



Universidad César Vallejo

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

Factores del proceso de organización asociados a estancia
hospitalaria en departamento de medicina en un Hospital III – I Trujillo
2024

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Pelaez Gonzales, Jonner Roberth (orcid.org/0009-0001-2753-2758)

ASESORES:

Dra. Guzmán Avalos, Eliana Jackeline (orcid.org/0000-0003-2833-5665)

Mtro. Hernandez Castañeda, Jonathan Michael (orcid.org/0000-0002-4567-8881)

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

TRUJILLO – PERÚ

2024



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, GUZMÁN AVALOS ELIANA JACKELINE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, asesor de Tesis titulada: "Factores del proceso de organización asociados a estancia hospitalaria en departamento de medicina en un Hospital III – I Trujillo 2024", cuyo autor es PELAEZ GONZALES JONNER ROBERTH, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 16%, 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 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.

TRUJILLO, 07 de Julio del 2024

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
GUZMÁN AVALOS ELIANA JACKELINE DNI: 19100573 ORCID: 0000-0003-2833-5665	Firmado electrónicamente por: EGUZMANAV el 12- 08-2024 23:16:43

Código documento Trilce: TRI - 0800139



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, PELAEZ GONZALES JONNER ROBERTH estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - TRUJILLO, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Factores del proceso de organización asociados a estancia hospitalaria en departamento de medicina en un Hospital III – I Trujillo 2024", 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 cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

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.

Nombres y Apellidos	Firma
JONNER ROBERTH PELAEZ GONZALES DNI: 44680130 ORCID: 0009-0001-2753-2758	Firmado electrónicamente por: JPELAEZGO1 el 07-07- 2024 21:57:10

Código documento Trilce: TRI - 0800156

Dedicatoria

A mis hijos

Abigail, Joaquín y Arya

Agradecimiento

A Mis padres por siempre estar conmigo, y por ser mi mayor ejemplo

A Carolina, por ser mi compañera, y darme su apoyo incondicional en todo lo que hago

A mi asesora, por orientación y aporte durante todo este proceso, tan arduo.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Declaratoria de autenticidad de los asesores	ii
Declaratoria de originalidad del autor	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimiento	v
Índice de contenidos	vi
Índice de Tablas	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. METODOLOGÍA	10
III. RESULTADOS	12
IV. DISCUSIÓN	20
V. CONCLUSIONES	26
VI. RECOMENDACIONES	27
REFERENCIAS.....	28
ANEXOS.....	34

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Factores del proceso organización y estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024.	12
Tabla 2: Estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III Trujillo2024.....	13
Tabla 3: Variables sociodemográficas y especialidad en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I provincia de Trujillo 2024.	14
Tabla 4: Frecuencias de los factores de proceso organización en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024.	15
Tabla 5: Asociación entre cada uno de los factores de proceso organización y estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024	17

RESUMEN

La presente investigación está dentro del ODS 3 salud y bienestar, la estancia hospitalaria medida como la eficiencia en calidad de atención, nos será muy importante dado que es una medida para poder reducir tasa de complicaciones y costos; siendo prolongada aquella mayor de 8 días. Se plantea como objetivo Determinar la asociación de los factores del proceso organización y la estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo durante mayo – junio 2024. El tipo de investigación fue aplicada de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental descriptivo de corte transversal correlacional. Aplicando ficha de recolección documentaria, se revisa 189 historias clínicas. Como resultado: 61.4% de los pacientes que presentan 1 o más factores de organización presentaron una estancia prolongada, mientras que el 38.6% no la presento; en los pacientes que sin factor de demora 25,7% presentaron una estancia prolongada mientras que el 74.3% no presentaron una estancia prolongada; con asociación moderada estadísticamente significativa ($\chi^2:24,443$ V de Cramer:0.36 y $p<0.001$). Se concluye que hay asociación significativa entre los factores de proceso organización y la estancia hospitalaria prolongada en pacientes hospitalizados en departamento de medicina de hospital III-I Trujillo 2024.

Palabras clave: Estancia hospitalaria, Proceso de organización, calidad.

ABSTRACT

This research falls within SDG 3: Health and Well-being. Hospital stays, measured as quality-of-care efficiency, will be of great importance to us as it is a measure to reduce complication rates and costs. A prolonged stay is considered to be one that exceeds 8 days. The objective of this study is to determine the association between organizational process factors and hospital stay in patients treated in the internal medicine department of a Level III-I Hospital in the province of Trujillo during May-June 2024. The research was applied, quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional, and correlational. A document collection form was applied, and 189 medical records were reviewed. The results showed that 61.4% of patients with one or more organizational factors had a prolonged stay, while 38.6% did not; 25.7% of patients without a delay factor had a prolonged stay, while 74.3% did not have a prolonged stay. There was a moderate statistically significant association ($\chi^2:24.443$ Cramer's $V:0.36$ and $p<0.001$). It is concluded that there is a significant association between organizational process factors and prolonged hospital stay in hospitalized patients in the internal medicine department of a Level III-I Hospital in Trujillo in 2024

Keywords: Hospital stay, Organization process, Quality.

I. INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención hospitalaria es definida como el conjunto de características de la atención de salud que determinan en qué medida se logran los mejores resultados posibles en salud para los pacientes (Donabedian, 2001). Esta definición se tiene presente aspectos como la efectividad, la seguridad, la oportunidad, eficiencia, equidad y la centrada en el paciente (Berwick et al., 2008).

A su vez la calidad de la atención de salud y su relación con la eficiencia está en relación con el ODS 3, que habla de salud y bienestar, que tiene como fundamento asegurar una vida sana en sus diferentes aspectos, también promover el bienestar para todas de las personas de todas las edades, creando escenarios en los que todos tengan acceso a atención medica de calidad, independientemente de su origen o condición socioeconómica, así la estancia hospitalaria más corta, prevendrá complicaciones derivadas de la inmovilidad, mayor riesgo de infecciones y deterior de la calidad de vida de los pacientes; las estancias hospitalarias prolongadas también afectan a los sistemas de salud, desde aumento de costos, disminución de disponibilidad de camas y deterioro de la calidad de atención. (OMS 2019)

Además, en el panorama hospitalario actual, la eficiencia y la competitividad han cobrado relevancia como pilares fundamentales del éxito. Su medición, a través de indicadores cuidadosamente seleccionados, permite una evaluación constante del desempeño y la toma de decisiones estratégicas para optimizar la gestión de recursos. La duración del tiempo de hospitalización o estancia hospitalaria, como indicador clave de calidad en la atención, juega un papel crucial. Su prolongación no solo representa un riesgo para la salud del paciente, aumentando la morbimortalidad, sino que también impacta negativamente en la disponibilidad de camas y en los costos operativos de la institución. (Ceballos et al. 2014).

Asimismo, en este contexto desafiante de la atención médica actual, resulta imperativo implementar estrategias que optimicen la utilización

de recursos y promuevan una gestión eficiente. A través de una evaluación continua de las operaciones hospitalarias, es posible identificar áreas susceptibles de mejora e implementar estrategias que racionalicen el uso de recursos, reduzcan costos y, en última instancia, se traduzcan en una atención médica de mayor calidad para los pacientes. Es fundamental comprender que la búsqueda de la eficiencia y la competitividad en el ámbito hospitalario trasciende la mera consecución de objetivos financieros. El objetivo primordial reside en garantizar una atención médica de excelencia que satisfaga de manera sostenible las necesidades de los pacientes. Para alcanzar este objetivo, es indispensable contar con un sistema de medición robusto que incorpore indicadores que reflejen diversos aspectos de la gestión hospitalaria, abarcando desde la eficiencia operativa hasta la satisfacción del paciente. La evaluación constante de estos indicadores permite identificar áreas que requieren mejoras y tomar decisiones estratégicas que impulsen la excelencia en la atención médica. (Ceballos et al. 2014).

