



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**ESCUELA DE POSGRADO**

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

**Estudio Comparativo del Tiempo de Espera Quirúrgico según  
Nivel de Complejidad en un Hospital Público Cercado de Lima  
2018**

**TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

**AUTORA:**

Garibay Bravo, Roxana Milagros (ORCID: 0000-0002-3348-7500)

**ASESORA:**

Mg. Ruiz Quilcat, Cristina Lizbeth (ORCID: 0000-0002-1421-4275)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

Calidad de las Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

**LIMA - PERÚ**

**2019**

**Dedicatoria**

*A Román, madre, hermano y sobrinos.*

## **Agradecimiento**

A mi sobrina Naomi y compañero  
de la Maestría Nicolás Herbert  
Cuya Salvatierra por su apoyo  
incondicional.

## Índice de contenidos

	<b>Página</b>
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Índice de figuras	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	20
3.1 Tipo y Diseño de investigación	20
3.2 Variables y operacionalización	20
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	23
3.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos	24
3.5 Procedimientos	25
3.6 Método de análisis de datos	26
3.7 Aspectos éticos	26
IV. RESULTADOS	27
V. DISCUSIÓN	37
VI. CONCLUSIONES	42
VII. RECOMENDACIONES	43
REFERENCIAS	44
ANEXOS	

## Índice de Tablas

	Página
<b>Tabla 1:</b> Operacionalización de los factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico	22
<b>Tabla 2:</b> Población de pacientes operados.	23
<b>Tabla 3:</b> Niveles de la variable Sexo del tiempo de espera quirúrgico.	27
<b>Tabla 4:</b> Niveles de la variable edad del tiempo de espera quirúrgico.	28
<b>Tabla 5:</b> Niveles de la variable nivel de complejidad del tiempo de espera quirúrgico.	29
<b>Tabla 6:</b> Niveles de la variable formas de ingreso del tiempo de espera quirúrgico.	30
<b>Tabla 7:</b> Tiempo de espera quirúrgico según dimensión factores administrativos.	31
<b>Tabla 8:</b> Tiempo de espera quirúrgico según dimensión factores sanitario.	32
<b>Tabla 9:</b> Prueba de normalidad de las dimensiones del tiempo de espera de quirúrgico.	33
<b>Tabla 10:</b> Contrastación de hipótesis de comparación de la dimensión tiempo de espera quirúrgico administrativo respecto al nivel de complejidad.	34
<b>Tabla 11:</b> Contrastación de hipótesis de comparación de la dimensión tiempo de espera quirúrgico sanitario respecto al nivel de complejidad.	35

## Índice de Figuras

	Página
<b>Figura 1:</b> Niveles de la variable Sexo.	27
<b>Figura 2:</b> Niveles de la variable edad.	28
<b>Figura 3:</b> Niveles de la variable nivel de Complejidad	29
<b>Figura 4:</b> Niveles de forma de ingreso.	30
<b>Figura 5:</b> Tiempo de espera quirúrgico administrativo.	31
<b>Figura 6:</b> Tiempo de espera quirúrgico sanitario.	32

## Resumen

El estudio tuvo como propósito comparar los factores del tiempo de espera quirúrgico, según nivel de complejidad en un hospital público en el Cercado de Lima. La investigación fue de diseño no experimental con nivel descriptivo-comparativo de corte transversal, y enfoque cuantitativo, se aplicó ficha. La población conformada por 70 pacientes, intervenidos quirúrgicamente en el 2018. Resultados obtenidos es que no existe diferencia de los factores administrativos ni sanitarios del tiempo de espera en un hospital público, según nivel de complejidad; se presentan resultados para contrastar la primera hipótesis específica, con una  $p = 0.887$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia en la dimensión administrativos respecto al nivel de complejidad, de igual manera se presentan resultados para contrastar la segunda hipótesis específica: con una  $p = 0.063$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia de la dimensión factores sanitarios del tiempo de espera quirúrgico respecto al nivel de complejidad; los resultados para contrastar la hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.098$  y  $p=0,522$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia del tiempo de espera respecto al ingreso.

**Palabras clave:** Factores administrativos, factores sanitarios, espera quirúrgica, Teoría de colas; serie de tiempo, Quirófano, diferimiento quirúrgico.

## **Abstract**

The purpose of the study was to compare the factors of surgical waiting time, according to the level of complexity in a public hospital in Cercado de Lima. The research was of a non-experimental design with a descriptive-comparative cross-sectional level, and a quantitative approach, a file was applied. The population made up of 70 patients, who underwent surgery in 2018. The results obtained are that there is no difference in the administrative or health factors of the waiting time in a public hospital, according to the level of complexity; results are presented to contrast the first specific hypothesis, with a  $p = 0.887$  ( $p < 0.05$ ), rejecting the alternative hypothesis; therefore, there is no difference in the administrative dimension regarding the level of complexity, in the same way results are presented to contrast the second specific hypothesis: with a  $p = 0.063$  ( $p < 0.05$ ), rejecting the alternative hypothesis; therefore, there is no difference in the health factors dimension of surgical waiting time with respect to the level of complexity; the results to contrast the specific hypothesis: presented in (Kruskal Wallis), with a  $p = 0.098$  and  $p=0.522$  ( $p < 0.05$ ), rejecting the alternative hypothesis; therefore, there is no difference in the waiting time with respect to admission.

**Keywords:** Administrative factors, health factors, surgical wait, Row theory; Time series, Operating room, surgical deferral.

## I. INTRODUCCIÓN

El tiempo que un paciente debe esperar hasta su tratamiento quirúrgico, acorde a su complejidad representa uno de los problemas más evidente en el área de salud, los cuales generan la mayoría de reclamos provenientes de los pacientes debido a que se debe contabilizar desde la cantidad de días para su intervención quirúrgica en espera, la finalización de sus exámenes preoperatorios y la condición de apto en la que se encuentra para ser operado.

Por esta razón los costos aumentan mientras el tiempo de espera es mayor para la realización de la intervención quirúrgica, generando que las atenciones por emergencia se eleven por la falta de la proyección en la mejora de los recursos, ocasionando mayores complicaciones en los pacientes y como consecuencia una recuperación prolongada.

De enero a junio (2018), en Hospital III Emergencias Grau se registró aproximadamente un embalse quirúrgico de 560 (22.30%) pacientes que se encontraban embalsados en el servicio de cirugía general, 728 (28.99)% intervenciones quirúrgicas por emergencias debido a complicaciones del diagnóstico y 1223 (48.71%) intervenciones quirúrgicas programadas.

Habiendo superado los 45 días que EsSalud recomienda como tiempo prudente para la programación de una intervención quirúrgica que puede deberse a factores administrativos como sanitarios , la mala programación, demora en las citas o exámenes auxiliares, conllevaran la repetición de los procedimientos prequirúrgico, asimismo generan gastos a EsSalud de alrededor 500 nuevos soles por paciente (cita con el especialista, imágenes, exámenes de laboratorio y demás) la cual varia respecto a complejidad quirúrgica.

Al respecto Monge et al. (2014) aseveraron que la duración de espera quirúrgica amplia muestra una gigantesca complejidad que ocurre a nivel mundial en todas las instituciones del sector salud y que a la vez muestra las diversas restricciones que existen para acceder al sistema sanitario. De consenso Hurst Siciliani (como se citó en Cañizares y Santos, 2011) son las esperas quirúrgicas que demandan atenciones que no son urgentes que ocasionan problemas en la atención de salud de forma más extensa.

Es variada la información que señala que las largas esperas en la operaciones obedecen a una serie de factores, al respecto Cañizares y Santos (2011)

propusieron que disponer del recurso humano, la forma del trabajo y su retribución, así como la financiación y adecuada programación, incluyendo una atención especializada, también contar con la disponibilidad de la tecnología médica correspondiente y una adecuada infraestructura de los centros de hospitalización, la lista de espera y todas las acciones del personal de la salud. Todos forman parte de aquellos componentes que son primordiales y necesarios en la espera quirúrgico.

En la Ley General de Salud N° 26842<sup>4</sup>, considera que fue una persona sana va a lograr un beneficio propio y común, por lo que un paciente que va a ser operado, genera el gasto en cuanto a los recursos en los servicios de salud, implicando mayores complicaciones y secuelas en los usuarios, incrementando costo a la institución y por último afecta la propia economía del paciente.

Rodríguez y Rosete (2017)<sup>5</sup> han demostrado en su investigación la importancia de estudiar los efectos de los factores de oferta y demanda que tienen en las listas de espera, con este objetivo discuten sobre un modelo a explicar las causas que intervienen en la producción que afectan en la atención médica y finalmente las desigualdades entre la oferta y demanda. Como resultado de la estimación, se determinan y estudian el factor oferta y demanda relacionada a la cantidad de esperas registradas, así como su evolución porque existe estas listas de espera para mejorar la oportunidad quirúrgica de los asegurados.

Actualmente las cirugías, las cuales están sujetas a lista de espera, se perjudicaron en su ejecución. Aspectos administrativos así como sanitarios evitan que el tratamiento quirúrgico se logre en la fecha programada, sino también factores particulares no permiten su aplicación y por lo tanto realizar la cirugía.

La escasa idoneidad resolver y para atender cirugías en la organización, se debería prácticamente al déficit de recursos humanos, como especialistas en los consultorios de cardiología y anestesiología, inapropiada y limitada infraestructura en hospitalización como en sala de operaciones, deficiente programación quirúrgica y la gestión administrativa prolongada del Seguro Social. Igualmente, la manera de admisión de las personas, como también su condición sociodemográfica o nivel de del ubigeo a su ingreso, son razones fundamentales del crecimiento de periodo de espera para operarse. Asimismo, se debería considerar el funcionamiento del

personal asistencial en salud, en las distintas aulas de cirugía, demora en la respuesta de las interconsultas, evaluación cardiológica o anesthesiólogos, así como que haya una debida suspensión en las preparaciones quirúrgicas que no cuenten con los equipos que son necesarios e indispensables para la atención de los pacientes.

## II. MARCO TEÓRICO

En la presente investigación se ha considerado algunos conocimientos previos internacionales, nacionales y relacionados con el estudio sobre la variable, lo que sirvió para afinar y orientar la direccionalidad del trabajo.

Tostes, Covre y Fernandes en 2016 (6) han realizado el trabajo de averiguación siendo su objetivo como entrar a la atención quirúrgica en Brasil, es una averiguación de tipo documental, cuantitativa, obteniendo la información de la base de informes de la Caja Negra de Salud de la Agrupación Médica De Brasil, donde se obtuvo 3,773 registros de la atención, como consecuencia se obtuvo 458 registros de atención quirúrgica dando un 12.3% de los cuales la mayor parte, 339 (74,1%), implicó la carencia de ingreso a la ayuda quirúrgica, en casi todo el territorio del Brasil, siendo la causa principal de la limitación de ingreso, el largo tiempo de espera en lo que otros componentes se debieron a la desmesurada espera por una consulta médica con especialistas, por la ejecución de test auxiliares y la abolición de operaciones, dando como consecuencia que la entrada de los pacientes en las atenciones quirúrgicas del sistema de salud brasileños no está enteramente garantizado, situación que indica la necesidad de reforzar por parte de las ocupaciones del gobierno, las diversas organizaciones en el tema de la salud, así como la administración y las áreas de recursos humanos.

Planykh y Rosenthal (2015)<sup>7</sup> El objetivo de este trabajo fue estudiar la previsibilidad del tiempo de espera del paciente e identificar sus predictores más influyentes del Hospital Americano de Radiología, para resolver este problema desarrollaron una lista completa de 25 parámetros relacionados con la espera, sugeridos en trabajos anteriores y observados en nuestros propios experimentos, todos los parámetros se eligieron como derivados de un conjunto de datos típico del Sistema de información del hospital, asimismo los parámetros se incorporaron a varios modelos de predicción de tiempo, y los mejores subconjuntos de parámetros, descubiertos a través de una búsqueda exhaustiva de modelos, se aplicaron a una gran muestra de datos reales de espera de pacientes.

Gaviria (2014)<sup>8</sup> En su tesis "Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos" con la perspectiva de los profesionales de la salud, señala cuales son los factores que promueven las cirugías quirúrgicas en un hospital en Colombia. La

metodología del diseño de estudio fue básico y descriptivo con una muestra de 30 servidores de la salud entre ellos 15 enfermeras y 15 médicos, de los cuales 2 enfermeras y 3 médicos optaron por no participar, finalmente los datos fueron recolectados en modo de cuestionario entre preguntas abiertas y cerradas.

