEVANCIA</b> El ítem es esencialmente importante, es decir debe ser incluido.	1. No cumple con el criterio	El ítem puede ser eliminado sin que se vea afectada la medición de la dimensión.
	2. Bajo Nivel	El ítem tiene alguna relevancia, pero otro ítem puede estar incluyendo lo que mide éste.
	3. Moderado nivel	El ítem es relativamente importante.
	4. Alto nivel	El ítem es muy relevante y debe ser incluido.

Leer con detenimiento los ítems y calificar en una escala de 1 a 4 su valoración, así como solicitamos brindes sus observaciones que considere pertinente

1 No cumple con el criterio
2. Bajo Nivel
3. Moderado nivel
4. Alto nivel

**Dimensiones del instrumento:**

- **Primera Variable: Factores de Gestión Hospitalaria**
- **Primera dimensión: Demanda de atención médico-quirúrgica**
- **Objetivos de la Dimensión:** Medir el nivel de la demanda de la atención médico-quirúrgica en el servicio de emergencia y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Demanda en medicina de emergencia	1	4	4	4	
Demanda en cirugía de emergencia	2	4	4	4	

- **Segunda dimensión: Ingreso a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de observación		4	4	4	

- **Tercera dimensión: Altas a salas de observación**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de altas de pacientes a las salas de observación y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Altas de salas de observación		4	4	4	

- **Cuarta dimensión: Ingreso a salas de hospitalización**
- Objetivos de la Dimensión: Medir el volumen de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización y su impacto en el hacinamiento de pacientes en las salas de observación.

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Ingreso a salas de hospitalización		4	4	4	

- **Segunda Variable: Hacinamiento**
  - Objetivos de la Dimensión: Medir el exceso de pacientes en las salas de observación tanto en las áreas designadas para salas de observación como las zonas de expansión

Indicadores	Ítem	Claridad	Coherencia	Relevancia	Observaciones/ Recomendaciones
Hacinamiento		4	4	4	

Williams y Webb (1994) así como Powell (2003), mencionan que no existe un consenso respecto al número de expertos a emplear. Por otra parte, el número de jueces que se debe emplear en un juicio depende del nivel de experticia y de la diversidad del conocimiento. Así, mientras Gable y Wolf (1993), Grant y Davis (1997), y Lynn (1986) (citados en McGartland et al. 2003) sugieren un rango de 2 hasta **20 expertos**, Hyrkäs et al. (2003) manifiestan que **10 expertos** brindarán una estimación confiable de la validez de contenido de un instrumento (cantidad mínimamente recomendable para construcciones de nuevos instrumentos). Si un 80 % de los expertos han estado de acuerdo con la validez de un ítem éste puede ser incorporado al instrumento (Voutilainen & Liukkonen, 1995, citados en Hyrkäs et al. (2003).

Ver : <https://www.revistaespacios.com/cited2017/cited2017-23.pdf> entre otra bibliografía.

 HOSPITAL NACIONAL DE HEREDIA  
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA  
*[Firma]*  
Mgtr. Maribel Janet Sarmiento Mancco  
Mag. Gestor de los servicios de la salud N° 875  
Especialista Enfermería Peditriaca  
CEP 42888 PNE 15675

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS  
PROFESIONALES**

<b>Graduado</b>	<b>Grado o Título</b>	<b>Institución</b>
GUEVARA FLORIAN, VICTOR ANGEL <b>DNI 07495479</b>	<b>Doctor en Salud Pública</b>  <b>Fecha de diploma: 24/02/2023</b> Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: 05/03/2001 Fecha egreso: 15/12/2002	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
GUEVARA FLORIAN, VICTOR ANGEL <b>DNI 07495479</b>	<b>MAESTRO EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD</b>  <b>Fecha de diploma: 23/07/2009</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
GUEVARA FLORIAN, VICTOR ANGEL <b>DNI 07495479</b>	<b>ESPECIALISTA EN OTORRINOLARINGOLOGIA</b>  <b>Fecha de diploma: 21/10/1999</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
GUEVARA FLORIAN, VICTOR ANGEL <b>DNI 07495479</b>	<b>BACHILLER EN MEDICINA</b>  <b>Fecha de diploma: 11/01/1990</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
GUEVARA FLORIAN, VICTOR ANGEL <b>DNI 07495479</b>	<b>MEDICO CIRUJANO</b>  <b>Fecha de diploma: 11/01/1990</b> Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>