A su vez es sabido que, en el campo de la atención médica, lejos de ser conceptos antagónicos, la eficiencia y la competitividad se erigen como herramientas fundamentales para poder tener una atención médica de calidad alta y sostenible a largo plazo. Un programa de calidad integral debe trascender la mera observación de indicadores de morbilidad, enfocándose en la resolución directa de problemas que elevan los costos de atención al paciente. La satisfacción del usuario final, el paciente, debe ser una prioridad absoluta, alcanzable a través de un personal satisfecho con el uso de recursos y comprometido con la prestación de una atención oportuna, adecuada y de calidad. La duración del tiempo de hospitalización, indicador indirecto de la calidad de la atención, debe ser objeto de constante análisis y mejora, ya que su prolongación aumenta la morbilidad, reduce la disponibilidad de camas y eleva los costos. (Gonzalez Angulo, Rivas Gonzales, Romero Cedano, & Cotrina Gomez, 2009)

Por otra parte, la duración de las estancias hospitalarias suele utilizarse como indicador de la eficiencia del flujo de pacientes y la prevención del hacinamiento en las áreas de emergencia, que funcionan como punto de entrada principal. Sin embargo, a pesar de la relativa estabilidad económica del país, la infraestructura hospitalaria no está a la altura de la creciente demanda de servicios de salud de calidad, lo que genera un déficit en la atención a la población. (Armas, 2015)

De la misma manera el desmedido incremento de los costos hospitalarios ha impulsado la búsqueda de los factores que lo agravan. En este contexto, las políticas de admisión en hospitales públicos de salud no parecen contribuir a su reducción, ya que no contemplan la influencia que ejercen los pacientes, los médicos y las propias unidades hospitalarias. Entre los indicadores que se deberían considerar se encuentra la tasa de utilización hospitalaria. (Gonzalez Angulo, Rivas Gonzales, Romero Cedano, & Cotrina Gomez, 2009)

El Ministerio de Salud define una estancia hospitalaria prolongada como aquella que excede los 8 días de duración. En contraste, el promedio normal de estancia se ubica entre 5 y 8 días. (MINSAs 2013)

En 2016, la duración promedio de la estancia hospitalaria en Europa osciló entre 5 y 10 días. Los pacientes con estancias más prolongadas fueron los checos y croatas, con promedios de 9,6 y 9,3 días, respectivamente. España se ubicó en el punto medio, con una estancia promedio de 7 días, cifra que ha experimentado un ligero aumento en los últimos años, pasando de 6,7 días en 2011 a 7 días en 2015. En contraste, los pacientes de Holanda y Bulgaria registraron las estancias más cortas, con promedios de 4,5 y 5,3 días, respectivamente. Cabe destacar que los datos de Holanda no incluyen hospitales de larga estancia. (Consalud.es 2019)

Igualmente, Latinoamérica y el Caribe muestran una duración promedio de estadía en hospitales de 5,36 días, menor que el promedio de la OCDE (7,70 días). Jamaica, Colombia y Chile lideran la región con estadías superiores a 6 días, mientras que México registra la menor con

menos de 4 días. Si bien la duración de la hospitalización se utiliza como indicador de acceso y uso adecuado de estos servicios, su interpretación debe ser cuidadosa. No siempre refleja la calidad de la atención recibida. Una estancia más corta, en igualdad de condiciones, puede reducir costos y permitir una atención más eficiente al transferir pacientes a entornos post-agudos menos costosos. Sin embargo, estadías prolongadas podrían indicar mala coordinación de la atención, con pacientes que esperan innecesariamente en el hospital para su rehabilitación o atención a largo plazo. Por otro lado, altas prematuras podrían comprometer la salud de los pacientes o aumentar las probabilidades de reingreso. Sintetizando, la duración de la hospitalización es un indicador complejo que debe analizarse cuidadosamente, considerando diversos factores para una evaluación precisa de la calidad de la atención y la eficiencia del sistema de salud. (OCDE, 2019)

Teniendo como dato local los valores actuales de estancia hospitalaria de la oficina de estadística, un análisis de los datos estadísticos para el departamento de medicina de los últimos meses, vemos que en enero del 2024 se tuvo una estancia hospitalaria general en el departamento de medicina es de 10,79 días, las especialidades con una estancia hospitalaria menores a 9 días son: Cardiología y Gastroenterología con 7,17 y 7,18 días respectivamente, siendo las de mayor estancia Neumología y Neurología con 15 y 12,35 días respectivamente. En febrero del 2024 la estancia hospitalaria de manera general en el departamento de medicina fue de 11 días, las especialidades que presentaron menor estancia hospitalaria: cardiología y gastroenterología con 7 y 7,49 días respectivamente; y las especialidades que tuvieron mayor estancia hospitalaria: Neumología y medicina interna con 15,32 y 11,98 días respectivamente (Oficina estadística HRDT 2024)

Ante esta realidad problemática se planteó el siguiente problema: ¿Qué factores del proceso de organización se asocian a la estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo durante mayo – julio 2024?

Así el presente trabajo de investigación tiene justificación desde el aspecto de conveniencia: Las estancias hospitalarias prolongadas representan un problema significativo que afecta a los pacientes, el sistema de salud a su vez a la sociedad de manera general; Las estancias prolongadas generan mayor riesgo de infecciones, complicaciones y deterioro de la calidad de vida de los pacientes. Así mismo, incrementan los costos de atención médica y la ocupación de camas, afectando la disponibilidad de recursos para otros pacientes. También hay un aporte teórico ya que este estudio contribuirá a llenar un vacío de conocimiento en la comprensión del tema y que los hallazgos del estudio pueden contribuir al desarrollo de teorías sobre la gestión hospitalaria y la mejora de la calidad de la atención. Así mismo implicancias prácticas: el estudio puede identificar factores de la organización hospitalaria que son modificables los cuales requieren mejora para optimizar la calidad de la atención y reducir las estancias hospitalarias; La reducción de las estancias hospitalarias puede generar ahorros significativos en costos de atención médica y recursos hospitalarios y un mejor clima organizacional puede mejorar la satisfacción del paciente con la atención recibida, lo que a su vez puede contribuir a la reducción de las estancias hospitalarias. Y aporte social: la reducción de las estancias hospitalarias puede contribuir a mejorar la salud pública en general; El uso más eficiente de los recursos hospitalarios puede beneficiar a la sociedad en su conjunto y La mejora de la calidad de la atención y la satisfacción del paciente puede contribuir al bienestar social de la comunidad.

Así también se planteó el siguiente objetivo general: Determinar la asociación de los factores del proceso organización y la estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo durante mayo – junio 2024. Y los objetivos específicos: identificar la frecuencia de estancia hospitalaria prolongada y no prolongada en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo; Identificar las variables sociodemográficas de los pacientes atendidos en el

departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo; Identificar las frecuencias de presencia de cada uno de los factores de proceso organización en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo; identificar la asociación entre cada uno de los factores de proceso organización en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo.

Como antecedente internacional se encontró el estudio realizado en Australia, por Ong, Magrabi y Coiera, En el hospital metropolitano de Sídney (370 camas), donde se evaluó 5804 pacientes entre 2011 a 2012 en una cohorte retrospectiva, donde se analiza el retraso en las lecturas de análisis de laboratorio `por los médicos tratantes que solicitaron dichos exámenes y su relación con la estancia hospitalaria; como datos resaltantes cada día de retraso de lectura aumento probabilidad de estancia prolongada en un 13,2 % ($p < 0,0001$) y cuando los resultados fueron alterados, cada día aumento probabilidad de alta retrasa en un 33,6 % ($p < 0,0001$). (Ong, M.-S., Magrabi, F., & Coiera, E. 2018)

Asu vez como antecedente de estudio nacional, Soria en 2019 en su tesis “Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina, Hospital De Emergencias De Villa El Salvador, 2018” realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, básico, transversal y retrospectivo, analizó 339 historias clínicas del año 2018. Los resultados revelaron que el 46% de los pacientes experimentaron estancias hospitalarias prolongadas, con una estancia media de 12,48 días. La demora en la realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos se identificó como el principal factor determinante, con una frecuencia de 119 casos (35,1%). (Soria R. 2019)

Además, como antecedente local, Oblitas y Siccha en 2018 en su tesis “Relación entre Administración y Estancia Hospitalaria en pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Alta Complejidad Trujillo 2018” realizaron un estudio cuantitativo, correlacional y descriptivo, realizado entre enero y abril del mismo año, analizó a 238 pacientes. Los

resultados identificaron que el 21% de los pacientes experimentaron estancias hospitalarias prolongadas. Se encontró una correlación significativa entre el nivel administrativo del paciente y la duración de la estancia, siendo los pacientes con un nivel administrativo más alto los que presentaban una mayor probabilidad de estancias prolongadas. (Oblitas J y Siccha F. 2018)