“Cirugía Segura”, la información se analizó usando el software EPI-INFOTM versión 18. Resultados: los indicadores fueron: el 44% de cancelaciones en la cirugía fueron por razones administrativas, el 28% corresponden a cantidad de asistencias. En conclusión, los profesionales encargados de la salud consideran que hay un bajo grado en lo que a la administración de los procedimientos quirúrgicos se refiere lo que afecta negativamente a los pacientes y sus familias, y genera impactos en los costos institucionales.

Aguirre y Lungo (2013)<sup>9</sup> en la Tesis, de marzo de 2009 a marzo de 2012, analizaron el aumento de las listas de personas que se encuentran pendientes en las cirugías en las diversas especialidades de Oftalmología, Ortopedia y Cirugía General del Hospital Monseñor Sanabria en San José Costa Rica. Con ello se buscar la creación de sistemas graduales que sirvan para realizar mejoras en la gestión de los pacientes que se encuentran en lista de espera, como desarrollar gestiones más eficientes en el corto y el mediano plazo, a través de un programa local.

Letelier y Cifuentes (2013)<sup>10</sup> en su investigación en un establecimiento de salud en relación a las listas de espera para las especialidades médicas, analizó de forma detallada en modo transversal, bajo el enfoque cuantitativo en un establecimiento de salud en Santiago de Chile. Tomando en cuenta las demandas que tenían la admisión pública entre los meses de abril y octubre del 2011. Para la muestra se consideró las demandas de otras consultas que fueron derivados a partir de la admisión pública en salud hasta el centro de atención, considerado desde el inicio en la solicitud de atención y la fecha de atención, recepcionando un total de 15935 interconsultas. Concluyendo que la baja resolución en relación a las listas de espera estaba en un 35% de efectividad, así como se observó que los procedimientos administrativos se encontraban mal delineados, que ocasionaba que el tiempo en la espera se prolongue hasta en 150 días para ser atendidos. Por otro lado, para tener acceso a una solicitud de interconsulta esperaban hasta 500. Todo aunado a

la falta del recurso humano, estandarización para todos los procedimientos y otros factores relacionados.

Monge et al. (2013)<sup>11</sup> sobre el trabajo de averiguación, realizado en Costa Rica y el continente europeo acerca de las listas de espera, desarrollaron una investigación explorativa, consultando a las fuentes provenientes del mismo asunto en cuestión. Bajo esa perspectiva se observó la forma en la cual se aborda el tema de la lista de espera y las soluciones que se han aplicado para cada una de ellas. Con el objetivo también en que se puedan emplear en el sistema de salud de Costa Rica desde su propia realidad. Sobre ello también se han debatido acerca de todas las teorías halladas y en base a ello promover propuestas que sean efectivas. Concluyendo que las mejoras estarían basadas en que exista un mayor personal de atención, a la vez un equipamiento adecuado y el manejo de una central que atienda las llamadas en forma efectiva, pues esto conllevaría a que las listas de espera disminuyan considerablemente. Cuando se mide el comportamiento que tiene la lista de espera se desprende que es un sistema complejo y esto conlleva a que se requiera una mejor gestión en la capacidad que tiene el sistema de salud, ayudado por el manejo de la información que existe en cuanto a la aceptación del paciente en relación al tiempo de espera o su manifestación de rechazo. Si la estadística no funciona correctamente y es deficiente las probabilidades de desarrollar mejores soluciones no funciona sino se toma en cuenta la existencia de un control debido, para el proceso mismo y ver los efectos que tiene.

Ramírez (2018) tuvo como fin investigar el motivo por el que se suspendían las operaciones entre el 2012 y 2014, en el hospital Dos de mayo, y con ello sus consecuencias económicas.

La implicancia económica ha sido negativa para el nosocomio, el análisis metodológico ha sido detallado, correlacional, cuantitativo, transversal y retrospectivo, se concluyó que las razones por las que se suspendían en total 1180 operaciones se debía a cirugía con un 54.7%, en anestesiología 11.6%, por causa del paciente 26.7% y por la clínica 6.8%.

Arias (2017) en su estudio establece cuales son los componentes que determinan el tiempo de espera, analizando los diversos puntos detallados; administrativos, individuales, sanitarios. El elemento que predomina es la espera de los pacientes del hospital Santo Toribio a fin que sean intervenidos, aquí el nosocomio tiene una

alta especialidad en neurología. La metodología, con su enfoque cuantitativo, siguiendo el procedimiento deductivo, extraída de un hecho real, analizado, siendo transaccional y no empírico. Se efectuó un análisis de tipo censal en la población tomada entre los meses de enero y febrero del 2017, explorándose documentación de carácter técnico como las historias clínicas. Toda esta información estuvo validada debidamente por profesionales.

En esta investigación se logra concluir que son los componentes de tipo administrativo responsables de la espera en el quirúrgico, en promedio el tiempo de espera o retraso en días es de 49 y en la media un promedio de 31 días.

Cueva (2017) Al estudiar la percepción de la calidad del servicio y el tiempo de espera en un centro de salud, establece una interacción entre estas dos variables. Se trató de una investigación de tipo sustantiva, diseño no empírico, transeccional. Usó la teoría de Chivilches (2000), el procedimiento deductivo hipotético. La muestra conformada por 76 personas que fueron atendidos en los consultorios externos de medicina. Por lo que concluye la alta interacción de tipo negativa de las variables y que es percibida en relación a la calidad del servicio que ofrece el centro. El coeficiente de correlación hallado de Rho de Spearman = -0.831, y se interpreta al 99.99% la correlación es significativa al grado 0,01 bilateral. Sobre la muestra el 28.9% percibe un periodo breve, el 3.9% tiempo medio y el 67.1% indica que el tiempo de espera es bastante prolongado.

Para Alvarado, Custodio y Vásquez (2016) quienes analizan la eficiencia y proponen una gestión del proceso de atención del paciente en el área de pediatría, proceden con un estudio de carácter cuantitativo y da la oportunidad calcular el comportamiento de las variables como la utilización de las salas de operaciones, la medición de la duración del proceso quirúrgico, número de cirugías que son suspendidas, etc. Se evaluó una población de 417 operados niños menores de 15 años que fueron intervenidos en Centro Quirúrgico de la Clínica Pediátrica.

Conclusión el promedio del tiempo medio que esperan los pacientes para que se realicen las operaciones, es de 110 días para que se le considere apto en la Lista Única de Oportunidad Quirúrgica, el promedio de la realización de una operación es de 1 hora y 55 minutos, para la preparación entre operación y operación de la Sala de Operaciones es de 33 minutos, la utilidad neta es de 57.42 %, utilidad bruta

70.90%, el tiempo promedio pre-operatorio y post-operatorio y hospitalización es de 10 a 16 días.

Pashanaste y Pinedo (2016)<sup>16</sup> presentaron el trabajo relacionado a el tiempo de espera para su atención y lo complacido que se sienta al ser atendido en consulta externa del centro de salud en Iquitos. Se trató de un estudio cuantitativo, no correlacional, descriptivo y transaccional donde la muestra fue conformada por 228 pacientes, de diferentes edades, sexo y forma de ingreso al nosocomio. Usaron como técnica de recolección de información y una ficha de datos como instrumento. Para obtener el tiempo que el paciente demora para obtener su cita en admisión fue de 1-2 horas (44.7%) y para ser atendido fue de 1-2 horas (55.3%) en la atención por el medico fue de 10-15 minutos (63.2%) y mostrando una satisfacción en la atención siendo en un (85.1%). Concluyendo que se halló significancia entre el tiempo para obtener su cita ( $p=0.003$ ), el tiempo de atención por el médico en el consultorio ( $p=0.000$ ) antes de ser atendido el tiempo fue ( $p=0.004$ ). Con ello el resultado fue la satisfacción que los pacientes sentían por la atención.

Ruíz (2016) desarrolló el trabajo teniendo como objetivo cuales son los factores relacionados a una permanencia de hospitalización de larga estancia mayor de 9 días, en el área de medicina, durante diciembre 2015 a mayo 2016. El Análisis ha sido analítico, transversal, retrospectivo y no empírico siendo la población los usuarios que han estado en el servicio de medicina en el hospital Arzobispo Loayza, mediante una ficha para la recolección de datos. Toda la información fue procesada en programa de Excel para luego efectuarse la exploración con la prueba de t de student y chi cuadrado. En relación los resultados obtenidos de 314 pacientes en alta un 53.50% (158) estuvieron de forma prolongada hospitalizados en cantidad de días estuvieron 17,2 días. En pacientes mayores de 65 años se tuvo una media de 17.68 días en relación a los menores de esta edad quienes permanecieron como promedio 14.73 días, también relacionados al estado de nutrición. Y la ejecución en métodos para la determinación terapéutica y diagnósticos en 83.65%, ( $p 0,05$ ).

Los sistemas que funcionan en los servicios de salud, forman parte integrante del campo de salud, por ello son susceptibles de ser planificados y a su vez permiten ofrecer un mayor equilibrio en cuanto a las prestaciones de este servicio y servir para restaurar la salud de la población en general.

Citando a Abrutzky, Bramuglia y Godio (2009) la asistencia médica de la salud, incluye tres modelos: el primero es el público, financiado con recursos del gobierno, el segundo es la seguridad social, que se basa en la recaudación salarial y el tercero es el sistema privado de forma voluntaria prepago. De acuerdo estos autores, el sistema de servicios de la salud se encuentra segmentado lo que ocasiona una organización fragmentada con responsabilidades y funciones divididas que afecta gravemente a América Latina en general.

Según Maya (2009) estos sistemas emergen por necesidad social, organizándose para saciar una de las primordiales necesidades de toda persona; la salud. Lo cual vendría a ser por consiguiente la agrupación de recursos dentro del sector de salud destinados a conservar y/o mejorar la salud poblacional. La Organización Mundial de la Salud (OMS), señaló que, a fin de conseguir un grado de salud óptimo para la población en las medidas de las necesidades, el desarrollo de este sistema de servicio debe estar actualizado y desarrollado debidamente.

En primera instancia, las metas del sistema del servicio de salud sirven para mejorar la salud de la población, de esta manera se responden a las exigencias que demandan. Así como también el deber de protegerla frente a situaciones de enfermedad patológica y la discapacidad. Dentro de este sistema es esencial tener en cuenta la defensa de todos los individuos frente a los precios de patología y sus consecuencias, además del costo y beneficio.

Según la OPS (2011)<sup>21</sup>, dice que los sistemas de salud tienen la responsabilidad de la organización, del responder con capital a crear dicho sistema, la presencia del personal apto y disponible, así como la logística correspondiente. Para que se benefician debe cada actor realizar sus funciones, para poder tener servicios de calidad y si no se verán afectados por una mala organización, produciéndose así que se puedan verse los procesos que favorezcan al crecimiento del sector salud con la cooperación intersectorial.

006GG-ESSALUD-2007, junto con la Presidencia Ejecutiva y el Comité de Gestión de EsSalud viene fomentando un desarrollo de la cultura nacional de Atención al Asegurado donde la cultura se le dé un "Mejor Trato" explicando los Regímenes Gubernamentales Institucionales.

En alusión de los 04 regímenes gubernamentales institucionales, aprobados por Essalud-2007, la más alta autoridad ejecutiva y la comisión encargada de la Seguridad Social están fomentando de manera urgente, un conglomerado de proyectos para extender una cultura a nivel nacional de la Atención al Asegurado, bajo un enfoque del “Mejor el trato al Paciente”.

En este sentido, se ha conformado el Programa de Calidad de Servicio donde se consideró, la política de servicio basada en cómo debe ser el trato a los asegurados y acerca de la relación que existe entre ambos y que son parte de la misión de la institución. No obstante, para la realización de esta propuesta y con el propósito de realizar una reforma es necesario contar con todas las herramientas necesarias para la gestión que sirvan para asegurar el cumplimiento eficiente de los mismos en un lapso de tiempo establecido, contar además con el sistema de control adecuado para mejorar y perfeccionar todos los procesos en la atención en general de la institución. La oficina encargada de defender al asegurado, que se encuentra adjunta al órgano de la Presidencia Ejecutiva, vela que la institución certifique, promueva y se encargue de desarrollar las políticas que estén dirigidas a remontar el bienestar y mejorar la calidad de los pacientes, coadyuvando en el libre acceso a todos los servicios que se prestan con la finalidad de atenderlos, estos deben estar en concordancia con la eficiencia, equidad y en la oportunidad debida. Sirve en ese sentido para que la relación entre asegurado e institución se estructure en la forma correcta, con ello el vínculo entre ambos genera una mejor relación y logra crear un verdadero cambio desde la perspectiva de los pacientes, con un trato justo y empático.