**PERÚ**

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de  
Educación Superior UniversitariaDirección de Documentación e  
Información Universitaria y  
Registro de Grados y Títulos**REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS  
PROFESIONALES**

<b>Graduado</b>	<b>Grado o Título</b>	<b>Institución</b>
SANCHEZ SALAZAR, SILVIA <b>DNI 10738848</b>	<b>MAESTRA EN ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD</b>  <b>Fecha de diploma: 23/07/2009</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***)Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
SANCHEZ SALAZAR, SILVIA <b>DNI 42002107</b>	<b>BACHILLER EN ENFERMERIA</b>  <b>Fecha de diploma: 04/08/1999</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***)Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
SANCHEZ SALAZAR, SILVIA <b>DNI 10738848</b>	<b>ESPECIALISTA EN ENFERMERIA EN CENTRO QUIRURGICO</b>  <b>Fecha de diploma: 11/05/2010</b> Modalidad de estudios: -  Fecha matrícula: Sin información (***)Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>
SANCHEZ SALAZAR, SILVIA <b>DNI 42002107</b>	<b>LICENCIADO EN ENFERMERIA</b>  <b>Fecha de diploma: 22/10/1999</b> Modalidad de estudios: -	UNIVERSIDAD NACIONAL FEDERICOVILLARREAL <b>PERU</b>



PERÚ

Ministerio de Educación

Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

Dirección de Documentación e Información Universitaria y Registro de Grados y Títulos

## REGISTRO NACIONAL DE GRADOS ACADÉMICOS Y TÍTULOS PROFESIONALES

Graduado	Grado o Título	Institución
SARMIENTO MANCCO, MARIBEL JANET DNI 40883536	<b>MAESTRO/MAGÍSTER EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD</b>  <b>Fecha de diploma: 06/05/17</b> Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: 28/03/2014 Fecha egreso: 31/12/2015	UNIVERSIDAD PRIVADA CÉSARVALLEJO <b>PERU</b>
SARMIENTO MANCCO, MARIBEL JANET DNI 40883536	<b>SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA PEDIATRICA</b>  <b>Fecha de diploma: 01/09/15</b> Modalidad de estudios: PRESENCIAL  Fecha matrícula: 24/03/2012 Fecha egreso: 25/04/2013	UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO <b>PERU</b>
SARMIENTO MANCCO, MARIBEL JANET DNI 40883536	<b>BACHILLER EN ENFERMERIA</b>  <b>Fecha de diploma: 22/02/2005</b> Modalidad de estudios: - Fecha matrícula: Sin información (***) Fecha egreso: Sin información (***)	UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS <b>PERU</b>

