

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

ESTANCIA HOSPITALARIA Y TASA DE REINGRESO
RELACIONADOS CON LA SATISFACCIÓN DE LOS
PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD
DE TACNA, PERIODO DICIEMBRE
2019 - MAYO 2020

TESIS

PRESENTADA POR:

NEIL ALFREDO ADOLFO FLORES VALDEZ

Para optar el Grado Académico de:

**MAESTRO EN CIENCIAS (*MAGISTER SCIENTIAE*) CON
MENCION EN SALUD PÚBLICA**

TACNA - PERÚ

2021


UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

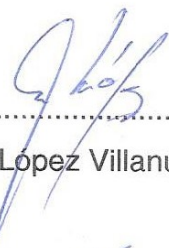
Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

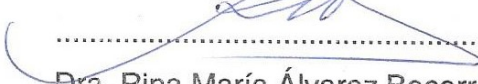
**ESTANCIA HOSPITALARIA Y TASA DE REINGRESO RELACIONADOS
CON LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS
EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL III
DANIEL ALCIDES CARRIÓN DE ESSALUD
DE TACNA, PERIODO DICIEMBRE
2019 –MAYO 2020**

Tesis sustentada y aprobada el 23 de febrero de 2021; estando el jurado calificador integrado por:

PRESIDENTE : 
.....
Dr. Jaime Edgar Miranda Benavente

SECRETARIO : 
.....
Dr. Eduardo Lopez Villanueva

MIEMBRO : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

ASESORA : 
.....
Dra. Rina María Álvarez Becerra

Los proyectos que deben llegar a concretarse cuando hablamos de brindar un servicio y más aun cuando se trata de salud, estos deben permitir que ganen todos los actores en este proceso ; el empleador, el personal de salud y el paciente, esto asegura el éxito y la perpetuidad del proyecto.

Neil Flores

DEDICATORIA

A tí Señor Dios, por permitir conocer y aportar a mi comunidad con un conocimiento que intenta mejorar la calidad de vida de la población.

A mis pacientes por ser la inspiración para la realización de esta obra.

A Carolyn mi esposa por su amor, paciencia y sugerencias, a mis hijos Carlos Manuel y Neil Alessandro por su amor y tiempo.

A mi padre que hasta hoy me acompaña, a mi madre que está ya en la eternidad y a quien siempre la tengo presente y a mi hermano Adolfo por su confianza y fortaleza.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi agradecimiento al Gerente de la Red Asistencial de EsSalud Tacna Dr. Paulo Gordillo, por su apoyo en la búsqueda de la innovación por mejorar la calidad de la atención del paciente.

No dejar de lado a mis amigos médicos del Servicio de Medicina del Hospital III Daniel Alcides Carrión, por ser un buen equipo de trabajo que sin su apoyo no se hubiera alcanzado la culminación de este proyecto.

A mis docentes de la Maestría de Salud Pública y en especial a la Dra. Rina Alvarez por su dedicación, enseñanza y tiempo en la formación recibida.

También debo agradecer al Dr. Armando Miñan por sus sugerencias y aportes para la realización de este estudio.

CONTENIDO

| | |
|---|-----------|
| DEDICATORIA..... | iii |
| AGRADECIMIENTOS | iv |
| RESUMEN | xiv |
| ABSTRACT | xv |
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1.DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA | 4 |
| 1.1.1.Antecedentes del problema..... | 4 |
| 1.1.2.Problemática de la investigación..... | 4 |
| 1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA..... | 6 |
| 1.3.JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA..... | 7 |
| 1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES | 9 |
| 1.5.OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN | 9 |
| 1.5.HIPÓTESIS..... | 10 |
| CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO | 11 |
| 2.2. BASES TEÓRICAS | 13 |
| 2.2.1 Calidad en salud | 13 |
| 2.2.1.1. Definición | 13 |
| 2.2.1.2. Promedio de estancia hospitalaria | 15 |
| 2.2.1.3. Tasa de reingreso hospitalario no programado | 25 |
| 2.2.2. Satisfacción en salud | 31 |
| 2.2.2.2. Escala de SERVQHOS | 37 |
| 2.3.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS..... | 43 |