El Proyecto de Administración de la Calidad de la Estabilidad Social de la Salud del 2016 de la Presidencia Ejecutiva de EsSalud y la oficina de Administración de la Calidad y Humanización, integra en especial una orientación a las necesidades del paciente que son los usuarios y sus esperanzas en relación a los servicios que brindan EsSalud. Por esa razón hace falta robustecer la labor en general con cada una de las superficies relacionadas, jefes de apartamentos, gerentes y ayudantes, así como la desconcentración de los órganos encargados de gestionar dicha labor. De igual manera, se ofrece mantener un enfoque con base en la calidad y eficacia de todos los procesos involucrados; contar con la información debida para la toma

de elecciones; reconocer los logros en equipo e individuales; robustecer las competencias, inventiva, e indagación; el impulso a la colaboración de los garantizados. Como objetivo humanizar la atención del servicio de salud y garantizar los derechos que tiene toda persona al acceso libre y eficiente a la salud pública.

#### Factores del tiempo de espera quirúrgico

En el modelo postulado de Cañizares y Santos (2011) el caso de los componentes relacionados a las listas de espera, se piensan en la presente indagación dos componentes del tiempo del quirúrgico: a) componentes administrativos y b) componentes asistenciales o sanitarios.

#### El Factor administrativo en la espera:

La noción reduccionista indica que la falta de recursos necesarios y el escaso financiamiento son el factor determinante para que la capacidad de producción no sea eficaz y esto se ve reflejado en las largas listas existentes y grandes esperas para las atenciones quirúrgicas. De esta manera se pone en evidencia como causa principal una ineficiente administración que afecta directamente la productividad de estas instituciones. (Cañizares y Santos, 2011).

Esta deficiencia conlleva a que el área de recursos humanos no responda de manera eficiente atendiendo a todos los pacientes en los tiempos, además, agregar la falta de capacitación con la que cuentan. De igual manera los trámites de atención resultan ser burocráticos, las herramientas, insumos o materiales que son necesarios para todas las atenciones son bien escasos, aunado a que la infraestructura y los equipos están fuera de los estándares de salud requeridos. Todo esto da como consecuencia que, además, las programaciones de tipo quirúrgico no son adecuadas y como resultado las esperas para la atención resultan ser bastantes prolongadas. (Cañizares y Santos, 2011).

Un componente determinante está relacionado con la información real de la cantidad de pacientes que están a la espera de atención. La unidad de Admisión tiene la responsabilidad de conceptualizar y conversar los registros de las listas de espera para así poder establecer una mejor administración de ellas. Muy por el

contrario, se sabe que la espera que realizan los usuarios no es en forma gratuita, pues generan precios en forma indirecta y directa para el sistema, entre ellos; los precios de inscripción, pruebas, revisiones, atención en urgencias y atender las quejas de los usuarios requiere de un tiempo determinado y en esa misma línea las bajas labores que se tienen de manera constante ocasionan costos directos, así se promueve de forma negativa la baja en la calidad de vida y el crecimiento cada vez mayor de morbimortalidad según el Instituto de la Salud (1998).

Para Rodríguez y Tercero (2016), las causas de las demoras en las listas de espera se vinculan directamente con la institución debido a que el mal funcionamiento en el área administrativa no gestiona debidamente los materiales necesarios, como los insumos médicos y medicinas que suelen usarse para todas las intervenciones de cirugías.

El estudio realizado por Abeldaño y Coca (2016) y González et al. (2009) señala que las causas en la interrupción de las intervenciones quirúrgicas que involucran a la administración están en no gestionar los permisos o trámites relacionados a las intervenciones en el tiempo posible, falta de tiempo para la atención en las salas de operaciones, escasez de equipamiento y material necesario, las programaciones para las cirugías no son eficaces, las pocas camas para y adicionalmente el consentimiento no expreso. Así mismo el traslado de pacientes puede causarles algún daño entre unidades, la secuencia programada para los diagnósticos o terapias necesarias para el paciente, que bien podrían realizarse de forma ambulatoria y una demora en las autorizaciones que emite el ente asegurador.

Gaviria, Lastre y Suárez (2014) encontraron en su investigación realizada en Colombia que el propio personal de la salud percibía que el factor administrativo era la causa principal de suspensiones en las cirugías programadas. Según en su propia perspectiva entre las causas más saltantes a la vista era; la documentación que se encontraba incompleta, la falta de autorización para las intervenciones, la no disposición de materiales y elementos necesarios para las cirugías, bancos de sangre no abastecidos, la inspección de equipos óptimos y también la falta de camas.

En Brasil, hubo un estudio realizado que se encargó de ubicar los motivos por el cual se suspendían y en su mayoría se destacó la falla en los procesos administrativos y de carácter logístico, y la ausencia de cupos para el proceso post operatorio; también se halló la necesidad que existía en realizar cirugías complejas urgentes y una vez más falta de materiales. También las horas de retraso, los exámenes incompletos y falta de personal especializado en cirugía. (Chaves, Gomes y Secchin, 2011).

Por las razones expuestas, se debe de realizar estrategias que se encarguen de mejorar los tiempos de espera y que deben de considerarse como parte de un proceso administrativo eficiente y se eliminen trabas innecesarias. Así como, auditar debidamente todas las listas de espera y verificar la situación del comprador, que ayuden a mejorar y disminuir efectivamente la inmediatez quirúrgica. Si se realizan depuraciones en aquellas listas, esto servirá para mejorar el registro, pero sin duda no obedece a una mejora en la gestión, sino de la forma de registro de la lista de espera. (Instituto Nacional de Salud, 2015).

Según Cañizares y Santos (2011) son las instituciones sanitarias y los gestores de ellas los responsables de la productividad y rendimiento de cada servicio que brindan y el enfoque que tengan acerca del manejo de la lista de espera resulta ser determinante también en los resultados.

El elemento asistencial depende directamente del personal de atender la salud; puntos clave que van a determinar el tiempo de espera; realizar la programación pre quirúrgica en relación a los turnos para su ejecución, disponibilidad del diagnóstico en el breve plazo por parte del médico, la aplicación de guías que sirvan para realizar una labor orientada al buen funcionamiento y no se realicen duplicidades en funciones, sirven al experto en la salud en gran medida. (Instituto Nacional de Salud, 2015).

Así también, la responsabilidad de las labores recae sobre todos los involucrados en el plano administrativo, al considerarse que esta área es la mayor responsable de los tiempos de espera. Aquí son los especialistas de cirugía que se encargan de agregar a los pacientes a las listas quirúrgicas y son ellos quienes proponen determinados protocolos y actúan de mediadores para ofrecer criterios que sirvan

para integrarlos y responder a inconvenientes relacionados con la salud, y que se adapten debidamente a lo ya establecido por las instancias institucionales de salud.

### Gestión de los Servicios de Salud

Para Trujillo (2009) la administración se vincula a conseguir resultados, supone que es un grupo de logros que implican puntos primordiales como alcanzar los fines, los productos que ofrece, los resultados que se obtienen y los recursos del que se disponen. La administración representa un grupo de procedimientos y tácticas para facilitar el trabajo a los niveles de Salud (Ortún y Callejón, 2012).

Los servicios de salud deben caracterizarse en la calidad y conforme a las expectativas que tiene el paciente en la atención en general. Para Lamata (1998) la gestión en el sistema corresponde a las actividades que los profesionales efectúan con la finalidad que la necesidad de los usuarios se vea satisfecha, si la estructura de la compone es adecuada su atención será eficiente, y atenderá a la salud preventiva, de rehabilitación y curativa.

### **Servicio de Centro Quirúrgico**

Para Aguirre (2009) la importancia que tiene los Centros Quirúrgicos están basados en el tipo de servicio hospitalario que brindan, pues se trata de un área crítica; tal es así que contar con el diseño de una infraestructura que es adecuada y se pone atención en los procesos que dan asistencia a este servicio, tiene una repercusión en todas las actividades que se realizan en el centro hospitalario. Contar con una actitud positiva, buena comunicación, liderazgo, capacidad de ayuda, retroalimentación nos ayuda a tener un buen trabajo en equipo para obtener objetivos comunes, ya que es fundamental en la atención de calidad. (Gempeler, 2014).

A fin de mejorar el servicio de cirugía es fundamental estandarizar la data obtenida, entrenar la calidad de atención de servicio y una delimitación correcta de las funciones de cada persona que interviene en el área (Amaya, Idarraga y Gómez, 2015).<sup>33</sup>

Criterios de prioridad de tiempo de espera quirúrgico

Con base a lo informado se necesitan criterios adecuados para clasificar en forma correcta la lista de enfermos, aunque parezca una labor complicada, en orden de prioridad. Según como se ha podido observar las estimaciones en Holanda, por ejemplo, la percepción del paciente acerca de la aprobación o desaprobación de la lista de espera, con ello se busca delimitar debidamente las pautas que se deben de seguir para la espera de los pacientes. Devbhandari, (2007).

Dicha iniciativa de criterio se fundamentó en la clasificación del tipo de urgencias en general en la salud pública de Australia; aquí los galenos transfieren a los pacientes ordenándolos en categorías suficientemente amplias de la lista de espera y después se seleccionan a los enfermos según lista para hacer los métodos. Sin embargo, igual el problema surge por la falta de consistencia e inequidad en la entrada a métodos quirúrgicos. Barlow (2008).

Valente (2009) refiere que establecer una reducción al aumento de la oferta, obtuvieron mejores resultados. En el caso de Italia, se propuso un sistema que priorizaba la espera acumulada.

Puyol (2011) recomienda utilizar un conjunto de tres criterios para decidir con base a la importancia el tiempo de espera:

Orden de llegada: para atender conforme a la atención médica, sugiere igualdad e igual. Como prioridad está en el azar, muestra que no habría preferencia de ningún tipo. No obstante, se debe considerar que no siempre el primero en la lista es el que necesita más la atención inmediata.

Gravedad del paciente, esto se debería tener en cuenta a lo largo de la consulta ambulatoria y la atención del centro.

Criterio del fair-inningso, relacionado con los individuos que sufren mayor diferencia de salud, teniendo en cuenta los factores de edad y la calidad de vida que presentan o han tenido y van a tener con la mediación quirúrgica.

Modelo teórico de los componentes del tiempo de espera quirúrgico

El esquema de Laframboise estima que el grado sanitario de una población estaría influido por 4 equipos determinantes: biología humana; que se relaciona con la genética, el aumento y desarrollo del envejecimiento. El medio ambiente; (factor contaminación), los diversos estilos de vida y las conductas de salud que tienen los pacientes.

## Formulación del Problema

### Problema General.

¿Cuál es la comparación del tiempo de espera quirúrgico en un Hospital Público Cercado de Lima 2018?

### Problemas Específicos.

Identificar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.

Identificar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público Cercado de Lima 2018.

### Justificación del estudio

Es reconocido internacionalmente que los centros quirúrgicos incluyen un proceso asistencial complejo, que generan elevados consumos de recursos y que, de su actividad, depende la existencia de listas de espera, de ahí la importancia de evaluar la manera como son utilizadas de las salas de quirúrgicas en las unidades prestatarias de servicios de salud. La existencia de pacientes sin ser operados oportunamente es una deficiencia común denominador de los sistemas de salud pública. El bloque quirúrgico representa un gasto equivalente al 8% del gasto total del hospital; es, por tanto, un recurso caro y escaso. Sin embargo, cada vez existen más muestras que aumentar los recursos que están destinados a la gestión de salud no son la solución, es más efectivo una adecuada gestión con criterios de eficiencia en la utilización de recursos. Los sistemas de salud pública o las instituciones de seguridad social a nivel internacional presentan extensas listas de personas en espera de la intervención quirúrgica, por lo que es necesario gestionirlas. El padrón de espera para operaciones se puede deducir, erróneamente, por el desajuste que existe entre la oferta y demanda. En todo caso si ese fuera solamente el problema sólo se aumentaría la cantidad de personal especializado hasta terminar con la relación de pacientes. Por el contrario, existen evidencias que aumentar los recursos no soluciona el tiempo de espera, la lista de espera igual se alarga. Aquí es necesario tomar otras medidas de gestión. Las especialidades de Cirugía General y Cirugía Ortopédica, Traumatología y Oftalmología cuentan con más suspensiones de tipo quirúrgico, en ese sentido las

suspensiones en el área de cirugía general se deben a que son más selectivas y se trata de atender las cirugías que tienen un carácter mayor de urgencia; en el caso de las ortopédicas y traumatológicas, normalmente se postergan debido a la falta de insumos o materiales necesarios para la osteosíntesis, que tiene como causa principal la formalidad con la que necesita cumplir para adquirir dichos los material quirúrgico.