## ANEXO 4

### *Fiabilidad del instrumento de gestión de emergencia*

#### *Estadísticas de confiabilidad*

---

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.747	6

---

### *Fiabilidad del instrumento hacinamiento*

#### *Estadísticas de confiabilidad*

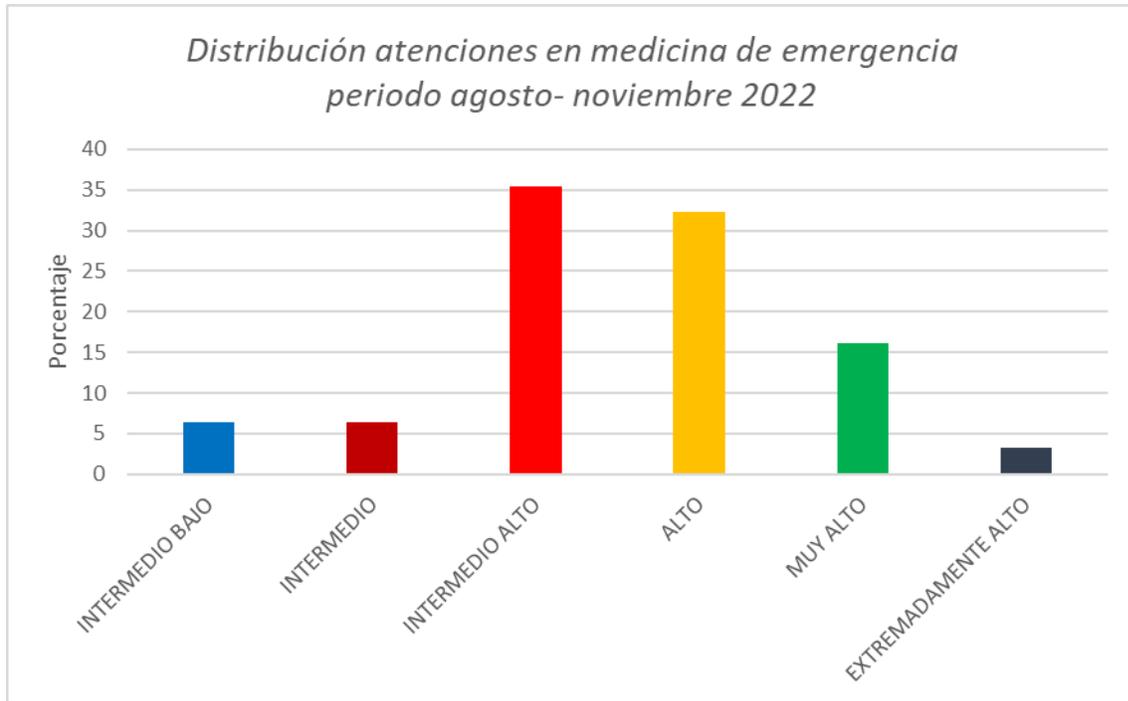
---

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.750	3

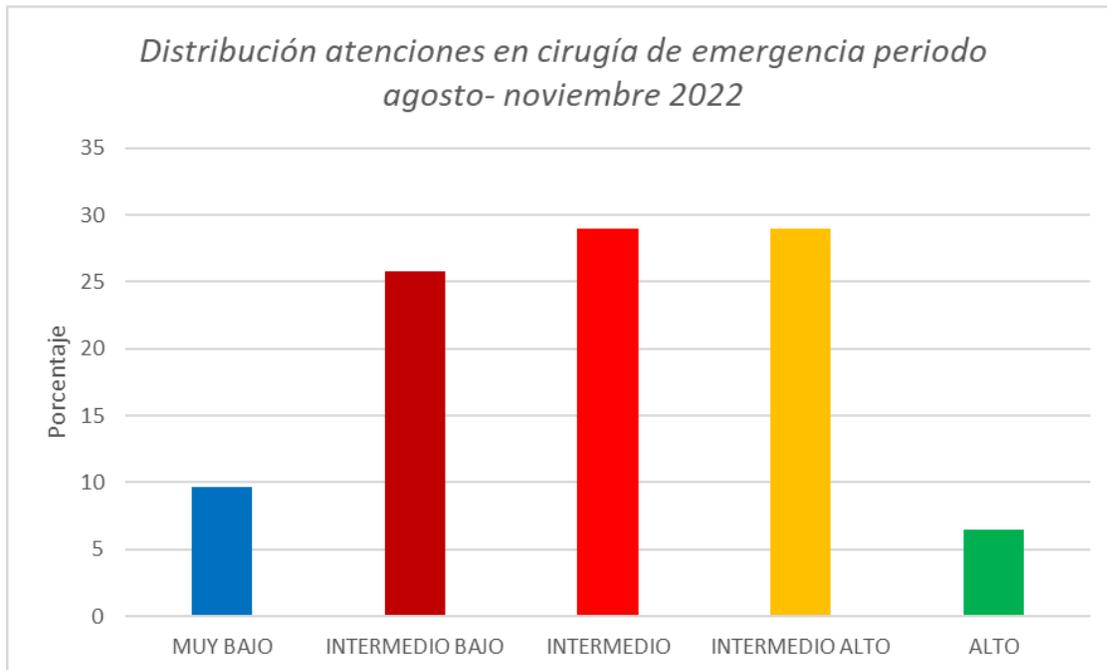
---

**ANEXO 6**

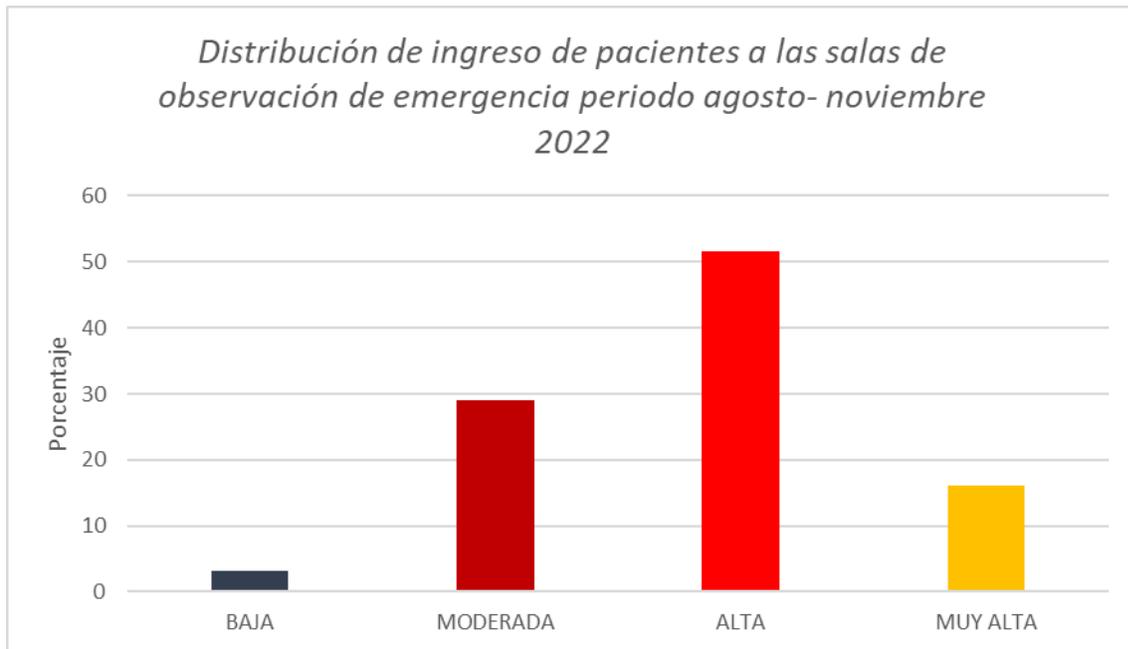