| | |
|---|-----|
| CAPÍTULO III: MARCO FILOSÓFICO | 45 |
| CAPÍTULO IV: MARCO METODOLÓGICO | 47 |
| 4.1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN | 47 |
| 4.2.POBLACIÓN Y MUESTRA | 47 |
| 4.2.1.Población | 47 |
| 4.2.2.Muestra | 47 |
| 4.3.OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES | 49 |
| 4.3.1. Identificación de las variables | 49 |
| 4.3.2. Caracterización de las variables | 50 |
| 4.4.TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS | 51 |
| 4.4.1.Técnicas..... | 51 |
| 4.4.2.Instrumentos | 51 |
| 4.5.PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS | 53 |
| CAPÍTULO V: RESULTADOS | 55 |
| CAPÍTULO VI: DISCUSIÓN | 88 |
| CONCLUSIONES | 97 |
| RECOMENDACIONES | 99 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 101 |
| ANEXOS | 121 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | | |
|-----------|---|----|
| Tabla 1. | Estancia hospitalaria promedio en días países desarrollados, 1994-2016 | 17 |
| Tabla 2. | Estancia hospitalaria promedio en días en hospitales Categoría III, 2013-2018 | 18 |
| Tabla 3. | Estancia hospitalaria promedio en días en los servicios de hospitalización de Medicina de hospitales Categoría III de Lima y otras regiones del Perú, 2001-2019 | 20 |
| Tabla 4. | Factores asociados a la estancia hospitalaria | 23 |
| Tabla 5. | Tasa (%) de reingreso hospitalario según año, país y referencia, 1997-2018 | 26 |
| Tabla 6. | Factores de riesgo para el reingreso hospitalario | 27 |
| Tabla 7. | Medidas para reducir el riesgo de reingreso hospitalario no planificado | 28 |
| Tabla 8. | Ítems de mayor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición | 33 |
| Tabla 9. | Ítems de mayor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición | 35 |
| Tabla 10. | Ítems de menor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición | 36 |
| Tabla 11. | Satisfacción e insatisfacción del paciente hospitalizado evaluada por el método SERVQHOS | 38 |
| Tabla 12. | Ítems mejor evaluados de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva según la Escala de SERVQHOS en | 39 |

estudios internacionales y nacionales

| | | |
|-----------|--|----|
| Tabla 13. | Ítems peor evaluados de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva según la Escala de SERVQHOS en estudios internacionales y nacionales | 41 |
| Tabla 14. | Pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020, según grupo etario | 55 |
| Tabla 15. | Descriptivos de la edad de los pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020 | 56 |
| Tabla 16. | Estancia Hospitalaria en intervalo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna 2019-2020 | 63 |
| Tabla 17. | Características de la estancia hospitalaria en días de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna.Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna,2019-2020 | 65 |
| Tabla 18. | Características de los pacientes que reingresaron a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020 | 68 |
| Tabla 19. | Percepción de los pacientes sobre el nivel de satisfacción global de los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna, 2019-2020 | 78 |
| Tabla 20. | Variables de exposición y la satisfacción del paciente | 81 |

hospitalizado. Servicio de Medicina Interna.Hospital III
Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

Tabla 21. Análisis bivariado y multivariado para contrastar la 82
hipótesis general. Servicio de Medicina Interna. Hospital
III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