El incremento de la Lista de espera también es por causales relacionadas al paciente como la negativa del mismo a la operación, la ingesta de alimentos durante el pre y el post operatorio y que no asiste a cirugía para ser tratado. Ingestión de Alimentos en Pre Operatorio Paciente no Asiste a Cirugía

#### Justificación Teórica.

El presente trabajo, será un estudio que va a constituir un aporte teórico en la medida que aportará información relevante acerca del tiempo de espera quirúrgico. Asimismo, aumentará la poca información que se tiene acerca de la espera quirúrgica y factores que determinan dicha espera en el Hospital III de Emergencias Grau. Cabe resaltar que el estudio de los tiempos de espera se ha analizado principalmente en el plano internacional, pues a nivel nacional no hay muchos estudios que sirvan a solucionar o aportar en alguna medida a esa problemática. En esa misma línea se han podido encontrar en relación a las suspensiones que se efectúan en las intervenciones quirúrgicas, pero no se han analizado acerca de los factores que determinan la demora en lista de espera. Así mismo, se muestran aquellos fundamentos y antecedentes de tipo teórico donde se aborda de manera científica el problema planteado, en esta información obtenida se puede ver que se trata de un problema multicausal, y están presente factores que son influyentes y existen resultados que nos ayudan a conocerlos.

#### **Justificación Social**

El estudio beneficiará a las entidades del sector salud pues permitirá conocer como les afecta el embalse quirúrgico a los costos hospitalarios. Este estudio servirá como fuente de información para mejorar la gestión de costos en el Hospital III Emergencias Grau.

### Justificación Práctica.

Con esta indagación se aspira enseñar la vida de componentes de más grande predominación en la era de espera quirúrgico y que el entendimiento tiene una trascendencia importante en todas las instituciones de salud, y representa un componente fundamental que sirve para lograr un resultado eficiente para cualquier lista personalizada quirúrgico.

Los probables resultados acerca de esta averiguación sustentarían y servirían como punto crítico que ofrece un control a nivel institucional intentando encontrar resoluciones a los inconvenientes recientes por medio de la utilización de planes, tácticas, básicas y de bajo precio como una aplicación de hoja de cálculo EXCEL con semaforización a corto y mediano plazo, aportando a una iniciativa de optimización institucional que se constituye en beneficios para los asegurados en general de la organización y poder mantener una calidad en la atención adecuada. Esta indagación dejará minimizar tiempos y evadir más grandes precios, los que dejará en el cliente estar satisfecho y sienta que su legitimidad nos atrae.

### Hipótesis

No necesariamente todas las averiguaciones que se realizan surgen el planteamiento de una hipótesis. Formularla o no va a depender del enfoque del estudio que se tenga y así mismo el alcance que tendrá el mism. No corresponde por ser un estudio descriptivo con una sola variable. Sampieri et al. (2010) afirman: que no todas las averiguaciones realizadas en forma cuantitativa surgen o determinan una hipótesis. Sobre ello dichas investigaciones de carácter cuantitativo son aquellas que logran definir un alcance explicativo o correlacional, y que además poseen un alcance descriptivo, que quieren dar una cifra o hecho en de forma pronosticada.<sup>1</sup>

### Hipótesis específicas

#### Hipótesis 1

Existe diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.

## Hipótesis 2

Existe diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.

## Objetivo

Identificar el tiempo de espera quirúrgico según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.

## Objetivos Específicos

- Determinar la diferencia entre del tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.
- Determinar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y diseño de Investigación.**

El análisis se desarrolló desde un diseño no empírico con grado detallado comparativo y de corte transversal, puesto que no hubo manipulación alguna de las cambiantes de análisis y la recolección de datos se hizo en un solo instante. Hernández et al. (2010) lo definen como el análisis llevado a cabo sin intervenir en las cambiantes, los hechos se observan en su campo natural para después analizarlo.

En el trabajo llevado a cabo, se empleó el diseño no empírico transaccional, detallado y comparativo, puesto que se explicó las propiedades de los componentes determinantes y la era de espera quirúrgico que determinan.

El procedimiento que se utilizó para esta averiguación ha sido el procedimiento deductivo, puesto que se partió de la observación del problema a aprender, con base a las cuales se plantearon los inconvenientes respectivos y que después del estudio que corresponde se revisó y verificó la realidad de los enunciados deducidos.

Para Sampieri et al. (2006),<sup>38</sup> “el procedimiento deductivo se aplica en los principios descubiertos a casos particulares, desde un enlace de juicios” (p. 107). Esta indagación se utiliza una vez que se procesan y se analizan los datos conseguidos de los formularios aplicados y en el estudio e interpretación de la información.

#### **3.2. Cambiantes y operacionalización**

Variable tiempo de espera quirúrgico, según grado de dificultad.

Definición Conceptual de la Variable

Son el grupo de componentes particulares, sociales, políticos y del medio ambiente que determinan la era de espera quirúrgico que hace referencia prácticamente al número de días que trascurrieron a partir de la indicación quirúrgica hasta la cirugía (OMS, 201039; San Martín et al., 201040).

Con base a estas acepciones, se define la variable como el conjunto de componentes que determinan el número de días para que se haga la mediación

quirúrgica ordenada. Para la situación, dichos componentes son de índole administrativa, de índole sanitaria y de índole personal.

Periodo de espera quirúrgico: El tiempo de espera en la especialidad de cirugía representan una gran problemática de los sistemas de salud perteneciente a los servicios públicos en el mundo con ello la realidad del país no escapa y surgen igual las mismas deficiencias. Su presencia obedece a que quienes son usuarios de estos servicios lo consideran de bajo costo por ello resulta accesible y hay un incremento de la demanda y ocurre que la oferta no es suficiente; por el contrario, las listas de espera no deben suponer un problema sino servir para ofrecer una atención especializada y una gestión eficiente de los recursos del que se dispone. Si las listas de esperan sobrepasan los tiempos generan sobrecostos y también complican la situación del paciente para que sea ingresado al área de emergencia, pueden también alargar el tiempo de permanencia del paciente en el centro y retrasar los diagnósticos y no aportar a la recuperación del paciente que ha sido intervenido.

Las resoluciones planteadas para solucionar el problema expuesto tienen la posibilidad de ser diversas y permanecen expresadas en la literatura: aumentar la disponibilidad de recursos, de los nosocomios de más grande grado de dificultad como los de menor grado; propiciar medidas para un uso más eficiente de los recursos con los que se cuentan; gestionar correctamente las listas de espera y entablar medidas para el control de las instrucciones médicas. Sin embargo, para lograr utilizar la mejor solución o resoluciones, se tienen que conocer las primordiales razones de este malestar. En forma de crítica, la carencia de recursos y un sistema de administración deficiente, son los primordiales componentes que afectan en el presente problema.

La presente investigación es de carácter cuantitativo, ya que nos permite medir el comportamiento de la variable como el uso de los quirófanos, de los recursos humanos, del servicio de sala de operación, el número de cirugías que son suspendidas, etc. Además, es de carácter explicativo ya que no solo describe los fenómenos que ocurren, sino que además trata de explicar la relación que existe entre las dimensiones del servicio.

## Operacionalización de la variable

Ya que la era de espera es una variable de manera directa observable y que el análisis es ex post facto, la información ha sido recogida a partir de documentos institucionales, para la situación las historias clínicas de los pacientes operados.

**Tabla 1**

*Operacionalización del tiempo de espera quirúrgico, según nivel de complejidad en un Hospital Público Cercado de Lima 2018*

Determinantes medición	Indicadores	Índice de respuesta	Escala de
Administrativos (semana)	Trámite Administrativo	Tiempo de Espera expresado en días	Esperado (≤ a una
	Disponibilidad de cama para Hospitalización		
	Disponibilidad de Salas de operaciones	Retardo moderado (De 2 <sup>a</sup> a 3 semanas)	
	Programación quirúrgica		
Asistenciales	Programación de materiales e insumos Para procedimientos quirúrgicos	Retardo (De 4 a 6 semanas)	Tiempo de espera expresado en días
	Emisión de diagnóstico médico		
	Resolución de Interconsultas	Retardo excesivo (> a 6 semanas)	
	Exámenes Neuroimagen		
	Depósito de Sangre		
	Exámenes por cardiología		
	Preparación pre Quirúrgica		
Designación del equipo de trabajo Quirúrgica			
Ingreso al servicio	Ingreso por consultorio externo	Tiempo expresado en días	Retrasa el Proceso
	Ingreso por emergencia		No retrasa el proceso
	Ingreso por transferencia		

### 3.3. Población, muestra, muestreo, unidad de análisis

Quedaré formada por los 70 asegurados de los servicios de cirugía, ortopedia, urología y ginecología, que fueron sometidos a una intervención quirúrgica en el Hospital de Lima Cercado, durante el periodo de enero a junio del 2018.

**Tabla 2.**

Población de pacientes operados entre enero a junio 2018 en un hospital público cercado de lima

<b>Meses</b>	<b>Cantidad</b>
Enero	10
Febrero	15
Marzo	10
Abril	06
Mayo	16
Junio	13
<b>TOTAL</b>	<b>70</b>

Fuente: Libros de reportes operatorio de centro quirúrgico

Requerido a que la población de estudiada era de 1873 pacientes intervenidos sé que realizaron los criterios de inclusión y exclusión la que se resumió a una muestra relativamente pequeña de 70 pacientes accesible a realizar la investigación en toda la muestra. Es decir, considerándose la averiguación como un estudio censal, en concordancia con lo expresado por Hurtado (1998)<sup>41</sup> “en las poblaciones pequeñas o finitas no se selecciona muestra alguna para no afectar la validez de los resultados” (p. 77).

Criterios de Inclusión: solamente fueron considerados como parte de la investigación a la población aquellos pacientes del HEG que habían sido intervenidos quirúrgicamente en el período de enero a junio 2018 y de los que se disponían sus historias clínicas que permitieron obtener los datos de la Ficha de Recolección. Todos debían ser pacientes asegurados y que hubieran recibido las ordenes de los exámenes de pre quirúrgico y riesgo cardiológico de su médico tratante, con la indicación de que debían ser operado.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a los pacientes de otras especialidades médicas que no tienen exámenes auxiliares requeridos para ser intervenidos, como tomografía o resonancia o donación de sangre.

### **3.4. Técnicas e instrumento de recolección de datos**

La validez y confiabilidad revela la forma en que Ficha de Recolección que es nuestro instrumento de investigación, se adapta a los requerimientos del estudio (Hurtado, 2012).

#### **Técnica**

La modalidad de recolección de información parte de las fuentes secundarias de datos; que se desea mencionar, es aquella obtenida de forma indirecta por medio de documentos que son testimonios de hechos previos o históricos.

El recojo de datos se hizo en coordinación con la Dirección del Nosocomio III Emergencias Grau y la Jefatura del Departamento de Cirugía para lograr comprobar las historias clínicas de los pacientes sometidos a una participación quirúrgica, el horario de revisión se hizo de lunes a viernes de 08:00 a 18:00 horas, a lo largo de los meses propuestos hasta recolectar la muestra solicitada que va a ser 70 y más adelante se elaboró la base de datos que corresponde.

#### **Validación del Instrumento**

Se refiere a la utilidad del instrumento en general, que está referido al rango en que un instrumento verdaderamente aspira cuantificar la variable que se pretende evaluar (Hernández et al., 2010)<sup>38</sup>.

Con la finalidad determinar la validez del instrumento, se sometió a las deliberaciones del juicio de expertos en la materia. Según Hernández et al. (2010)<sup>38</sup>,

el juicio de expertos (03) busca consultar a profesionales entendidos en la materia acerca de la pertinencia, relevancia, claridad y suficiencia de cada ítem, tomados en consideración en la Ficha de Recolección, que es el instrumento utilizado para nuestra investigación.