**FIGURA 2**



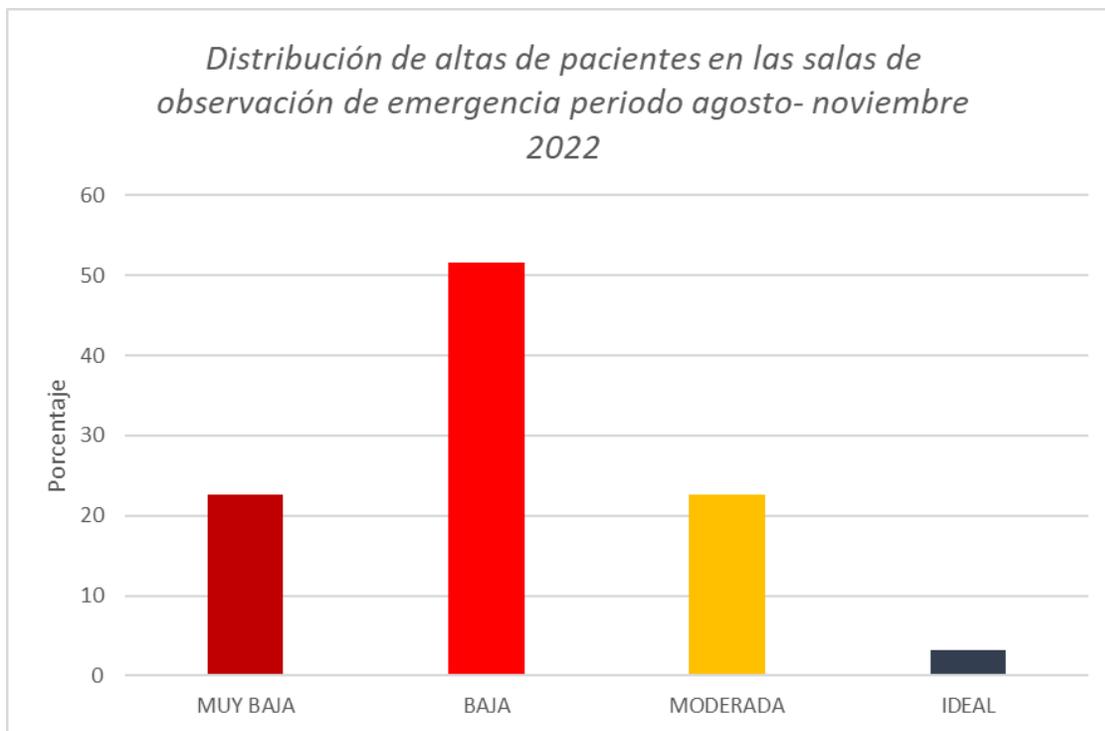
**FIGURA 3**



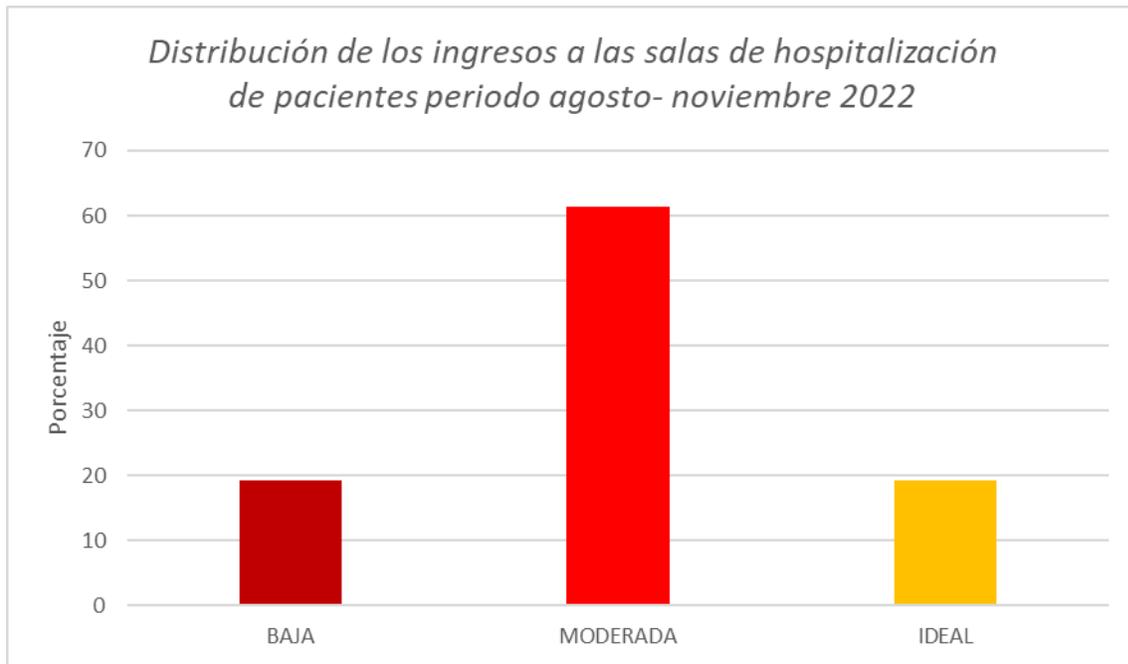
**FIGURA 4**



**FIGURA 5**



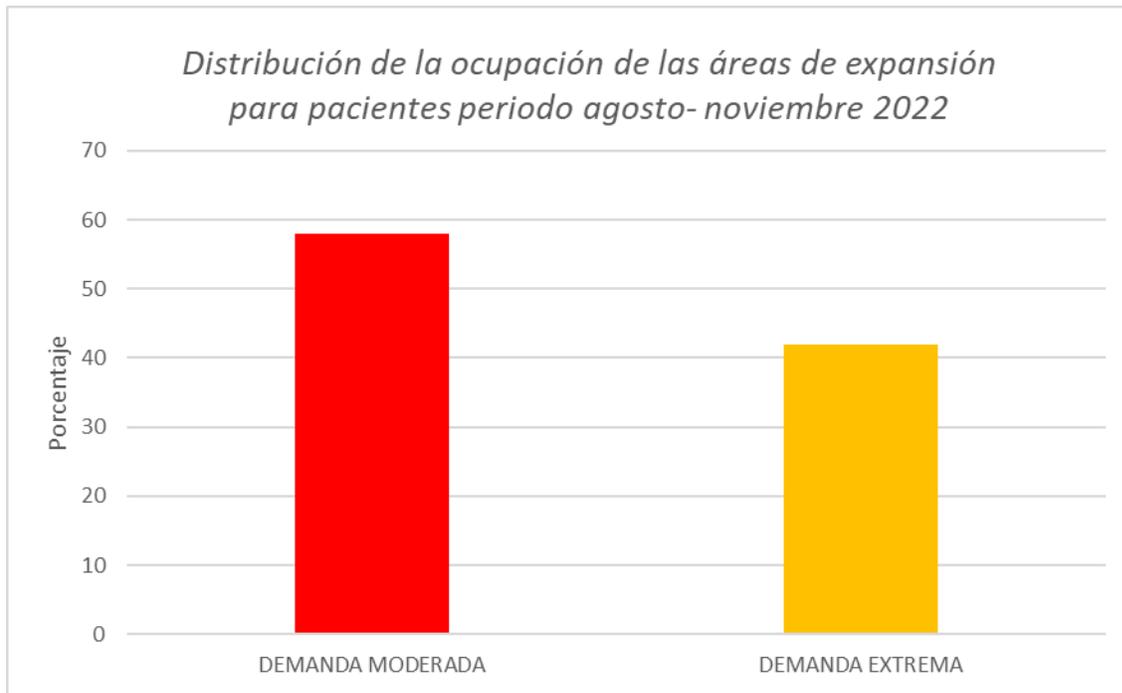