Asu vez como bases teóricas, El modelo de Donabedian, propuesto en 1966, se erige como un referente fundamental para evaluar la calidad de la atención médica. Inspirado en la teoría general de sistemas, este enfoque integral analiza tres dimensiones clave: estructura, proceso y resultados, con un claro objetivo: mejorar la eficiencia en la atención de salud y reducir la estancia hospitalaria. El de estructura: Cimientos sólidos para una atención eficiente; la dimensión de estructura se centra en los recursos y condiciones disponibles para brindar atención médica de calidad. Una estructura sólida, que incluya personal altamente capacitado, infraestructura adecuada y equipamiento moderno, constituye la base para una atención eficiente. Esta dimensión se relaciona directamente con la optimización de los tiempos de atención, ya que recursos adecuados permiten flujos de trabajo más fluidos y una reducción en los tiempos de espera y procedimientos. El de proceso: La clave para una atención fluida y efectiva; la dimensión de proceso evalúa cómo se brinda la atención médica en sí misma. Esta dimensión es crucial para minimizar la estancia hospitalaria, ya que aspectos como el cumplimiento de protocolos eficientes, la comunicación clara y oportuna entre el personal de salud y los pacientes, y la aplicación de las mejores prácticas clínicas, garantizan una atención fluida, efectiva y segura. Una atención bien definida y ejecutada conduce a una menor necesidad de reingresos, estancias prolongadas y complicaciones, reduciendo así los costos asociados a la atención médica. El de resultados: El objetivo final: pacientes sanos y satisfechos; la dimensión de resultados se enfoca en los efectos de la atención médica en la salud del paciente. En este contexto, la estancia hospitalaria se convierte en un indicador clave de calidad. Unos resultados positivos, que se traduzcan en pacientes con

menor tiempo de hospitalización, mayor satisfacción con la atención recibida, mejor calidad de vida y una recuperación más rápida, son el objetivo final de un sistema de atención médica eficiente. La evaluación y mejora continua: La búsqueda incesante de la excelencia; el modelo de Donabedian va más allá de una simple evaluación de la calidad; proporciona información valiosa para identificar fortalezas y debilidades en el sistema de atención médica, permitiendo así tomar medidas correctivas y mejorar constantemente la calidad de la atención. Esta evaluación continua, enfocada en la eficiencia y la reducción de la estancia hospitalaria, es fundamental para optimizar el uso de los recursos disponibles y garantizar la sostenibilidad del sistema de salud. Así entonces el modelo de Donabedian, con su enfoque en la estructura, el proceso y los resultados, ofrece una herramienta invaluable para evaluar y mejorar la calidad de la atención médica, con un claro objetivo: optimizar la eficiencia del sistema y reducir la estancia hospitalaria, conduciendo a una atención médica más efectiva, segura y accesible para todos. (Berwick, D., & Fox, D. M. 2016)

Los indicadores de gestión y evaluación hospitalaria son herramientas esenciales para medir la calidad y eficiencia de la atención médica brindada en un hospital. Estos indicadores permiten a los gerentes, profesionales de la salud y otros interesados comprender el desempeño del hospital en diversas áreas, identificar áreas de mejora y tomar decisiones informadas para optimizar la atención al paciente. La estancia hospitalaria prolongada puede tener un impacto significativo en la calidad de vida del paciente, la satisfacción del paciente, los costos de atención médica y la utilización de recursos hospitalarios. Por lo tanto, es crucial medir y gestionar la duración de la estancia hospitalaria de manera efectiva. Los indicadores de gestión y evaluación hospitalaria no solo sirven para medir el desempeño actual, sino que también pueden ser utilizados para identificar áreas de mejora y desarrollar estrategias para mejorar la calidad y eficiencia de la atención médica. Un proceso de mejora continua basado en datos permite a los hospitales identificar

problemas de manera temprana, implementar soluciones y evaluar el impacto de las intervenciones. (López, J., & Martínez, C. 2021)

La teoría de la administración científica de Frederick Winslow Taylor, concebida para incrementar la eficiencia y productividad en entornos industriales, encuentra eco en el ámbito hospitalario, ofreciendo herramientas para optimizar procesos y mejorar la calidad de la atención. Si bien el enfoque original se centraba en la racionalización del trabajo, adaptándolo al contexto sanitario, podemos identificar elementos clave para optimizar la organización hospitalaria. El estudio de tiempos y movimientos, piedra angular del taylorismo, puede aplicarse al análisis de flujos de trabajo en áreas como admisión de pacientes, preparación de medicamentos o procedimientos médicos. Identificar pasos innecesarios o tiempos de espera excesivos permite implementar mejoras que reduzcan el tiempo total del proceso y optimicen el uso de recursos. La adecuada selección y capacitación del personal, otro pilar del taylorismo, es crucial en el entorno hospitalario. Asignar a cada trabajador las tareas para las que está mejor capacitado y motivado, a través de programas de capacitación y desarrollo profesional continuo, contribuye a mejorar el desempeño del personal y, en consecuencia, la calidad de la atención brindada a los pacientes. Es fundamental reconocer que la complejidad y dinamismo de los entornos hospitalarios, junto con la naturaleza sensible de la atención al paciente, exigen ir más allá de una simple racionalización de tareas. La empatía y la compasión en la interacción entre el personal médico y los pacientes son elementos esenciales para garantizar una atención de calidad y humanizada. (Taylor, F. W. 1911).

Para el siguiente trabajo se planteó la siguiente hipótesis: Los factores del proceso organización se asocian con la estancia hospitalaria en el departamento de medicina de un hospital MINSa III 1 en mayo a julio del 2024

II. METODOLOGÍA

El presente trabajo fue de tipo de investigación aplicada, porque su propósito es solucionar un problema concreto, con enfoque cuantitativa y diseño no experimental, por la medición de variables numéricas sin intervención por parte del investigador, transversal, las observaciones fueron en un momento determinado, del tipo correlacional; en él se demuestra la correlación estadística entre dos variables. (Hernández, 2014).

Así mismo las variables estudiadas fueron: los factores del proceso organización que incluyen a: demora en realización de estudio u obtención del informe, definido como el tiempo que transcurre desde que se solicita un estudio o informe hasta que se entrega al médico tratante; demora en intervención quirúrgica o procedimiento, el tiempo que transcurre desde la decisión de realizar una intervención quirúrgica o procedimiento hasta su ejecución; demora en respuesta de interconsulta, tiempo que transcurre desde la solicitud de una interconsulta hasta la recepción de la respuesta del especialista consultado; día del alta, el día en el que es dado de alta agrupado en fin de semana(sábado y domingo) y no fin de semana o entre semana (Lunes a viernes); demora por falta de especialista, definido como tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de un especialista médico; demora por falta de estudio de laboratorio, tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de resultados de un estudio de laboratorio; demora por falta de medicamento, definida como tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de un medicamento; las cuales son cualitativas/nominales dicotómicas. A su vez la estancia hospitalaria variable cualitativa que fue definida como la cantidad de días que un paciente permanece internado en el hospital, desde el momento de su ingreso hasta el día de su alta, la cual será considerada como prolongada y no prolongada. (La operacionalización en Anexo 1)

Por otro lado, la población de estudio estuvo conformada por los pacientes hospitalizados en el departamento de medicina en los meses de mayo a junio del 2024, considerando criterios de inclusión: HCL de

pacientes ≥ 16 años hospitalizados en medicina, HCL de pacientes con estancia hospitalaria mayor de 24 h, HCL que contengan toda la información requerida. Y criterios de exclusión: HCL de pacientes < 16 años, HCL de pacientes con estancia < 24 h, HCL que no tuvieron información requerida, reingresos por la misma causa, HCL de pacientes fallecidos. HCL de pacientes con alta voluntaria, HCL de pacientes transferidos a otra institución o servicio. Para la selección de la muestra se aplicó la fórmula para poblaciones finitas, tomando como valor de población 371 pacientes internados en departamento de medicina (Valor tomado de base de datos de estadística del hospital regional en los meses de mayo y junio 2024), obteniéndose una muestra de 189 pacientes.