En el estudio, se empleó para la investigación una ficha de registro de datos, validada en febrero del 2018, la que presenta tres secciones:

Reporte de datos administrativos, registró cinco ítems

Reporte de datos referidos a la actividad asistencial o sanitaria, registró siete ítems

Se empleó la técnica de análisis documental, procediéndose a revisar:

1. Registro de las Intervenciones Quirúrgicas anotadas en Libros.
2. Historias clínicas de los pacientes operados por diversos diagnósticos.

Se llevó la investigación a archivos de historia clínicas de enero a junio 2018.

En conclusión, se utilizó una técnica de recopilación de información de la Historias Clínicas y Libro de Reporte Quirúrgico de Sala de Operaciones; para vaciar la información en la Ficha de Recolección de Datos.

### **Dimensiones :**

- Tiempo de espera quirúrgico administrativos del paciente, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.
- Tiempo de espera quirúrgico sanitarios del paciente, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.

El estudio se desarrolló bajo el enfoque cuantitativo, pues nos permitió el control de la variable de estudio con la intención de medirla y compararla con estudios similares. El objetivo principal fue la construcción y la demostración de teorías para lo cual se empleó la lógica o razonamiento deductivo (Hernández et al., 2010)<sup>38</sup>.

### **3.5. Métodos.**

La indagación se considera como un análisis vital y de grado detallado, comparativo pues explica situaciones y eventos, intentando encontrar profundizar sobre el asunto a averiguar. Referente a las propiedades descriptivas, Hernández et al.,

(2006) aseguran: “Busca especificar características, propiedades y aspectos fundamental de cualquier fenómeno que se analice.

### **3.6. Procedimientos de estudio de datos.**

Con los datos logrados se elaboró la matriz de datos, se transformaron los valores según las escalas establecidas y se procedió con el debido estudio para exponer las conclusiones y sugerencias y tal elaborar el informe final. Para la exploración y presentación de los datos logrados en la averiguación, se empleó la estadística descriptivo-comparativo.

### **3.7. Aspectos éticos.**

La información señalada en este estudio fue recabada mediante una Ficha de Recolección de Información, las cuales fueron llenadas con datos encontrados en las Historias Clínicas de los asegurados del hospital, sin sufrir algún tipo de adulteración.

De manera que el marco teórico tiene congruencia con lo marcado para poder realizar este tipo de investigación, evitando plagio de estudios para ello hacemos referencia de las fuentes de consulta.

Para resumir los resultados de este análisis no han sido alterados, falsificados o extraídos de otros trabajos de investigación en favor de todos los involucrados.

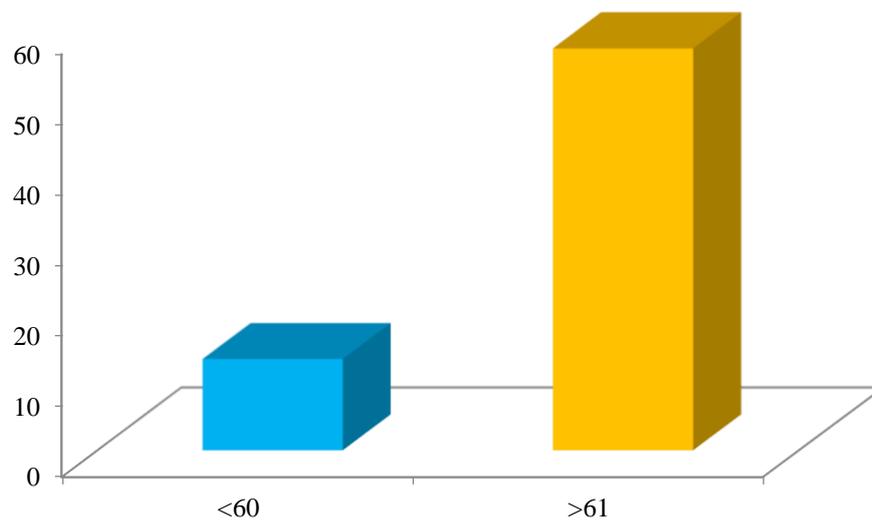
## IV. RESULTADOS

### Análisis descriptivo de los resultados

**Tabla 3**

**Niveles de la variable Sexo del tiempo de espera quirúrgico.**

	Frecuenci	Porcentaj
	a	e
Masculino	43	61,4
Válidos Femenino	27	38,6
Total	70	100,0



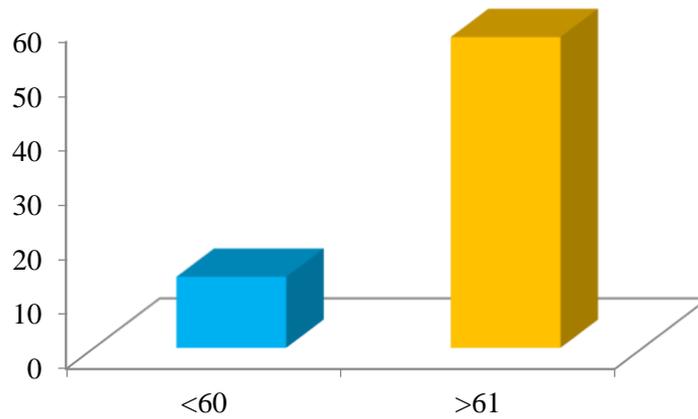
**Figura 1. Niveles de la variable Sexo**

En la tabla 3 y figura 1, se observó que el 61.4% son de sexo masculino y el 38.6% son de sexo femenino.

**Tabla 4**

Niveles de la variable edad del tiempo de espera quirúrgico.

	Frecuencia	Porcentaje
<60	13	18,6
Válidos >61	57	81,4
Total	70	100,0



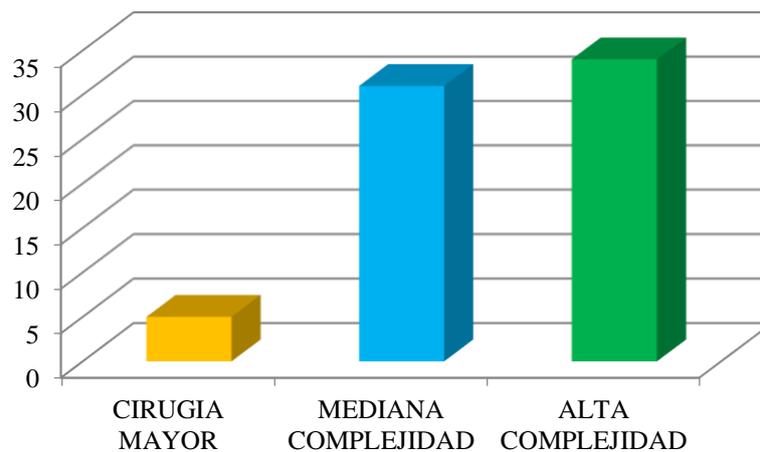
**Figura 2. Niveles de la variable edad**

En la tabla 4 y figura 2, se observó que el 18.6% son menores de 60 años y el 81.4% son mayores de 61 años.

**Tabla 5**

**Niveles de la variable nivel de complejidad del tiempo de espera quirúrgico.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos Cirugía Mayor	5	7,1
Mediana Complejidad	31	44,3
Alta Complejidad	34	48,6
Total	70	100,0



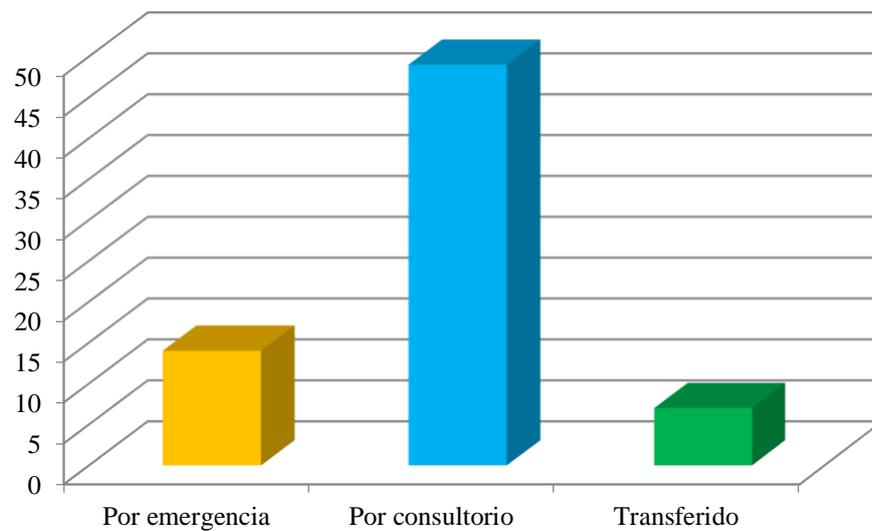
**Figura 3. Niveles de complejidad**

En la tabla 5 y figura 3, se observó que el 48.6% de los pacientes necesitó cirugía de Alta complejidad, seguida de cirugía de mediana complejidad con un 44,3% y un 7,1% de cirugía mayor.

**Tabla 6**

**Niveles de la variable formas de ingreso del tiempo de espera quirúrgico.**

	Frecuencia	Porcentaje
Válidos		
Por emergencia	14	20,0
Por consultorio	49	70,0
Transferido	7	10,0
Total	70	100,0



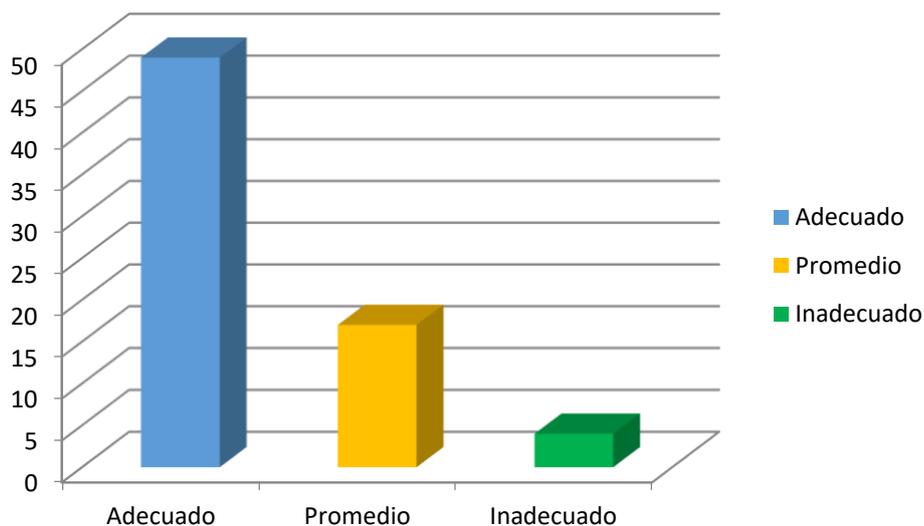
**Figura 4. Formas de ingreso**

En la tabla 6 y figura 4, se observó que el 70% de los pacientes ingresó por consultorio, el 20% de los pacientes ingreso por emergencia y el 10% fueron pacientes transferidos.

**Tabla 7**

**Tiempo de espera quirúrgico según dimensión factores administrativos**

		Frecuencia Porcentaje	
Tiempo de Espera Quirúrgico	Adecuado	49	70,0
	Promedio	17	24,3
	Inadecuado	4	5,7
	Total	70	100,0



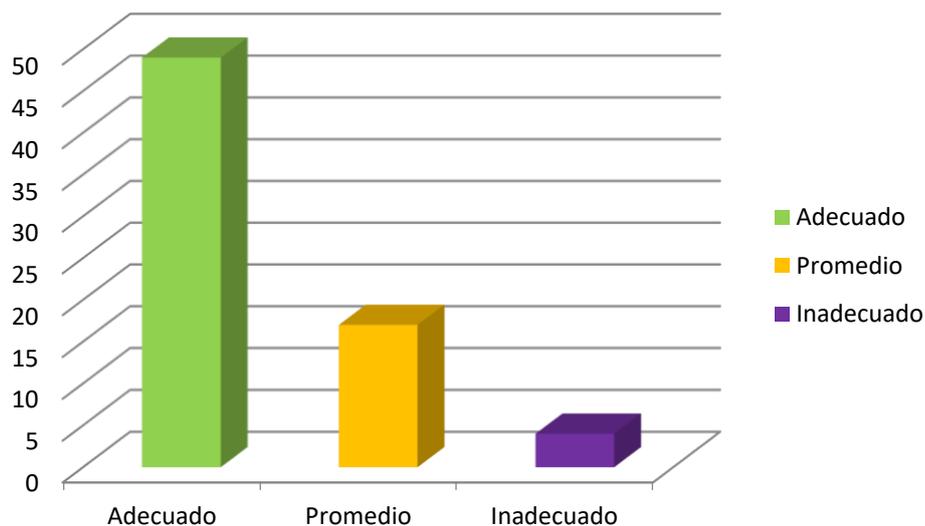
**Figura 5. Tiempo de espera quirúrgico administrativo**

En la tabla 7 y figura 5, se observó que el 70% del tiempo de espera quirúrgico administrativo fue adecuado, el 24,3% del tiempo de espera fue promedio y el 5,7% del tiempo de espera fue inadecuado.