ÍNDICE DE FIGURAS

| | | |
|-----------|--|----|
| Figura 1. | Interacción de factores que influyen en la estancia hospitalaria | 21 |
| Figura 2. | Modelo integrado de interrelación de factores que influyen en la estancia hospitalaria | 24 |
| Figura 3. | Diagrama de caja y bigotes de la variable edad | 57 |
| Figura 4. | Pacientes hospitalizados.Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020 según sexo | 58 |
| Figura 5. | Diagnósticos de ingreso agrupados según CIE 10 de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020 | 59 |
| Figura 6. | Frecuencia de los diagnósticos de ingreso por paciente que ingreso a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020 | 60 |
| Figura 7. | Diagnósticos de egreso agrupados según sistema CIE10 de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión. Essalud Tacna. 2019-2020 | 61 |
| Figura 8. | Frecuencia del número de diagnósticos de egreso de los pacientes hospitalizados, clasificados según CIE 10. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides | 62 |

Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

- Figura 9. Estancia Hospitalaria en intervalo por días de los 63
pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna
Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-
2020
- Figura 10. Diagrama de caja y bigotes de la Estancia Hospitalaria en 66
días de los pacientes hospitalizados. Servicio de
Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión
EsSalud Tacna, 2019-2020
- Figura 11. Tasa de Reingreso Hospitalario por mes de estudio y 67
Tasa de Reingreso de diciembre a mayo. Servicio de
Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión
EsSalud Tacna. 2019-2020
- Figura 12. Diagrama de caja y bigotes del día exacto de reingreso 69
hospitalario no programado. Servicio de Medicina Interna
Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-
2020
- Figura 13. Sexo de los pacientes que reingresaron a hospitalizarse. 70
Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides
Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020
- Figura 14. Grupo etario de los pacientes que reingresaron a 71
hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna Hospital III
Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020
- Figura 15. Diagnósticos de reingreso de los pacientes 72
hospitalizados, clasificación CIE 10 . Servicio de Medicina
Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud
Tacna. 2019-2020

| | | |
|------------|---|----|
| Figura 16. | Percepción de la Dimensión de la Calidad Objetiva de los pacientes. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020 | 73 |
| Figura 17. | Media de los ítems de la dimensión calidad objetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020 | 75 |
| Figura 18. | Percepción de la Dimensión de la Calidad Subjetiva de los pacientes hospitalizados Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020 | 76 |
| Figura 19. | Media de los ítems de la Dimensión de la Calidad Subjetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020 | 77 |
| Figura 20. | Percepción de paciente sobre el nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que han recibido durante su estancia en el hospital. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020 | 79 |
| Figura 21. | Diagrama de caja y bigotes de la Estancia Hospitalaria según satisfacción del paciente hospitalizado. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020 | 83 |
| Figura 22. | Diagrama de caja y bigotes del día exacto de reingreso según satisfacción de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020 | 85 |
| Figura 23. | Correlación de la satisfacción global con la dimensión de la calidad objetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital | 86 |

III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Figura 24 Correlación de la satisfacción global con la dimensión 87
calidad subjetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III
Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna. 2019-2020

RESUMEN

Objetivo: Determinar si existe relación entre la estancia hospitalaria y la tasa de reingreso con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Metodología: La presente investigación es no experimental, transversal, correlacional. Tuvo una muestra de 166 pacientes. Se utilizó la escala de SERVQHOS para determinar satisfacción. Resultados: La satisfacción global fue 73,5 %. La mayor satisfacción de la dimensión calidad objetiva fue 39,5 % para el tiempo que el médico le ha dedicado a la visita médica. En la dimensión calidad subjetiva se obtuvo 37,4 % para la categoría de amabilidad del personal en su trato con la gente. Mediante el modelo de regresión logística binaria, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el reingreso y la satisfacción del paciente, además se observó que los pacientes que reingresaron tuvieron 14 % menos satisfacción que los no reingresaron. Hubo asociación entre la estancia hospitalaria y la satisfacción del paciente; los pacientes que con estancia hospitalaria mayor a 12 días presentaron 77 % menos satisfacción comparada con los pacientes con estancia menor a 5 días. Conclusiones: No existe una relación estadísticamente significativa entre los pacientes que reingresaron y la satisfacción de paciente ($p > 0,760$), es preciso señalar que la tasa de reingreso hospitalaria es 4,6 %. El promedio de estancia hospitalaria fue de 10,1 días, con una mediana de 8 días. Recomendaciones: Se debe replicar este estudio por nivel hospitalario en EsSalud a nacional para replantear el estándar del indicador de promedio de estancia hospitalaria y debe estar en relación con la satisfacción.