A su vez en esta investigación se utilizó la técnica revisión documentaria y como instrumento se elaboró guía de revisión documentaria el cual contiene datos específicos a extraer de las historias clínicas de pacientes hospitalizados, Cabe mencionar que estos datos están refrendados en libros y /o documentos técnicos del ámbito de salud (Anexo 2); y almacenados en una base de datos creada en Excel para este proyecto. Asimismo, los datos obtenidos fueron incluidos y analizados en el programa SPSS v 29, las variables fueron descritas en frecuencias absolutas y porcentuales, para la asociación entre las variables se usó la prueba de chi-cuadrado y correlación de V de Cramer.

Así mismo, consideraciones éticas se usaron los principios del comité de ética de la Universidad César Vallejo: Relevancia científica, el estudio con un valor científico y contribuye al conocimiento dentro del área de la salud. Metodología adecuada, la metodología del estudio sólida y apropiada para responder a los objetivos planteados. Protección de datos, se tomaron medidas para la confidencialidad de los datos de los participantes. Riesgos y beneficios, por haber sido un estudio observacional en el cual se realizó una revisión de historias clínicas no se afectó ni puso en riesgo a los participantes. Del mismo modo, el consentimiento informado, no fue necesario. Monitoreo y evaluación, el estudio con monitoreo y evolución periódicamente para el cumplimiento de los principios éticos.

III. RESULTADOS

Tabla 1

Factores del proceso organización y estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024

		Estancia prolongada		Total	
		NO	SI		
Factor de organización	Ninguno	N	75	26	101
		%	74,3%	25,7%	100%
	1 o más de factores	N	34	54	88
		%	38,6%	61,4%	100%
Total		N	109	80	189
		%	57,7%	42,3%	100%

Nota: En esta tabla se representa la asociación entre la presencia de factores de organización y estancia prolongada.

$\chi^2 = 24,443$, p valor = 0.000

V de Cramer= 0,36 p valor=0.000

Interpretación:

La tabla 1 muestra que 61.4% de los pacientes que presentan 1 o más factores de organización presentaron una estancia prolongada, mientras que el 38.6% no presento una estancia prolongada; en los pacientes que no tuvieron ningún factor de demora presente, 25,7% presentaron una estancia prolongada mientras que el 74.3% no presentaron una estancia prolongada. En cuanto a la asociación entre las variables se obtuvo que hay relación entre ellas con alto grado de significancia (Chi-cuadrado de Pearson: 24,443 y $p < 0.001$); además una asociación moderada entre la estancia prolongada y la presencia del algún factor de organización, con un alto grado de significancia (V de Cramer= 0.36 y $p < 0.001$)

Tabla 2

Estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III Trujillo 2024

	N	%
Estancia hospitalaria No prolongada	109	57,7%
Estancia hospitalaria Prolongada	80	42,3%
Total	189	100%

Nota: En esta tabla se representa las frecuencias numéricas y porcentuales de la estancia hospitalaria.

Interpretación:

La tabla 2 se aprecia que la mayoría de pacientes, 57%, tuvieron una estancia no prolongada es decir 8 días o menos. Y un porcentaje importante de pacientes el 42.3% tuvieron una estancia prolongada es decir más de 8 días.

Tabla 3

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y ESPECIALIDAD EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE UN HOSPITAL III – I PROVINCIA DE TRUJILLO 2024

		N	%
EDAD	16 a 30	26	13,8%
	31 a 40	16	8,5%
	41 a 50	21	11,1%
	51 a 60	36	19%
	61 a 70	35	18,5%
	71 a 80	30	15,9%
	81 a MAS	24	12,7%
sexo	FEMENINO	99	52,4%
	MASCULINO	90	47,6%
Especialidad	CARDIOLOGIA	10	5,3%
	GASTROENTEROLOGIA	44	23,3%
	MEDICINA INTERNA	97	51,3%
	NEUMOLOGIA	18	9,5%
	NEUROLOGIA	19	10,1%
	REUMATOLOGIA	1	0,5%

Nota: En esta tabla se representa las frecuencias numéricas y porcentuales las edades expresadas en intervalos de edades, además del sexo y la especialidad en la que se encontraban los pacientes.

Interpretación:

En la tabla 3 podemos apreciar que las variables sociodemográficas tomadas en cuenta son la edad y el sexo, en cuanto a la edad es el grupo decenal que más pacientes contiene es de 51 a 60 años con un 19% seguido por el grupo de 61 a 70 años con 18.5%; en relación al sexo son numéricamente similares con frecuencias porcentuales 52.4% para sexo femenino y 47.6% para sexo masculino; cuando evaluamos las frecuencias por especialidad en cual fueron atendidos en hospitalización la mayor cantidad de pacientes fue de la especialidad de medicina interna 51.3%, seguido de gastroenterología con 23.3%.

Tabla 4

Frecuencias de los factores de proceso organización en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024

		N	%
Demora por estudio de imagen	NO	157	83,1%
	SI	32	16,9%
	Total	189	100%
Demora por Cirugía	NO	189	100%
	SI	0	0%
	Total	189	100%
Demora por Interconsulta	NO	185	97,9%
	SI	4	2,1%
	Total	189	100%
Demora por equipo	NO	152	80,4%
	SI	37	19,6%
	Total	189	100%
Demora por especialista	NO	183	96,8%
	SI	6	3,2%
	Total	189	100%
Demora por laboratorio	NO	184	97,4%
	SI	5	2,6%
	Total	189	100%
Demora por medicamento	NO	160	84,7%
	SI	29	15,3%
	Total	189	100%
fecha de alta	Entre semana	156	82,5%
	Fin de semana	33	17,5%
	Total	189	100%
	Total	189	100%

Nota: En esta tabla se representa las frecuencias numéricas y porcentuales de cada uno de los factores del proceso organización.

Interpretación:

En la tabla 4 se observa que de los factores de proceso organización la demora por estudio de imagen o su informe presenta 16.9%, no se encontró pacientes con demora por cirugía programada, en cuanto a la demora por interconsulta el 2,1% de los pacientes la presentaron, 19.6% de los pacientes presentaron demora por falta de equipo biomédico, en el aspecto de demora por falta de especialista el 3.2% de los pacientes la presento, a su vez en cuanto a la demora por falta de examen de laboratorio 2.6% de los pacientes presentaron esta demora, 15.3% de los pacientes presentaron demora por falta de medicamentos en el hospital, en cuanto a la fecha de alta se encontró que 82.5% de los pacientes fueron dados de alta día entre semana, es decir de lunes a viernes y 17.5% de los pacientes fueron dado de alta en fin de semana se refiere a sábado y domingo.

Tabla 5

Asociación entre cada uno de los factores de proceso organización y estancia hospitalaria en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I Trujillo 2024

		Estancia prolongada						Prueba estadística	
		NO		SI		Total		prueba	p
		N	%	N	%	N	%		
Demora por estudio de imagen	NO	105	66,9%	52	33,1%	157	100%	X2:32.2	P:0.000
	SI	4	12,5%	28	87,5%	32	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,5%	41	42,3%	189	100%	0.413	P0.000
Demora por Cirugía	NO	109	57,7%	80	42,3%	189	100%		
	SI	0	0,0%	0	0,0%	0	0%		
	Total	109	57,5%	80	42,3%	189	100%		
Demora por Interconsulta	NO	108	58,4%	77	41,6%	185	100%	X2:1,787	P:0.181
	SI	1	25%	3	75%	4	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100%	0.097	P:0.18
Demora por equipo	NO	94	61,8%	58	38,2%	152	100%	X2:5,531	P:0.019
	SI	15	40,5%	22	59,5%	37	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100%	0.171	P:0,019
Demora por especialista	NO	107	58,5%	76	41,5%	183	100%	X2:1,504	P:0.22
	SI	2	33,3%	4	66,7%	6	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100%	0.089	P:0,22
Demora por laboratorio	NO	108	58,7%	76	41,3%	184	100%	X2:2,986	P:0.084
	SI	1	20%	4	80%	5	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100%	0.126	P:0,084
Demora por medicamento	NO	103	64,4%	57	35,6%	160	100%	X2:19,193	P:0.000
	SI	6	20,7%	23	79,3%	29	100%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100%	0.319	P:0,000
Demora por fecha de alta	Entre semana	87	55,8%	69	44,2%	156	100%	X2:1,325	P:0.25
	Fin de semana	22	66,7%	11	33,3%	33	100,0%	V de Cramer:	
	Total	109	57,7%	80	42,3%	189	100,0%	0.084	P:0,25

Nota: En esta tabla se representa las frecuencias numéricas y porcentuales de cada uno de los factores del proceso organización en relación con la estancia hospitalaria y sus pruebas de estadísticas de asociación Chi cuadrado (X2) y V de Cramer con su valor de significancia p.