**Tabla 8**

**Tiempo de espera quirúrgico según dimensión factores sanitario.**

		Recuento	Porcentaje
Tiempo de Espera Quirúrgico Sanitario	Adecuado	10	14,3%
	Promedio	34	48,6%
	Inadecuado	26	37,1%
	Total	70	100 %



**Figura 6. Tiempo de espera quirúrgico sanitario**

En la tabla 8 y figura 6, se observó que el 14,3% tienen un nivel adecuado, el 48,6% tiene un nivel promedio y el 37,1% tienen un nivel inadecuado del tiempo de espera quirúrgico sanitario.

**Tabla 9****Prueba de normalidad de las dimensiones del tiempo de espera de quirúrgico.**

<b>Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra</b>			
		<b>Administrativos</b>	<b>Sanitarios</b>
N		70	70
Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	20,0000	39,4429
	Desviación estándar	11,05978	20,34531
Máximas diferencias extremas	Absoluta	,200	,143
	Positivo	,200	,143
	Negativo	-,160	-,115
Estadístico de prueba		,200	,143
Sig. asintótica (bilateral)		,000 <sup>c</sup>	,001 <sup>c</sup>

En la

Tabla 09, se presentan los resultados de la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov en el cual se observa que la mayoría de los puntajes de estas variables se aproximan a una distribución no normal, debido a que el coeficiente obtenido de  $p < 0,000$ ; por lo tanto, las pruebas estadísticas seleccionadas fueron no paramétricas: Prueba de U de Mann Whitney para la co-variable dicotómica y la Prueba Kruskal Wallis para la co-variable policotómica.

**Tabla 10**

Contrastación de hipótesis de comparación de la dimensión tiempo de espera quirúrgico administrativo respecto al nivel de complejidad.

**Primera Hipótesis Específica**

**H0** = No existe diferencia de la dimensión tiempo de espera quirúrgico administrativo respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

**Ha** = Existe diferencia de la dimensión tiempo de espera quirúrgico administrativo respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Regla de decisión

Si  $p < 0,05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

<b>Rangos</b>			
	Nivel de complejidad	N	Rango promedio
Administrativos	Mediana complejidad	5	38,20
	Alta complejidad	31	35,94
	Cirugía mayor	34	34,71
	Total	70	

<b>Tiempo de Espera Quirúrgico Administrativo</b>	
Chi-cuadrado	,240
gl	2
Sig. asintót.	,887

En la tabla 10, se presentan los resultados para contrastar la PRIMERA hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.887$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia en la dimensión administrativos del tiempo de espera quirúrgico respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

**Tabla 11**

Contrastación de hipótesis de comparación de la dimensión tiempo de espera quirúrgico sanitario respecto al nivel de complejidad.

**Segunda Hipótesis Específica**

**H0** = No existe diferencia de la dimensión tiempo de espera quirúrgico sanitario respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

**Ha** = Existe diferencia de la dimensión tiempo de espera quirúrgico sanitario respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Regla de decisión

Si  $p < 0,05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

<b>Rangos</b>			
	Nivel de complejidad	N	Rango promedio
Sanitarios	Mediana complejidad	5	27,50
	Alta complejidad	31	30,98
	Cirugía mayor	34	40,79
	Total	70	

<b>Tiempo de Espera Quirúrgico Sanitario</b>	
Chi-cuadrado	5,533
gl	2
Sig. asintót.	,063

En la tabla 11, se presentan los resultados para contrastar la SEGUNDA hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.063$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia de la dimensión factores sanitarios del tiempo de espera quirúrgico respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Comparación del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso.

### Hipótesis Específica

**H<sub>0</sub>** = No existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

**H<sub>a</sub>** = Existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Regla de decisión

Si  $p < 0,05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

<b>Rangos</b>			
		Formas de ingreso N	Rango promedio
Tiempo De Espera Administrativo	Por emergencia	14	32,07
	Por consultorio	49	37,98
	Transferido	7	25,00
	Total	70	
Tiempo De Espera Sanitario	Por emergencia	14	31,79
	Por consultorio	49	35,70
	Transferido	7	41,50
	Total	70	

### Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Tiempo de Espera Quirúrgico Administrativo	Tiempo de Espera Quirúrgico Sanitario
Chi-cuadrado	4,650	1,299
gl	2	2
Sig. asintót.	,098	,522

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Formas de ingreso

En la tabla se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.098$  y  $p=0,522$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

## V. DISCUSIÓN

En la presente tesis se ha investigado los factores que intervienen en el tiempo de espera quirúrgico, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de Lima 2018.

Sobre los resultados que se han encontrado en esta investigación se halló que existe diferencia de sexo respecto al del tiempo de espera quirúrgico, según complejidad en un hospital público Cercado de Lima 2018; con un análisis de datos de U-Mann-Whitney. En la parte descriptiva se pudo observar que el 70% presentó un nivel adecuado, el 24.3% presentó nivel promedio y el 5.7% presentó nivel inadecuado de factores administrativos de tiempo. Aquí se evidenció que existe una coincidencia con el estudio de Gaviria (2014) cuyo objetivo del estudio fue reconocer desde la propia perspectiva de los profesionales de la salud, los factores que dan lugar a las cirugías quirúrgicas en un hospital altamente complejo de Colombia. Los resultados fueron que el 44% de los motivos de las cancelaciones de cirugía se consideraron administrativos, mientras que el 28% se atribuyeron a causas de asistencia. Como conclusión, los profesionales de la salud tienen una percepción de bajo grado en cuanto a la forma de administrar se refiere de todos los procedimientos quirúrgicos que deben realizarse, lo que afecta negativamente a los pacientes y sus familias, y genera impactos en los costos institucionales. Tuvo como fin hacer un estudio de vivencias diferentes y esquemas sobre el abordaje de lista de espera en el continente europeo y Costa Rica. En relación a la medición ésta se torna compleja y por ello es necesario un grado adecuado de capacidad del sistema informativo y estén integrados, medir la aceptación y el rechazo por la espera. La deficiencia que hay por parte de la estadística es la que limita la posibilidad de presentar soluciones, por ello, se recomienda robustecer el sistema de control, además de que la evaluación del proceso debe de mejorar y el efecto.

Estos mismos resultados coinciden con el estudio de Pinykh y Rosenthal (2015) cuyo objetivo del trabajo fue estudiar la previsibilidad del tiempo de espera del paciente e identificar sus predictores más influyentes del Hospital Americano de Radiología.

La importancia de la administración del tiempo de espera y la previsibilidad del paciente difícilmente se puede sobreestimar: para la mayoría de los hospitales, son

las colas de pacientes las que impulsan y definen cada parte del flujo de trabajo clínico. Para resolver este problema, desarrollaron una lista completa de 25 parámetros relacionados con la espera, sugeridos en trabajos anteriores y observados en nuestros propios experimentos. Todos los parámetros se eligieron como derivados de un conjunto de datos típico del Sistema de información del hospital. Los parámetros se incorporaron a varios modelos de predicción de tiempo, y los mejores subconjuntos de parámetros, descubiertos a través de una búsqueda exhaustiva de modelos, se aplicaron a una gran muestra de datos reales de espera de pacientes.

Asimismo, Arias (2017) en su análisis de su estudio, tuvo como fin decidir qué puntos analizados: administrativos, sanitarios e individuales, es el componente de más grande predominación en la época de espera de los pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. Además, se determinó que son los aspectos administrativos que determinan que la época de espera quirúrgico sea más grande, la época promedio en días de retraso por impacto de los componentes administrativos fueron de 49,26 mientras tanto que la media de los componentes asistenciales ha sido 30,75 días.

Respecto a los resultados encontrados en esta averiguación ha sido existente diferencia de sexo respecto al del tiempo de espera quirúrgico, según grado de dificultad en un nosocomio público Cercado de Lima 2018, con un estudio de datos de U-Mann-Whitney: En la parte detallada el 61.4% son de género masculino y el 38.6% son de género femenino. Llegando a la siguiente conclusión una baja resolución de la lista de espera, debido a que se hizo solucionar solo el 35% de total de demandas además se localizó que los procesos administrativos no estaban bien definidos, así como un alto periodo de espera para los que lograron ser atendidos que llegó hacer de un promedio de hasta 150 días. Y aquellos que se no lograron una interconsulta aguardaron hasta unos 500 días. Esto sumado al insuficiente modelo de gestión, recurso humano, capacidad resolutoria, estandarización de procesos esto encontrado dentro del periodo evaluado.

Asimismo, la investigación de Ramírez (2018) el objetivo general fue determinar las causas que ocasionan las suspensiones de intervenciones quirúrgicas en el periodo 2012 – 2014 en el Hospital Nacional Dos de Mayo y sus repercusiones económicas

negativas en la Institución. La implicancia económica fue negativa para la Institución. Como conclusión, se determinó que las causas que ocasionaron la suspensión de 1180 intervenciones quirúrgicas se agruparon en cuatro clases: atribuidas a Cirugía 646 (54.7%), atribuidas a Anestesiología 137 (11.6%), atribuidas al Paciente 316 (26.7%) y atribuidas al Hospital 81 (6.8%).

Por consiguiente, Pashanaste y Pinedo (2016) presentaron el trabajo siendo como objetivo la relación existente entre el tiempo de espera para su atención y lo complacido que se sienta al ser atendido en consulta externa del Centro de Salud Moranacocha - Iquitos. Para obtener el tiempo que el paciente demora para obtener su cita en admisión fue de 1-2 horas (44.7%) y para ser atendido fue de 1-2 horas (55.3%) en la atención por el médico fue de 10-15 minutos (63.2%) y mostrando una satisfacción en la atención siendo en un (85.1%). Concluyendo que se hayo significancia entre el tiempo para obtener su cita ( $p=0.003$ ), el tiempo de atención por el médico en el consultorio ( $p=0.000$ ) antes de ser atendido el tiempo fue ( $p=0.004$ ). Obteniendo como resultado satisfacción de los pacientes del Centro de Salud Moranacocha – Iquitos.

En relación a los resultados existe diferencia de sexo se observó que el 61.4% son de sexo masculino y el 38.6% son de sexo femenino. respecto del tiempo de espera quirúrgico, según nivel de complejidad en un hospital público Cercado de Lima 2018; debido a U-Mann-Whitney. Estos estudios coinciden con Cueva (2017) que tenía como fin determinar la relación entre el sistema de línea de espera y la percepción de la calidad de servicio en el C.S Gustavo Lanatta Lujan 2017. El estudio cruzó un dato medible como es el sistema de línea de espera que para Chivilchez (2000) es importante en su diseño, tanto en el análisis a formular las soluciones a los variados problemas de tipo administrativos que proponga una mejoría en cuanto al rendimiento que tiene el sistema. Evidenciándose una alta relación de tipo negativa entre las variables sistema de línea de espera y percepción de la calidad de servicio, y como población los usuarios del consultorio externo de medicina - Lima 2017. Los resultados descriptivos fueron de las 76 personas encuestadas observándose que un 28.9% señala el tiempo de espera como un periodo corto, el 3.9% tiempo medio y el 67.1% indica que el tiempo de espera es bastante prolongado. Concluyendo que el tiempo prolongado es el que obtuvo

mayor porcentaje siendo un problema relevante para los pacientes en esperar para hacer atendido dejando muchas veces de trabajar.