**FIGURA 6**



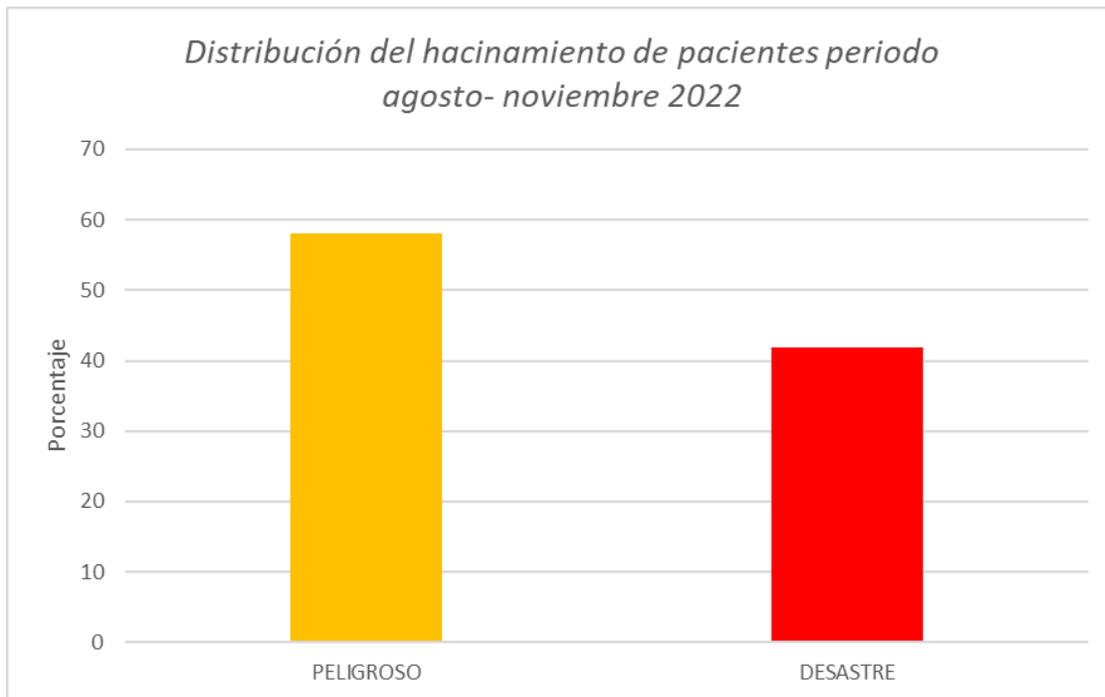
**FIGURA 7**



**FIGURA 8**



**FIGURA 9**



**Matriz de consistencia: Título: Gestión hospitalaria y hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia de un hospital de Lima, 2023**