Interpretación:

En la tabla 5 se observa la relación que se tiene entre cada uno de los factores del proceso organización y su asociación con la estancia hospitalaria; se encontró asociación estadísticamente significativa en demora por: estudio de imágenes, equipo médico y por medicamentos. En los pacientes con demora por estudio de imagen la estancia hospitalaria en el 87,5% fue prolongada mientras que un 12,5% no fue prolongada; en los pacientes sin demora por exámenes de imágenes la estancia hospitalaria en el 33,1% fue prolongada y 66,9% no fue prolongada; hay una asociación estadísticamente significativa entre la demora por estudio de imagen y estancia hospitalaria (Chi-cuadrado de Pearson: 32,2 y $p < 0.001$) además la asociación entre ellas es moderada con alto grado de significancia (V de Cramer= 0,413 y $p < 0.001$). En los pacientes con demora por falta de equipo la estancia hospitalaria fue prolongada en 59,5% y no prolongada en 40,5%; mientras que en los pacientes sin esta demora la estancia fue prolongada en 38,2% y no prolongada en 61,8%; asociación estadísticamente significativa ($X^2: 5,531$ $p < 0.05$) siendo esta asociación débil (V de Cramer= 0,171 y $p < 0.001$). En los pacientes con demora por falta de medicamentos la estancia hospitalaria fue prolongada en 79,3% y no prolongada en 20,7%; mientras que en los pacientes sin esta demora la estancia fue prolongada en 35,6% y no prolongada en 64,4%; asociación estadísticamente significativa ($X^2: 19,193$ $p < 0.01$) siendo esta asociación moderada (V de Cramer= 0,319 y $p < 0.001$).

Por otra parte, el factor de demora por cirugía no se presentó, en este grupo de pacientes.

Además, se observa otros factores del proceso organización que no se encontró asociación en demora por: Interconsulta, por falta de especialista, por falta de examen de laboratorio y día de alta. En los pacientes con demora en respuesta de interconsulta la estancia hospitalaria fue prolongada en 75% y no prolongada en 25%; mientras que en los pacientes sin esta demora la estancia fue prolongada en 41,6% y no prolongada en 58,4%. En los pacientes con demora por falta de médico especialista la estancia hospitalaria fue prolongada en 66,7% y no prolongada en 33,3%; mientras que en los pacientes sin esta demora la

estancia fue prolongada en 41,5% y no prolongada en 58,5%. En los pacientes con demora por falta de exámenes de laboratorio la estancia hospitalaria fue prolongada en 80% y no prolongada en 20%; mientras que en los pacientes sin esta demora la estancia fue prolongada en 41,3% y no prolongada en 58,7%. En cuanto al día alta hospitalaria se vio que los pacientes que son dado de alta el fin de semana 42,3% fue de estancia prolongada y 57,7% no fue prolongada y en los pacientes que fueron dados de alta 44,2% fue prolongada y 55,8% no fue prolongada. En ninguno de estos factores se encontró una asociación estadísticamente significativa.

IV. DISCUSIÓN

La estancia hospitalaria es usada como estándar de calidad de atención, poder identificar factores modificables como los factores del proceso organización, se encontró una asociación moderada significativa entre la presencia de uno o más factores de proceso organización en comparación con los pacientes que no presentaron ningún factor.

La tabla 1 presentada se observa que el 61.4% de los pacientes con al menos un factor de organización experimentaron una estancia prolongada, mientras que solo el 25.7% de aquellos sin factores de demora la presentaron. Esta diferencia significativa ($p < 0.001$) denota la asociación de los factores de organización en la duración de la hospitalización. Esta asociación se ve reforzada por las pruebas estadísticas realizadas. El Chi-cuadrado de Pearson (24,443) con un $p < 0.001$ indica una fuerte relación entre las variables, mientras que la V de Cramer (0.36) con un $p < 0.001$ sugiere una asociación moderada con un tamaño de efecto considerable; concuerdan con investigaciones previas que han identificado la influencia de los factores organizativos en la estancia hospitalaria (Bautista CKM, 2023) en su revisión de casos nota la presencia de factores como: demora en adquisición de insumos, falta de camas hospitalaria, haciendo notar que cuando un paciente permanece más tiempo en el hospital su atención se encarece. Haciendo uso de la teoría de Taylor, “administración científica” debemos identificar y optimizar flujos de atención, en diferentes áreas como: admisión, preparación de medicamentos o realización de procedimientos médicos diagnósticos y terapéuticos. (Taylor, F. W. 1911).

La Tabla 2 revela que la mayoría de los pacientes (57%) experimentaron una estancia hospitalaria no prolongada, es decir, de 8 días o menos. Esta tendencia concuerda con hallazgos de otras investigaciones, como la de López-Azcona et al. (2021), quienes reportaron un 58.8% de estancias no prolongadas en pacientes de medicina interna. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes (42.3%) presentó una estancia prolongada, superando los 8 días. Esta cifra es diferente a la

observada por Santamaria et al. (2019), quienes encontraron un 61.32% de estancias prolongadas en una población similar y Arias (2023) 54.1% presento estancia hospitalaria prolongada, valorada de la misma manera como mayor a 8 días de hospitalización. Un estudio de Herrera-Viloché y Colls., M. (2018), que evalúa la estancia hospitalaria prolongada como factor de riesgo en el hospital regional docente de Trujillo en el año 2014 tiene un valor diferente de estancia prolongada de 17.8% pero toman como punto de corte 13 días a más.

En la tabla 3 donde se representan las variables sociodemográficas, 47.1% de los pacientes tienen más de 60 años, comparando con otra investigación en población similar, Arias (2023) encontró 70,4% de sus pacientes tenían mas de 60 años; en relación al sexo de los pacientes el femenino es 52.4% y 47.6% de sexo masculino, en el estudio que se está comparando 54.1% de sexo femenino, cantidades muy similares encontradas la frecuencia de sexos femenino y masculino son similares; las especialidades que mas pacientes tuvieron fueron: medicina interna y gastroenterología, lo cual guarda relación con los encontrado por Soria (2019) donde las patologías más frecuentes fueron: respiratorias con 19.5%, infecciosas 15.3% y digestivas 10%. Mas del 50% de los pacientes estudiados fueron hospitalizados en medicina interna ya que en este servicio se atienden pacientes con patologías múltiples, complejas y con dudas diagnosticas, por ello la gran cantidad de pacientes en este servicio.

La Tabla 4 proporciona información valiosa sobre los factores que influyen en los tiempos de alta hospitalaria. Entre los factores de organización de procesos investigados, las demoras en la obtención de estudios de imagen o sus informes surgieron como una de las más prevalentes, afectando al 16.9% de los pacientes; la demora puede ser multifactorial, como sobrecarga de los servicios, equipos no operativos, turnos deficientes de médicos radiólogos que retrasan la entrega de los informes.

Por otro lado en la tabla 4 se vio que no hay casos de demora por cirugía retrasada, (Elorza,2012) informan que dentro de las causas de estadías hospitalarias inadecuadas están cirugías, a causa de falta de quirófano, instrumental o demoras administrativas; dado que los pacientes estudiados son del departamento de medicina, las necesidades quirúrgicas son bajas y esto podría explicar la ausencia de este factor en los pacientes estudiados, las necesidades quirúrgicas en pacientes hospitalizados en medicina se relacionan con tomas de biopsias o drenajes, ya que si hay necesidad de procedimientos de mayor complejidad el paciente será transferido de servicio.

Sin embargo, un preocupante 2.1% de los pacientes experimentaron demoras debido a interconsultas, lo que destaca posibles ineficiencias en la coordinación de la atención. En el estudio de flores (2020) señala que la falta de coordinación entre las especialidades, que causan duplicación de exámenes, retraso en la toma de decisiones, y prolongación de las hospitalizaciones.