Al respecto Tostes, Covre y Fernandes (2016) en su investigación tuvieron como objetivo el cómo acceder a la atención quirúrgica en Brasil. Además, se obtuvo 458 registros de atención quirúrgica dando un 12.3%. donde la mayoría, 339 (74,1%), implicó que había una gran carencia en cuanto a la asistencia quirúrgica, donde el largo tiempo de espera para la atención quirúrgica era el factor limitante, y entre otros como la espera para acceder una cita con algún especialista, los exámenes médicos y la suspensión de las cirugías. Es así, que se concluyó que el acceso para la atención en estas áreas no está garantizado. Este hecho refuerza que existe una necesidad urgente de atender a través de acciones adecuadas por parte del gobierno, tanto en su red de atención de salud, la gestión de los servicios sanitarios y la disponibilidad inmediata del recurso humano.

En el trabajo de Aguirre y Lungo (2013) el objetivo fue analizar todas las causas que estaban presentes en el incremento de las listas de espera en el nosocomio del Hospital Monseñor Sanabria entre marzo 2009 y marzo 2012, todo esto a fin de implementar en forma gradual mecanismos que sirvan para facilitar la gestión de las listas de espera tanto en el corto y largo plazo y la creación de un programa local que sirva para impulsar soluciones de manera continua en las listas de espera señaladas.

La investigación de Castillo, Garces y Gonzales presentaron datos estadísticos del año 2015, del Hospital Emergencias Grau, de nivel III- 3, cuenta con alrededor de 143,235 asegurados adscritos, asimismo se reportan 9,715 intervenciones, con un embalse de 1986 y 323 operaciones suspendidas. Concluyeron que un gran porcentaje de las intervenciones quirúrgicas suspendidas, que se han podido observar, son debido al insuficiente número de quirófanos, turnos operatorios programados y tiempos disminuidos, así como la falta de recursos humanos. Sumándose a esto las intervenciones quirúrgicas de emergencia que tienen prioridad, dando como resultado desplazar muchas veces a las programadas.

Asimismo, Ruíz (2016) desarrolló el trabajo teniendo como objetivo cuales son los factores relacionados a una permanencia de hospitalización de larga estancia mayor de 9 días, en el servicio de medicina, entre los meses de diciembre 2015 a

mayo 2016. Conforme a los resultados se obtuvo que de 314; 24 usuarios dados de alta, 168(53,50 %) tuvieron una instancia prolongada en promedio estuvieron 17,2 días en el centro hospitalario. Con respecto al factor edad de pacientes mayores de 65 años tuvieron una media de 17.68 días frente a los menores de 65 años quienes estuvieron en promedio 14.73 días. Todo ello relacionado al estado de nutrición siendo por esta causa también que tenían una estadía más larga.

## **VI. CONCLUSIONES**

### **PRIMERA**

En la tabla 11, se presentan los resultados para contrastar la PRIMERA hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.887$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia en la dimensión administrativos del tiempo de espera quirúrgico respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

### **SEGUNDA**

En la tabla 12, se presentan los resultados para contrastar la SEGUNDA hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.063$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia de la dimensión factores sanitarios del tiempo de espera quirúrgico respecto al nivel de complejidad en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

### **TERCERA**

En la tabla se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.098$  y  $p=0,522$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

## **VII. RECOMENDACIONES**

### **PRIMERA:**

- **ORGANIZACIÓN:** Evitar la suspensión de operaciones, haciendo una adecuada programación de las cirugías.
- **RECURSOS HUMANOS:** Contratar más profesionales, para poder abrir turnos quirúrgicos adicionales a la programación regular los días domingos en los cuales ninguna sala se encuentra funcionando excepto la sala de emergencia.
- **MATERIALES E INSUMOS:** Por los cuales muchas veces no se puede operar, porque no hay el suficiente material e insumos que se usa para las operaciones.

**SEGUNDA:** Ampliar la investigación del tiempo de espera quirúrgico y su impacto en los costos hospitalarios.

## REFERENCIAS

Lamata, C. (1998). Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Trujillo, A. (2009). Indicadores de gestión para la evaluación de los servicios hospitalarios. En Blanco, J. y Maya, J. (Ed), Administración de servicios de salud. (137-148) Medellín: QuebecordWorld Bogotá SA

Gaviria (2015). Mejorar la Seguridad en los Procedimientos Quirúrgicos <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/seguridad-en-procesos-quirurgicos.pdf>

Aguirre, A. (2009). Organización y Organización y evaluación de servicios hospitalarios. Medellín, Colombia: Blanco, J. y Maya, J. (Ed)

[http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33220/4/TFM\\_MayteRoseteRivero.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33220/4/TFM_MayteRoseteRivero.pdf)

Aguirre, A. (2009). Organización y Organización y evaluación de servicios hospitalarios. Medellín, Colombia: Blanco, J. y Maya, J. (Ed).

Abrutzky R, Bramuglia C, Godio C. Los sistemas de salud en los países del Mercosur. Revista Margen. 2009; 54: 1-9

[http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33220/4/TFM\\_MayteRoseteRivero.pdf](http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/33220/4/TFM_MayteRoseteRivero.pdf)

Aguirre Salazar, J., & Lungo Alfaro, D. (2013). Análisis del incremento en lista de espera de cirugías del servicio de cirugía, en las especialidades de ortopedia, oftalmología y cirugía general en el Hospital Monseñor Sanabria. 24 de septiembre del 2018, Instituto Centroamericano de Administración Pública. Sitio web:

[http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2013/aguirre\\_salazar\\_joseph\\_ca\\_2013.pdf](http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/TESIS/2013/aguirre_salazar_joseph_ca_2013.pdf)

Letelier, P. y Cifuentes, G. (2013). Situación y abordaje de lista de espera en un establecimiento de salud público. Santiago de Chile

Monge, A., Murillo, G., Calderón, A., Vega, A. y Aguilar, A. (2013). Lista de espera. Costa Rica: Acta medico costarricense ISSN 0001-6012/2014/56/2/ 71:77

Mayte Rosete Rivera. (2015). Análisis económico de las listas de espera en los hospitales públicos españoles. 24 de septiembre del 2018, de universidad de Oviedo Sitio web:

Pianykh, OS, y Rosenthal, DI (2015). ¿Podemos predecir el tiempo de espera del paciente? Revista del Colegio Americano de Radiología, 12 (10), 1058-1066. <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2015.04.010>

Alvarado Tuya, Marco Antonio Custodio Sheen, Erick Javier Vásquez Quiroz, Edgardo. (2016). Análisis de la eficiencia y propuesta de gestión del proceso de atención del paciente quirúrgico en la Clínica Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Lima 2016. 24 de octubre de 2018, de Universidad ESAN Sitio web: <http://repositorio.esan.edu.pe/handle/ESAN/417>

Pashanaste Cobos, Dori Dora; Pinedo Bardales, Lucelia Patricia. (2016). Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2016. 24 de octubre de 2018, de Universidad Nacional de la Amazonía Peruana Sitio web: [repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3314](http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/UNAP/3314)

Ruíz Semba, Edgar Rolando. (2016). Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el servicio de medicina interna. Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2016. 24 de octubre de 2018, de Universidad de San Martín de Porres, Lima, Perú. Sitio web: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/2610>

Do Prado Tostes, M., Rocha Covre, E., & Molena Fernandes, C. (2016). Acceso a la asistencia quirúrgica: retos y perspectivas. 24 de septiembre del 2016, Rev.

Latino-Am. Enfermagem. Sitio web: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-0954-2677.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-0954-2677.pdf)

Arias Cuya, J. G. (2017). Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017. *Universidad César Vallejo*. Sitio web: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/1279>.

Cueva, S. R. (2017). Sistema de línea de espera y la percepción de la calidad de servicio de un establecimiento de salud 2017. Universidad César Vallejo Lima - Perú.

Ana Rodríguez-Álvarez and Mayte Rosete-Rivero (2017). Spanish public hospital waiting lists: a theoretical and empirical approach. *Economics: The OpenAccess, Open-Assessment E-Journal*, 11 (2017-30): 1–21. <http://dx.doi.org/10.5018/economics-ejournal.ja.2017-30>

## ANEXOS

### ANEXO 1.

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMAS	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLE	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p><b>Problema General.</b> ¿Cuál es la comparación del tiempo de espera quirúrgico en un Hospital Público Cercado de Lima 2018?</p> <p><b>Problemas Específicos.</b> <b>Problema Específico 1.</b> Identificar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.</p> <p><b>Problema Específico 2.</b> Identificar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.</p>	<p><b>Hipótesis</b> No todas las investigaciones plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende del enfoque del estudio y el alcance inicial del mismo. No corresponde por ser un estudio descriptivo con una sola variable. Hernández Sampieri, Fernández y Bastista en su metodología de la investigación 2010 dice: "No todas las investigaciones cuantitativas plantean hipótesis. El hecho de que formulemos o no hipótesis depende de un factor esencial, el alcance inicial de estudio.</p> <p><b>Hipótesis específicas</b></p> <p><b>Hipótesis 1</b> Existe diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.</p> <p><b>Hipótesis 2</b> Existe diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.</p>	<p><b>Objetivo</b> Identificar el tiempo de espera quirúrgico según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos 1.</b> Determinar la diferencia entre del tiempo de espera quirúrgico administrativo, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.</p> <p><b>Objetivos Específicos 2.</b> Determinar la diferencia entre el tiempo de espera quirúrgico sanitario, según nivel de complejidad en un hospital público cercado de lima, 2018.</p>	<p>Estudio Comparativo del tiempo de espera quirúrgico, según nivel de complejidad en un Hospital Público Cercado de Lima 2018.</p>	<p>-Sexo</p> <p>-Edad</p> <p>-Forma de Ingreso.</p> <p>- Nivel de Complejidad</p> <p><b>DIMENSIONES</b></p> <p>-Administrativos</p> <p>-Sanitarios</p>	<p><b>DISEÑO METODOLÓGICO</b> Diseño no experimental transversal. Descriptivo</p> <p><b>TIPO DE INVESTIGACIÓN</b> De acuerdo a la naturaleza del estudio, reúne las condiciones metodológicas suficientes para ser considerada una investigación aplicada. Básico descriptivo</p> <p><b>MUESTRA</b> 70 Historias Clínicas del Hospital Público Cercado de Lima 2018.</p> <p><b>INSTRUMENTO</b> Se empleó una Ficha de recolección de Datos.</p> <p><b>TÉCNICA</b> Historias Clínicas Libro de Reporte Operatorio.</p>

## Anexo 2

### OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIONES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA/ VALORES		
Tiempo de Espera Quirúrgico, según nivel de complejidad	Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos determinan el estado de salud de los individuos.	Administrativos	-Trámite administrativo para solicitud de materiales.	1	Cualitativa	Discreta	Esperado ( ≤ a una semana)		
			-Programación Quirúrgica.	2			Retardo Moderado (De 2 a 3 semanas)		
			-Disponibilidad de camas para en hospitalización y/o de operaciones.	3 y 5					
		Sanitarios	-Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos	4				Retardo (De 4 a 6 semanas)	
			- Disponibilidad de Sala de Operaciones						
			Diagnostico Medico	6					
			Resolución de Interconsultas	7					
			Exámenes de Neuroimagen	8					
			Depósito de Sangre	9			Cualitativa	Discreta	Retardo excesivo (> a 6 semanas)
			Exámenes por Cardiología	10					
			Preparación Pre Quirúrgica	11					
			Equipo de Trabajo Quirúrgico	12					
		Forma de Ingreso	Emergencia Consultorio Transferido	13			Cualitativa	Nominal	Retarda el Proceso
				14					
				15					No retarda el proceso

## OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	DEFINICIONES	INDICADORES	TIPO	ESCALA	CATEGORÍA/ VALORES
Nivel de Complejidad	<b>Cirugía Mayor De Alta Complejidad (A)</b> Procedimiento quirúrgico al cual se le asigna una patología de muy alta complejidad en la cual se tiene que emplear equipamiento sofisticado y profesional altamente calificado.				
	<b>Cirugía Mayor De Mediana Complejidad (B)</b> Procedimiento quirúrgico al cual se le asigna una patología compleja cuya técnica quirúrgica requiere equipamiento especial y profesionales altamente calificado.	Historia Clínica	Cuantitativa	Nominal	CIE – 10
	<b>Cirugía Mayor De Baja Complejidad (C)</b> Procedimiento quirúrgico cuya técnica necesita de un equipamiento específico y profesionales especializados.				

### Anexo 3 Ficha de registro de datos

Factores determinantes del tiempo de espera en un Hospital Público Cercado de Lima 2018.