**Autor:** MC. Clavijo Cáceres, Humberto Edward

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES				
<b>PROBLEMA GENERAL:</b>	<b>OBJETIVO GENERAL:</b>	<b>HIPÓTESIS GENERAL:</b>	<b>VARIABLE 1: GESTIÓN HOSPITALARIA</b>				
¿cuál es la relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?	Identificar la relación entre la gestión hospitalaria con el hacinamiento de pacientes en salas de observación de emergencia.	Existe relación entre la gestión hospitalaria y el hacinamiento en emergencia.	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>ÍTEMS</b>	<b>ESCALA DE MEDICIÓN</b>	<b>NIVELES Y RANGOS</b>
			Demanda en medicina de emergencia	Número de pacientes atendidos en medicina de emergencia	1	Cuantitativa	<p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p>
<b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS:</b>	<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS:</b>	<b>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:</b>					
¿Cuál es la relación entre la demanda de atención en medicina de emergencia y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?	Identificar la relación entre las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento de pacientes en emergencia.	Existe relación entre la demanda de las atenciones en medicina de emergencia con el hacinamiento en emergencia.					

<p>¿Cuál es la relación entre la demanda de atención en cirugía de emergencia y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?</p> <p>Identificar la relación entre atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Existe relación entre la demanda de las atenciones en cirugía de emergencia con el hacinamiento en emergencia.</p>	<p>Demanda en cirugía de emergencia</p> <p>Número de pacientes atendidos en cirugía de emergencia</p> <p>de 2</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Nivel bajo de atenciones por día con un rango de menos de 100 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio bajo de atenciones con un rango entre 101 a 120 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio de atenciones con un rango de atenciones entre 121 a 140 atenciones por día.</p> <p>Nivel intermedio alto de atenciones con un rango entre 141 a 160 atenciones por día.</p> <p>Nivel alto de atenciones con un rango de atenciones entre 161 a 180 atenciones por día.</p> <p>Nivel muy alto de atenciones con un rango de atenciones entre 181 a 200 atenciones por día.</p> <p>Nivel extremadamente alto de atenciones con un rango de atenciones de más de 200 atenciones por día.</p>
<p>¿Cuál es la relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de observación y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia. Identificar la</p> <p>Existe relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de observación con el hacinamiento en emergencia.</p>	<p>Ingreso a salas de observación</p> <p>Número de ingresos de pacientes a las salas de observación</p> <p>de 3</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Nivel bajo de ingresos con un rango de ingresos de menos de 30 ingresos por día.</p> <p>Nivel moderado de ingresos con un rango de ingresos entre 31 a 60 ingresos por día.</p> <p>Nivel alto de ingresos con un rango de ingresos entre 61 a 90 ingresos por día.</p> <p>Nivel muy alto de ingresos con más de 90 ingresos por día.</p>