La Tabla 4 expone un problema preocupante: el 19.6% de los pacientes experimentaron demoras en su alta hospitalaria debido a la falta de equipo biomédico. Este hallazgo resuena con la realidad de muchos centros de salud, donde la carencia o avería de equipos médicos obstaculiza la atención oportuna y eficiente. La escasez de equipos biomédicos es un problema complejo con múltiples causas. Factores como la insuficiente inversión en infraestructura, la obsolescencia tecnológica y la falta de mantenimiento preventivo contribuyen a la situación. Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2020 reveló que el 40% de los equipos biomédicos en América Latina y el Caribe no cumplen con los estándares mínimos de funcionamiento (OPS, 2020). La avería de un equipo y su lenta reparación, así como no tener equipamiento de reemplazo hacen un servicio frágil frente a contratiempos empeorando los estándares de atención y por ende aumenta el tiempo de estancia hospitalaria.

La Tabla 4 revela un problema crítico: el 15.3% de los pacientes experimentaron demoras en su alta hospitalaria debido a la falta de medicamentos dentro del hospital. Este hallazgo pone de manifiesto la preocupante realidad de la escasez de medicamentos en muchos centros de salud, lo que obstaculiza la atención integral y oportuna de los pacientes. La falta de medicamentos esenciales dentro del hospital tiene un impacto negativo en la atención de los pacientes en múltiples niveles. En primer lugar, retrasa o impide la administración de tratamientos necesarios, lo que puede comprometer la efectividad del tratamiento, aumentar el riesgo de complicaciones y prolongar las estancias hospitalarias. En el estudio de Fernández (2019) se relata las múltiples complicaciones en relación a la demora o déficit en la administración de medicamentos que pueden aumentar el tiempo de hospitalización.

Por otro lado, los factores de demora por falta de médico especialista, día del alta no mostraron frecuencias altas en los pacientes estudiados, la notoriedad de la demora en falta de especialista es cuando se encuentran enfermedades de baja prevalencia.

La Tabla 5 presenta un hallazgo crucial: la existencia de una asociación estadísticamente significativa (Chi-cuadrado de Pearson: 32.2 y $p < 0.001$) entre la demora en la realización de estudios de imagen y la estancia hospitalaria prolongada. Esta asociación, clasificada como moderada con alto grado de significancia (V de Cramer= 0.413 y $p < 0.001$), pone de relieve la influencia considerable que este factor ejerce sobre la duración de la hospitalización, esto guarda relación con los hallazgos de (Ng, C. S., Watson, C. J., Palmer, C. R., See, T. C., Beharry, N. A., Housden, B. A., Bradley, J. A., & Dixon, A. K. 2002) donde observaron que el uso de tomografía temprana en pacientes con dolor abdominal puede reducir su estancia hospitalaria en 1,1 día aun cuando esta diferencia no fue estadísticamente significativa; las imágenes dentro del proceso diagnóstico aclaran y permiten agilizar procesos, así poder reducir estancias hospitalarias evitando complicaciones y favoreciendo

el accionar médico, si bien los contextos son diferentes el presente estudio es en un ambiente de hospitalización y el otro estudio es en un ambiente de emergencia, nos relata la similitud en cuanto a la utilización de métodos de imagen, Donabedian (2013) hace referencia a la calidad de atención y su dimensión de estructura que un equipamiento deficiente o con mal funcionamiento puede afectar la calidad de los estudios requeridos, lo que genera retrasos en el diagnóstico y tratamiento del paciente; también se ve afectada la dimensión de proceso por que los resultados de los estudios de imagenología permiten tomar decisiones clínicas oportunas y adecuadas; y la dimensión de resultado La demora en el diagnóstico y tratamiento puede empeorar el estado de salud del paciente, lo que puede conducir a un mayor tiempo de estancia hospitalaria e incluso al aumento de la mortalidad.

Los resultados de la Tabla 5 indican una asociación estadísticamente significativa (chi-cuadrado: 5.531, p-valor < 0.05) entre la falta de equipo y la estancia hospitalaria prolongada. Sin embargo, el coeficiente de Cramer de V de Cramer (0.171) señala que esta asociación es débil. i bien la falta de equipo se asocia con un mayor riesgo de estancia hospitalaria prolongada, el efecto es débil. Esto sugiere que otros factores pueden tener un impacto más significativo en la duración de la estadía del paciente. Usando teoría de Taylor, F. W. (1911) los equipos biomédicos que no funcionan representan recursos valiosos que quedan sin uso; esto conduce a una subutilización de los recursos y potencialmente a costos más altos, ya que los procedimientos deben reprogramarse o se deben emplear métodos alternativos; los equipos biomédicos defectuosos crean cuellos de botella en el flujo de atención al paciente, lo que genera demoras y obstaculiza el uso eficiente del personal y las camas del hospital.

No obstante, la falta de equipo médico oportuno puede tener un efecto perjudicial en los pacientes afectados. Las demoras en el tratamiento debido a la falta de equipos pueden retrasar la recuperación, aumentar

la frustración de los pacientes y el personal médico, y potencialmente conducir a complicaciones.

Los resultados de la Tabla 5 indican una asociación estadísticamente significativa (chi-cuadrado: 19.193, p-valor < 0.01) entre la falta de medicamentos y la estancia hospitalaria prolongada. El coeficiente de Cramer de V de Cramer (0.319) señala que esta asociación es moderada. La falta de medicamentos representa un factor que contribuye moderadamente a la prolongación de la estancia hospitalaria. Los retrasos en la administración de medicamentos esenciales pueden alterar los planes de tratamiento, dificultar la recuperación del paciente y provocar complicaciones. Esto puede generar frustración y ansiedad entre los pacientes y sus familiares, quienes además pueden enfrentar cargas financieras adicionales si se ven obligados a adquirir los medicamentos por su cuenta. Usando la teoría de Donabedian (2013) afecta la dimensión de proceso ya que La falta de medicamentos puede interrumpir o retrasar los procesos de tratamiento, lo que puede tener consecuencias negativas para la salud del paciente. Esto puede conducir a la necesidad de prolongar la estancia hospitalaria, así como a un mayor riesgo de complicaciones o reingresos.

Así también cuando se analiza la estancia hospitalaria y el retraso por exámenes de laboratorio, no se obtuvo asociación estadística significativa; pero Ong, M.-S., Magrabi, F., & Coiera, E. (2018) en su estudio realizado en Australia, encontraron que el retraso en las lecturas de análisis de laboratorio `por los médicos tratantes que solicitaron dichos exámenes incrementa la estancia hospitalaria, la diferencias radica en como se mide esta demora, que fue de manera exacta cuando el medico solicita el examen y cuando lo lee, en base a ello pueden obtener esas conclusiones.

V. CONCLUSIONES

Se encontró una asociación significativa entre los factores de proceso organización y la estancia hospitalaria prolongada en pacientes hospitalizados en departamento de medicina de hospital III-I Trujillo 2024

Asu vez la estancia hospitalaria fue prolongada en 42,3% de los casos y no prolongada 57,7% en pacientes hospitalizados en departamento de medicina de hospital III-I Trujillo 2024

Además de los pacientes hospitalizados en el departamento de medicina de un hospital III-I Trujillo 2024, los grupos de edades más frecuentes son: 51 a 60, 61 a 70 y 71 a 80 años con 19%, 18,5% y 15,9% respectivamente. Fueron de sexo femenino en 52,4% y masculino 47.6%. Las especialidades con mayor número de pacientes fueron: Medicina interna y gastroenterología con 51,3 y 23,3% respectivamente.

Así mismo se encontrón que de los factores de proceso organización los más frecuentes son: demora por ausencia de equipos médicos, demora por estudio de imágenes y por administración de medicamentos con 16,9%; 19,6% y 15,3% respectivamente.

También se encontró que de los factores de proceso organización los que se encuentran estadísticamente significativos con la estancia hospitalaria prolongada son: demora en estudio de imágenes, demora por falta de equipo médico y demora por falta de medicamentos, en pacientes atendidos en el departamento de medicina de un Hospital III – I de la provincia de Trujillo.

VI. RECOMENDACIONES

Implementar estrategias para reducir las demoras en la atención, como la optimización de la programación de citas, la mejora de la comunicación interdepartamental y la agilización de los procesos administrativos.

Garantizar la disponibilidad oportuna de insumos y medicamentos esenciales para evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

Implementar sistemas eficientes de gestión de camas para asegurar una adecuada asignación de recursos y reducir el tiempo de espera para la hospitalización.