Presentación: El instrumento será usado para establecer el tiempo de espera quirúrgico

Determinado por factores que inciden en el proceso. Recogerá datos de fuentes secundarias.

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

DATOS GENERALES DEL PACIENTE			
a)	Número de Paciente		
b)	Edad		años
c)	Sexo	Masculino ( )	Femenino ( )
d)	Departamento de Procedencia		
	Distrito de procedencia		
E)	Seguro de salud		
	Tipo de seguro		
F)	Forma de ingreso al Servicio	Emergencia ( )	Consultorio externo
		Transferencia ( )	Otro.....
G)	Diagnostico		
°	Factor/proceso	Tiempo de ejecución en días	
FACTORES ADMINISTRATIVOS			
1.	Trámite administrativo para solicitud de materiales		
2.	Programación quirúrgica		
3.	Disponibilidad de camas para hospitalización.		
4.	Materiales e insumos para procedimientos quirúrgicos		
5.	Disponibilidad de sala de operaciones		
FACTORES SANITARIOS			
6.	Diagnóstico médico		
7.	Resolución de Interconsultas		
8.	Exámenes de Neuroimagen		
9.	Depósito de sangre.		
10.	Exámenes por cardiología		
11.	Preparación pre quirúrgica		
12.	Equipo de trabajo quirúrgico		
FORMA DE INGRESO			
13.	Por emergencia		
14.	Por consultorio		
15.	Transferido		

Anexo 4

BASE DE DATOS

Nº	EDAD	Nivel de edad	SEXO	Nivel de sexo	DIAGNOST	Nivel de diagnóstico	OPERACIÓN	Programación	Disponibilidad de camas para	Materiales e	DIM1	DX	Resolución de	Exámenes de	Depósito de	Exámenes por	Preparación Pre-	Equipo de trabajo	DIM 2	Por emergencia	Por consultorio	Transferido	Dim 3 Niveles de
1	64	1	M	1	C18.9	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	8	1	3	1 2	1 7	0 4	0 4	0 9	1 1	1 1	3 2	1 2	0 0	1 2	0 0	2
2	61	1	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	5	3	5	1 3	2 3	0 0	1 3	2 2	3 3	1 1	1 1	4 3	1 0	6 6	2	
3	93	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	5	2	1	1 8	1 4	0 0	2 2	2 4	1 1	1 1	2 4	1 1	1 9	2		
4	75	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	1 6	3	1 3	3 2	2 8	0 5	0 0	18 2	2 1	1 1	5 4	2 6	2	2		
5	79	2	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	4	1	5	1 0	3 3	1 2	2 3	16 1	1 1	1 1	5 7	2 8	2			
6	87	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	8	1	5	1 4	2 2	7 1	1 1	10 1	1 1	1 1	4 3	17 6	3			
7	77	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA FEMUR, DIAF	7	1	7	1 5	1 3	1 2	2 2	2 2	1 1	1 1	2 2	3	1			
8	82	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	7	2	3	1 2	1 1	5 2	2 2	3 1	1 1	1 1	2 5	1	1			
9	80	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	7	2	3	1 2	1 7	0 5	0 0	13 1	1 1	1 1	3 7	2 9	2			
10	71	2	M	1	N40.X	1	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA SUBTOTAL	8	2	1	2 1	2 0	3 3	0 2	1 1	1 1	3 0	2	1				
11	72	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	3	3	2 0	1 1	1 1	3 2	2 1	1 1	2 0	2 8	2				
12	83	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	3	3	8	1 4	1 4	0 5	0 0	2 2	2 1	1 1	1 4	2 0	2			
13	76	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	4	5	1 3	1 1	1 5	4 4	2 2	2 1	1 1	2 6	8 7	2			
14	60	1	M	1	C18.9	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	7	1	3	1 1	1 6	0 4	0 0	9 1	1 1	1 1	3 1	1 5	2			
15	80	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	5	2	0	1 7	1 3	0 2	2 2	4 1	1 1	1 1	2 3	1 8	2			
16	71	2	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	4	1	4	9 2	3 2	1 2	3 3	16 1	1 1	1 1	5 6	3 0	2			
17	77	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA FEMUR, DIAF	7	1	6	1 4	1 2	1 2	2 2	2 1	1 1	1 1	2 1	2	1			
18	76	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	6	2	3	1 1	1 6	0 5	0 0	13 1	1 1	1 1	3 6	3 3	2			
19	72	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	3	2	1 9	1 0	1 1	3 2	2 1	1 1	1 1	9	2 6	2			

20	75	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	5	4	1	1	1	5	3	2	2	1	2	7	8	2
21	61	1	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	5	3	5	1	2	1	3	2	3	1	1	4	1	0	2
22	75	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	1	3	1	2	2	0	5	0	18	2	1	5	2	6	2
23	87	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	8	1	5	1	2	7	1	1	7	1	1	4		17	3
24	82	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	7	2	3	1	1	5	2	2	3	1	1	2	5	1	1
25	71	2	M	1	N40.X	1	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA SUBTOTAL	8	2	8	1	1	3	3	0	2	1	1	2	8	2	1
26	83	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	3	3	8	1	4	4	0	5	0	2	2	1	4	3	2
27	60	1	M	1	C18.9	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	7	1	3	1	1	0	4	0	9	1	1	3	1	2	2
28	71	2	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	4	1	4	9	3	1	2	3	16	1	1	5	3	5	2
29	76	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	6	2	3	1	1	5	0	5	0	13	1	3	5	4	2
30	75	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	5	4	1	1	1	5	3	2	2	1	2	5	6	2
31	62	1	M	1	C18.9	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	8	1	3	1	1	0	4	0	9	1	1	3	2	0	2
32	80	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	5	2	1	1	1	0	2	2	4	1	1	2	4	1	2
33	78	2	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	4	1	5	1	3	1	2	3	16	1	1	5	7	2	2
34	75	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA FEMUR, DIAF	7	1	7	1	1	3	1	2	2	2	1	2	2	3	1
35	76	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	7	2	3	1	1	0	5	0	13	1	1	3	7	2	2
36	70	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	3	3	2	1	1	1	3	2	1	1	0	2	8	2
37	78	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	4	5	1	1	1	5	4	2	2	1	2	6	7	2
38	70	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	5	2	0	1	1	0	2	2	4	1	1	2	3	1	2
39	69	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA FEMUR, DIAF	7	1	6	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1
40	72	2	M	1	N40.X	1	RESECCION TRANSURETRAL PROSTATA	4	3	2	1	1	0	1	1	3	2	1	1	9	2	2
41	59	1	M	1	C16.9	5	GASTRECTOMIA PARCIAL DISTAL CON GASTROYE	5	3	5	1	2	0	1	3	2	3	1	4	1	0	2

42	86	2	M	1	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	8	1	5	4	2	7	1	1	7	1	1	4	0	17	6	3				
43	71	2	M	1	N40.X	1	PROSTATECTOMIA SUPRAPUBICA SUBTOTAL	8	2	8	8	8	3	3	0	2	1	1	8	2			1				
44	77	2	F	2	S72.1	2	PROTESIS PARCIAL DE CADERA (EJ. TALLO FEM	2	2	5	2	3	0	2	8	12	1	1	7	7	2	0	8	2			
45	82	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	2	7	2	5	3	2	5	3	7	11	1	1	5	0	1	8	7	2		
46	87	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	1	5	1	1	3	2	1	3	2	0	5	2	1	4	4	1	6	5	2	
47	75	2	F	2	C18.0	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	6	2	5	1	1	7	1	7	8	6	1	1	4	1	2			1		
48	91	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA DIAFISIS, C	4	1	5	1	3	1	2	3	16	1	1	5	7		12	2	3			
49	46	1	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	2	0	1	1	3	1	6	0	1	1	10	2	1	3	1	1	9	0	2	
50	90	2	F	2	N81.9	3	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	7	2	3	1	2	1	6	1	2	4	11	1	1	3	6	3			1	
51	73	2	F	2	N81.9	3	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	7	1	9	1	7	2	0	6	1	17	2	1	2	9		1	2	0	2	
52	70	2	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	4	2	3	5	4	8	5	3	7	25	2	1	9	1		9	7	2		
53	77	2	F	2	S72.1	2	PROTESIS PARCIAL DE CADERA (EJ. TALLO FEM	2	2	5	2	3	0	2	8	13	1	1	7	8	2	0	0	0	2		
54	87	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	1	5	1	1	3	2	1	3	2	0	5	2	1	4	4		1	6	0	2
55	91	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA DIAFISIS, C	4	1	5	1	3	1	2	3	16	1	1	5	7		13	0	3			
56	90	2	F	2	N81.9	3	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	7	2	1	1	2	1	6	1	2	4	12	1	1	3	7	3			1	
57	70	2	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	4	2	3	5	4	8	5	3	7	27	2	1	9	3		1	2	0	2	
58	82	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	2	7	2	5	3	2	5	3	7	11	1	1	5	0		1	6	0	2	
59	75	2	F	2	C18.0	6	COLECTOMIA PARCIAL CON ANASTOMOSIS	6	2	5	1	1	7	1	7	8	6	1	1	4	1	2				1	
60	46	1	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	2	0	1	1	3	1	6	0	1	1	10	2	1	3	1		1	9	0	2

61	73	2	F	2	N81.9	3	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	7	1	9	7	2	0	6	1	17	2	1	2	9	0	2		
62	67	2	F	2	S72.1	2	PROTESIS PARCIAL DE CADERA(EJ. TALLO FEM	2	2	5	2	3	0	2	2	8	13	1	1	8	0	5	2	
63	85	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA DIAFISIS, C	4	1	5	1	3	1	2	3	16	1	1	5	7		11	3	
64	69	2	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	4	3	7	5	4	5	3	7	27	2	1	9	0		1	2	
65	71	2	F	2	S72.1	2	PROTESIS PARCIAL DE CADERA(EJ. TALLO FEM	2	2	5	2	3	0	2	2	8	12	1	1	7	7		1	2
66	70	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	1	1	1	3	2	1	3	2	0	5	2	1	4	4		1	2
67	65	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA DIAFISIS, C	5	1	5	1	3	1	2	3	16	1	1	5	7		10	3	
68	88	2	F	2	N81.9	3	COLPORRAFIA ANTERIOR Y POSTERIOR	1	0	1	2	2	0	1	2	4	11	1	1	4	0	2		1
69	70	2	F	2	D25.9	4	HISTERECTOMIA ABDOMINAL TOTAL C/S SALPIN	3	3	7	4	4	5	3	7	25	2	1	8	8		6	2	
70	66	2	F	2	S72.1	2	TRATAMIENTO CRUENTO FRACTURA INTERTRO-,	1	1	1	3	2	1	3	2	0	5	2	1	4	8		1	2

Sexo			
Masculino =1	N40.x	1	SERVICIO DE UROLOGIA
Femenino = 2	S72.1	2	SERVICIO DE ORTOPEdia
Edad	N81.9	3	SERVICIO DE GINECOLOGIA
>60	D25.9	4	SERVICIO DE GINECOLOGÍA
<61	C16.0	5	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL
	C18.0	6	SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

## ANEXO 5: Comparación del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso.

### Hipótesis Específica

**H0** = No existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

**Ha** = Existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.

Regla de decisión

Si  $p < 0,05$  entonces se rechaza la hipótesis nula.

<b>Rangos</b>			
		Formas de ingreso N	Rango promedio
Tiempo De Espera Administrativo	Por emergencia	14	32,07
	Por consultorio	49	37,98
	Transferido	7	25,00
	Total	70	
Tiempo De Espera Sanitario	Por emergencia	14	31,79
	Por consultorio	49	35,70
	Transferido	7	41,50
	Total	70	

Estadísticos de contraste<sup>a,b</sup>

	Tiempo de Espera Quirúrgico Administrativo	Tiempo de Espera Quirúrgico Sanitario
Chi-cuadrado	4,650	1,299
gl	2	2
Sig. asintót.	,098	,522

a. Prueba de Kruskal-Wallis

b. Variable de agrupación: Formas de ingreso

En la tabla se presentan los resultados para contrastar la hipótesis específica: presentan en (Kruskal Wallis), con una  $p = 0.098$  y  $p=0,522$  ( $p < 0.05$ ), rechazándose la hipótesis alterna; por lo tanto, no existe diferencia del tiempo de espera quirúrgico respecto a la forma de ingreso en un hospital público, Cercado de Lima, 2018.