<p>¿Cuál es la relación entre el número de altas de pacientes de las salas de observación y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?</p> <p>Relación entre las altas de las salas de observación con el hacinamiento.</p> <p>Existe relación entre le número de altas de pacientes de las salas de observación con el hacinamiento en emergencia.</p>	<p>Altas de salas de observación</p> <p>Número de altas de pacientes a las salas de observación</p> <p>4</p> <p>Cuantitativa</p> <p>Ingreso a salas de hospitalización</p> <p>Número de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización</p> <p>5</p> <p>Cuantitativa</p>	<p>Nivel muy bajo del 4% o menos del comparativo entre el número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de más de 4% al 7% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel moderado mayor de 7% y menor de 10% del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel ideal de 10% a más del comparativo número de altas con el total de pacientes amanecidos en emergencia.</p> <p>Nivel bajo de hospitalizaciones con menos de 30 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel moderado con un rango de hospitalizaciones entre 31 a 60 hospitalizaciones por día.</p> <p>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.</p>										
VARIABLE 2: HACINAMIENTO												
<p>¿Cuál es la relación entre el número de ingresos de pacientes a las salas de hospitalización y el hacinamiento de pacientes en la sala de observación?</p> <p>Identificar la relación entre los ingresos a las salas de hospitalización con el hacinamiento en emergencia.</p> <p>Existe relación entre le número de hospitalizaciones con el hacinamiento en emergencia.</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">DIMENSIONES</th> <th style="width: 25%;">INDICADORES</th> <th style="width: 10%;">ÍTEMS</th> <th style="width: 10%;">ESCALA DE MEDICIÓN</th> <th style="width: 25%;">NIVELES Y RANGOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pacientes amanecidos en salas de observación</td> <td>Número de pacientes amanecidos en salas de observación</td> <td>5</td> <td>Cuantitativa</td> <td>Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.  Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.</td> </tr> </tbody> </table>	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES Y RANGOS	Pacientes amanecidos en salas de observación	Número de pacientes amanecidos en salas de observación	5	Cuantitativa	Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.  Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.	
DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	ESCALA DE MEDICIÓN	NIVELES Y RANGOS								
Pacientes amanecidos en salas de observación	Número de pacientes amanecidos en salas de observación	5	Cuantitativa	Nivel ideal de hospitalizaciones con un rango de hospitalizaciones de 61 a más hospitalizaciones por día.  Nivel no ocupado de menos de 71 camillas ocupadas por pacientes por día.								

				<p>Nivel ocupado de 72 a 166 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel muy ocupado de 167 a 217 camillas ocupadas con pacientes por día.</p> <p>Nivel hacinamiento de 217 a 253 pacientes por día.</p> <p>Nivel peligroso de 254 a 289 pacientes por día.</p> <p>Nivel de desastre de 290 a más pacientes por día.</p>
NIVEL - DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	ESTADÍSTICA PARA UTILIZAR	
<b>Nivel: Básico</b>	<p><b>Población:</b> Pacientes atendidos en el servicio de emergencia en el periodo agosto-noviembre 2022</p>	<p>Variable 1: Gestión hospitalaria.</p> <p>Técnica: Observación.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Autor: Elaboración propia</p> <p>Año: 2022</p> <p>Monitoreo: Pacientes en Salas de Observación de Emergencia</p> <p>Ámbito de Aplicación: Hospitalaria</p> <p>Forma de Administración: Observación</p>	<p><b>DESCRIPTIVA:</b></p> <p>Distribución de pacientes atendidos en medicina de emergencia.</p> <p>Distribución de pacientes atendidos en cirugía de emergencia.</p> <p>Distribución de ingreso de pacientes a las salas de observación</p> <p>Distribución de altas de pacientes de las salas de observación</p> <p>Distribución de ingreso de pacientes a las salas de hospitalización</p> <p>Distribución de ocupación de las áreas designadas para pacientes</p> <p>Distribución de ocupación de las áreas de expansión para pacientes</p> <p>Distribución del hacinamiento de pacientes</p>	
<b>Diseño: Descriptivo</b>	<p><b>Tipo de muestreo:</b> No probabilístico con muestreo por conveniencia</p>	<p>Variable 2: Hacinamiento</p> <p>Técnica: Observación.</p> <p>Instrumento: Ficha de recolección de datos</p> <p>Autor: Elaboración propia</p>	<p><b>INFERENCIAL:</b></p> <p>Correlación entre gestión hospitalaria-hacinamiento</p> <p>Correlación entre atenciones de medicina de emergencia – hacinamiento</p>	

		<p>Año: 2022</p> <p>Monitoreo: Pacientes en Salas de Observación de Emergencia</p> <p>Ámbito de Aplicación: Hospitalaria</p> <p>Forma de Administración: Observación</p>	<p>Correlación entre atenciones en cirugía de emergencia – hacinamiento</p> <p>Correlación entre ingresos a las salas de observación de emergencia – hacinamiento</p> <p>Correlación entre altas de las salas de observación de emergencia – hacinamiento</p> <p>Correlación entre ingresos a las salas de hospitalización – hacinamiento</p>
--	--	--	---