Invertir en la capacitación del personal médico y la dotación de recursos en las especialidades con mayor demanda, como medicina interna y gastroenterología, para garantizar una atención de calidad a estos grupos poblacionales.

Valorar el equipamiento actual, para poder hacer mantenimiento preventivo y adquirir nuevos equipos así aumentar la oferta en los servicios más requeridos, además aumento del número de equipos para evitar que un desperfecto anule completamente la atención.

REFERENCIAS

- Abarca Lachén, E., & Marro Ramón, D. (2016). El desabastecimiento de los medicamentos: ¿qué hay detrás? Causas, consecuencias y una buena alternativa. *Actas dermo-sifiliograficas*, 107(3), 178–182. <https://doi.org/10.1016/j.ad.2015.11.003>
- Aguirre-Gas, H., García-Melgar, M., & Garibaldi-Zapatero, J. (1997). Los factores asociados con la estancia hospitalaria prolongada en una unidad de tercer nivel [The factors associated with a lengthy hospital stay in a third-level unit]. *Gaceta medica de Mexico*, 133(2), 71–77.
- Arias CJ. (2023) Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes del servicio de medicina interna. Repositorio Universidad César Vallejo. Recuperado de: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/131521/Arias_SCJ-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Armas, D. (2015). El déficit hospitalario del Perú equivale a 1.5 camas por cada 1,000 habitantes. Recuperado de: <https://gestion.pe/economia/mercados/deficit-hospitalario-peru-equivale-1-5-camas-1-000-habitantes-90306-noticia/>
- Arrillaga, J (2019) Radiografía de la estancia hospitalaria en Europa. Recuperado de: https://www.consalud.es/pacientes/radiografia-de-la-estancia-hospitalaria-en-europa_58663_102.html
- Bautista CKM, Quispe Y, & Rojas CC. (2023). Factores asociados a estancia prolongada en el Departamento de Tórax y Cardiovascular de un Hospital público de Lima. Estudio. Repositorio Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28309/Bautista_CKM.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bernal Gonzales, I., Pedraza Melo, N. A., & Sanchez Limón, M. L. (2015). El clima organizacional y su relación con la calidad de los servicios públicos de salud: diseño de un modelo teórico. *Estudios Gerenciales*, 31, 8-19.

- Berwick, D., & Fox, D. M. (2016). "evaluating the quality of medical care": Donabedian's classic article 50 years later: "Evaluating the quality of medical care". *The Milbank Quarterly*, 94(2), 237–241.
- Budinich, M., & Sastre, J. (2020). PLANIFICACIÓN DEL ALTA. *Revista médica Clínica Las Condes*, 31(1), 76–84
- Carey, M. R., Sheth, H., & Braithwaite, R. S. (2005). A prospective study of reasons for prolonged hospitalizations on a general medicine teaching service. *Journal of general internal medicine*, 20(2), 108–115.
- Carrasco, V (2018) Simposio: "¿Cómo resolver la falta de especialistas en el Perú?" Diagnóstico situacional de las especialidades desde la perspectiva de salud pública. Academia Nacional de Medicina – Anales. 213-217.
- Ceballos-Acevedo, Tatiana María, Velásquez-Restrepo, Paula Andrea, & Jaén-Posada, Juan Sebastián. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 274-295.
- Correoso Castellanos, S., Lajara Marco, F., Díez Galán, M. M., Blay Domínguez, E., Bernáldez Silvetti, P. F., Palazón Banegas, M. A., & Lozano Requena, J. A. (2019). Análisis de las causas de demora quirúrgica y su influencia en la morbimortalidad de los pacientes con fractura de cadera. *Revista española de cirugía ortopédica y traumatología*, 63(3), 246–251.
- Díaz-Koo, Cristian Jesús, Fernández-Mogollón, Jorge, & Hirakata Nakayama, César. (2020). Características de los pacientes con estancia prolongada en el servicio de cirugía general del Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almazor Aguinaga Asenjo*, 13(3), 251-256.
- Donatelli, N. S., Gregorowicz, J., & Somes, J. (2013). Extended ED stay of the older adult results in poor patient outcome. *Journal of emergency nursing*, 39(3), 268–272.

- Elorza, María Eugenia, Vanina Ripari, Nadia, Cruciani, Franco, Moscoso, Nebel Silvana, & Gullace, María Eugenia. (2012). Clasificación de las causas que determinan estadía inadecuada útil para la gestión hospitalaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(4), 581-591
- Fernandez w (2024). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en pacientes mayores de 60 años con neumonía adquirida en la comunidad en el Hospital Militar Central del 2007 al 2016. Universidad Ricardo Palma.
- Ferrández, Olivia, Casañ, Borja, Grau, Santiago, Louro, Javier, Salas, Esther, Castells, Xavier, & Sala, Maria. (2019). Análisis de los problemas relacionados con los medicamentos en un hospital de tercer nivel de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 33(4), 361-368.
- Gokhale, S., Taylor, D., Gill, J., Hu, Y., Zeps, N., Lequertier, V., Prado, L., Teede, H., & Enticott, J. (2023). Hospital length of stay prediction tools for all hospital admissions and general medicine populations: systematic review and meta-analysis. *Frontiers in medicine*, 10, 1192969.
- González-Angulo IJ, Rivas-González GC, Romero-Cedano A, Cortina-Gómez B. (2009). Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. *Revista CONAMED*, 21-24.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. (6ª ed.). México: McGraw-Hill Education.
- Herrera-Viloche y Colls., M. (2018). Estancia hospitalaria prolongada asociada a mortalidad en Hospital Regional Docente de Trujillo, 2014.12(1) 63-67.
- Instituto Nacional de Salud del niño (2021) Directiva sanitaria N° 002 -INSN-SB/2021/UAIE procedimiento de solicitud y atención de interconsulta. Recuperado de: <https://portal.insnsb.gob.pe/docs-trans/resoluciones/archivopdf.php?pdf=2021/RD%20N%C2%B0%2>

0000110-2021-DG-

INSNSB%20Directiva%20de%20Interconsulta%20002FFF.pdf

Jiménez Paneque, R. E., (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Revista Cubana de Salud Pública*, 30(1), 17-36.

Khalifa, M. (2017). Reducing length of stay by enhancing patients' discharge: A practical approach to improve hospital efficiency. *Informatics Empowers Healthcare Transformation*. 238,157-160

Lee, A. H., Ng, A. S., & Yau, K. K. (2001). Determinants of maternity length of stay: a Gamma mixture risk-adjusted model. *Health care management science*, 4(4), 249–255.

López Pardo, Patricia, Socorro García, Alberto, & Baztán Cortés, Juan José. (2016). Influence of the length of hospital stay on mortality after discharge in elderly patients with acute medical conditions. *Gaceta Sanitaria*, 30 (5), 375-378.

Lu M, Sajobi T, Lucyk K, Lorenzetti D, Quan H. (2015) Systematic Review of Risk Adjustment Models of Hospital Length of Stay (LOS). *Med Care*. 53(4):355–65.

Mora, S. L., Barreto, C. A., y García, L. R. (2015). Procesos médico-administrativos en Hospitalarios y prolongación de la estancia. Hospital de San José, Bogotá D.C. Colombia. *Revista Repertorio de Medicina Y Cirugía*, 24(4), 284–293.

Ministerio De Salud Y Protección Social Colombia (2018) MANUAL DE LA CALIDAD. Bogotá. 1-38

Ministerio de Salud. Gobierno del Perú (2013). Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para hospitales, institutos y diresa. Lima: Oficina General de Estadística e informática. 1-67.

Moreno-Ruiz, L. A., Santos-Martínez, L. E., Claire-Guzmán, S. R., Necochea-Osuna, Y., García-Saldivia, M., & Nájera-Lemus, A. M. (2022). Estrategia de Follow up en la gestión de la estancia

hospitalaria. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 60(4), 425-432.

Ng, C. S., Watson, C. J., Palmer, C. R., See, T. C., Beharry, N. A., Housden, B. A., Bradley, J. A., & Dixon, A. K. (2002). Evaluation of early abdominopelvic computed tomography in patients with acute abdominal pain of unknown cause: prospective randomised study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 325(7377), 1387.

Oblitas J y Siccha F (2018). Relación entre Administración y Estancia Hospitalaria en pacientes del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Alta Complejidad Trujillo 2018. RepositorioUCV.edu.pe. 1-69. Recuperado de https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/32962/oblitas_jj.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ojeda C. et al. (2021) Factores asociados con estancia hospitalaria prolongada en una unidad geriátrica de agudos. *Acta Med Colomb*; 46(1), 1-7.

OMS. (2019). Mayor colaboración, mejor salud Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. 1-67. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf?sequence=1>

Ong, M.-S., Magrabi, F., & Coiera, E. (2018). Delay in reviewing test results prolongs hospital length of stay: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research*, 18(1),1-8.

Paneque, J., & Rosa, E. (2004). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Revista cubana de salud pública*, 30(1), 17-36.

Segredo Perez, A. M., & Reyes, M. D. (2004). Clima organizacional en salud pública. *Consideraciones generales. ENSAP*, 8(3),1-3.

Soria R(2019) Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina, Hospital De Emergencias De Villa El Salvador, 2018. RepositorioUCV.edu.pe. 1-65. Recuperado de:

https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/41076/Soria_SRA.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Taylor, F. W. (1911). *The principles of scientific management*. New York: Harper & Brothers.
- Vázquez, M. G. (2012). Criterios e indicadores de calidad de la atención de enfermería en los servicios abiertos de cirugía ortopédica del hospital "Frank País". *INFODIR*.8(14), 1-9.
- Zhan, C. (2003). Excess length of stay, charges, and mortality attributable to medical injuries during hospitalization. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 290(14), 1868–1874.
- Zonana-Nacach A et al. (2011) Tiempo de estancia en medicina interna. Función del médico hospitalista. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 49 (5),527-531.
- Zhao, E. J., Yeluru, A., Manjunath, L., Zhong, L. R., Hsu, H. T., Lee, C. K., Wong, A. C., Abramian, M., Manella, H., Svec, D., & Shieh, L. (2018). A long wait: barriers to discharge for long length of stay patients. *Postgraduate medical journal*. 94(1116), 546–550.

ANEXOS

ANEXO 1: OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable 1	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Factores de organización				
Demora en realización de estudio u obtención del informe	Tiempo que transcurre desde la solicitud de un estudio o informe hasta su entrega al médico solicitante. (MINSAL, 2018)	Número de días desde la solicitud hasta la entrega del estudio o informe.	SI: más de 1 día NO: menor o igual a 1 día	Cualitativa /nominal
Demora en intervención quirúrgica o procedimiento	Tiempo que transcurre desde la decisión de realizar una intervención quirúrgica o procedimiento hasta su ejecución. (Correoso Castellanos et al., 2019)	Número de días desde la decisión de la intervención hasta su realización.	Si: mas de 2 días NO: menor o igual a 2 días	Cualitativa /nominal
Demora en respuesta de interconsulta	Tiempo que transcurre desde la solicitud de una interconsulta hasta la recepción de la respuesta del especialista consultado. (INSN-SB, 2021)	Número de horas desde la solicitud hasta la recepción de la respuesta.	Si: más de 24horas NO: menor o igual a 24 horas	Cualitativa /nominal
Día del alta	Día en que el paciente es dado de alta del hospital o centro de atención médica. (Budinich & Sastre, 2020)	Días de la semana o fin de semana	0: Lunes a viernes 1: Fin de semana o feriado	Cualitativa /nominal
Demora por falta de equipo	Tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de equipo	Presencia o no de equipo funcional en la institución	SI: la institución no cuenta con equipo funcional	Cualitativa /nominal

	médico o quirúrgico. (MINSAL, 2018)		NO: la institución cuenta con el quipo funcional	
Demora por falta de especialista	Tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de un especialista médico. (Carrasco, 2018)	La institución cuenta o no con el especialista necesario	SI: No se cuenta el especialista NO: Si se cuenta con el especialista	Cualitativa /nominal
Demora por falta de estudio de laboratorio	Tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de resultados de un estudio de laboratorio. (MINSAL, 2018)	Se cuenta o no con el examen solicitado	SI: no se cuenta con el examen solicitado NO: si se cuenta con el examen solicitado	Cualitativa /nominal
Demora por falta de medicamento	Tiempo que se añade al procedimiento debido a la falta de un medicamento. (Abarca Lachén & Marro Ramón, 2016)	Se cuenta o no con el medicamento prescrito	SI: No se cuenta con el medicamento NO: se cuenta con el medicamento	Cualitativa /nominal

Variable	Definición conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Nivel de Medición
Estancia hospitalaria	Es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso. (MINSAL, 2013)	Número de días entre el ingreso y el alta. Si esto ocurre el mismo día, se cuenta como 1	Estancia hospitalaria no prolongada: Menos o igual a 8 días de hospitalización Estancia hospitalaria prolongada: Mayor a 8 días de hospitalización	Cualitativa /nominal

Anexo 2

GUIA DE REVISIÓN DOCUMENTARIA

Instrucciones:

1. Llenar el número de paciente el número de historia clínica
2. especialidad: Medicina interna, Gastroenterología, Neumología, etc.
3. días de hospitalización la diferencia entre el día de alta y el de ingreso.
4. Las demoras serán evaluadas: fecha de solicitud registrada en hoja de indicaciones y fecha de ejecución: cuando se realiza lo solicitado, con evidencia en historia clínica. Marcar las demás con una "X" según corresponda.

Autor: Pelaez, Jonner

N.º de paciente			
Especialidad			
Sexo	Masculino		Femenino
Días de Hospitalización			
Hospitalización prolongada (>8días)	SI (>8días)		NO (=<8días)
Demora en realización de estudio diagnóstico u obtención del informe	SI (> 1 día)		NO (=< 1 día)
Demora en intervención quirúrgica o procedimiento	SI (>2 días)		NO (=<2días)
Demora en respuesta de interconsulta	SI (>24 horas)		NO (=<24 horas)
Demora por falta de equipo	SI (la institución no cuenta con equipo funcional)		NO (la institución cuenta con el equipo funcional)
Demora por falta de especialista	SI (No se cuenta el especialista)		NO (Si se cuenta con el especialista)
Demora por falta de estudio de laboratorio	SI (no se cuenta con el examen solicitado)		NO (si se cuenta con el examen solicitado)
Demora por falta de medicamento	SI (No se cuenta con el medicamento)		NO (se cuenta con el medicamento)
Día del alta	Lunes a viernes		Fin de semana o feriado

Anexo 4

Análisis complementario

$$\text{Formula: } n = \frac{Nz^2 * pq}{(N-1)e^2 + z^2 * p * q}$$

.

$$\frac{371 * 1.96^2 * 0.5 * 0.5}{(371-1)0.05^2 + 1.96^2 * 0.5 * 0.5} = 189$$

Donde n: Tamaño de la muestra. N: Tamaño de la población = 371 internados en departamento de medicina (Valor tomado de base de datos de estadística del hospital regional en los meses de mayo y junio 2024) z: Valor tabulado 1,96, de la distribución normal al 95% de confianza. P: Probabilidad de ocurrencia de la característica observada 0,5 q: Probabilidad de no ocurrencia de la característica observada 0,5 e: Error de muestreo permitido, 0,05. Obteniéndose una muestra de 189 pacientes

Anexo 5



GERENCIA REGIONAL
DE SALUD



HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO

*Juntos por la
Prosperidad*

“AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO

AUTORIZACION DE EJECUCION DEL PROYECTO DE TESIS

N° 105

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO.

AUTORIZA:

La realización del Proyecto de Investigación : “FACTORES DEL PROCESO DE ORGANIZACIÓN ASOCIADOS A ESTANCIA HOSPITALARIA EN DEPARTAMENTO DE MEDICINA EN UN HOSPITAL III-I TRUJILLO 2024”, periodo: Enero- Agosto del 2024. Teniendo como Investigador a la estudiante del Programa Académico de Maestría de la Universidad César Vallejo.

Autor:

- Br. PELAEZ GONZALES JONNER ROBERTH

No se autoriza el ingreso a UCI de Emergencia

Trujillo, 25 de Junio del 2024


Dra. Jenny Valverde López
CMP. 23822 RNE. 11837
PRESIDENTA DEL COMITÉ DE ÉTICA
EN INVESTIGACIÓN
Hospital Regional Docente de Trujillo

JVL/gbm
c.c. archivo

“Juntos por la Prosperidad”

Dirección: Av. Mansiche N° 295 – Urb. Sánchez Carrión – Teléfono 231581
Pagina Web: www.hrdt.gob.pe