Palabras clave: estancia hospitalaria, reingreso, satisfacción, pacientes

ABSTRACT

Objective: To determine if there is a relationship between the hospital stay and the readmission rate with the satisfaction of hospitalized patients in the Internal Medicine Service. Methodology: The present investigation is non-experimental, cross-sectional, correlational. He had a sample of 166 patients. The SERVQHOS scale was used to determine satisfaction. Results: Overall satisfaction was 73,5 %. The highest satisfaction of the objective quality dimension was 39,5 % for the time that the doctor has dedicated to the medical visit. In the subjective quality dimension, 37,4% were obtained for the category of staff friendliness in their dealings with people. Using the binary logistic regression model, no statistically significant association was found between readmission and patient satisfaction, and it was also observed that the patients who readmitted had 14 % less satisfaction than those who did not readmitted. There was an association between hospital stay and patient satisfaction; patients with a hospital stay of more than 12 days presented 77 % less satisfaction compared to patients with a hospital stay of less than 5 days. Conclusions: There is no statistically significant relationship between readmission patients and patient satisfaction (p 0,760), it should be noted that the hospital readmission rate is 4,6 %. The mean hospital stay was 10,1 days, with a median of 8 days. Recommendations: This study should be replicated by hospital level in EsSalud nationwide to rethink the standard of the average hospital stay indicator and it should be in relation to satisfaction.

Keywords: hospital stay, readmission, satisfaction, patients

INTRODUCCIÓN

La Salud Pública recobra en este tiempo un protagonismo por el estudio de la interacción que hay entre el sistema de salud y el paciente que hace uso de este servicio sanitario y del proceso de cómo ocurre esta interacción, por eso el aporte en el conocimiento de la calidad de la atención en salud se torna importante desde varios puntos de vista, desde la óptica del sistema de salud sea público o privado de brindar un mejor servicio y que éste sea valorado por el paciente usuario del servicio recibido que con su evaluación a través de la percepción le permita ir mejorando.

De otro lado sí nos situamos en el punto de quiénes se benefician de esta mejora de la calidad en salud, de cómo se debe de dar y si se pasa de un espacio teórico a un terreno práctico como el que se desarrolla en un ambiente hospitalario, donde todos deben “ganar” los gestores o gerentes en salud a través de mejorar su rentabilidad o el logro de sus indicadores de salud, los trabajadores de la salud al tener la satisfacción de haber hecho las cosas lo mejor que se pudo y sin generar un mayor estrés que el de la misma profesión, los pacientes de ver en un tiempo adecuado el haber restablecido su salud y la satisfacción de sus familiares, lograr estos objetivos nos obliga a mirar a la salud pública como un medio para este cambio en beneficio de todos.

Este estudio desde la forma de su ideación hasta su realización propone sumar con esta iniciativa de estudiar cómo ocurre esta interacción desde la atención en un Servicio de hospitalización de Medicina Interna que por ser una especialidad única dentro de la medicina humana pues en el campo de la hospitalización alberga a pacientes con pluripatología, con diversos grados de dependencia y que a veces como en nuestro medio las camas destinadas a cuidados críticos están por lo general ocupadas y deben ser hospitalizados en este Servicio, además recibe pacientes que por sus nosologías son

terminales y el programa de servicio de atención domiciliaria (PADOMI) no puede compensarlas, en esta diversidad de tipo de paciente se diseñó y logró hacer este estudio para evaluar la percepción de la satisfacción del paciente y relacionarla con el promedio de estancia hospitalaria y el reingreso hospitalario, que si bien la literatura ha asociado estas variables al costo hospitalario e indirectamente con la eficiencia en salud, pero que considero así como algunos otros autores que estas variables están inmersos en otros aspectos de los pilares de la salud como es la oportunidad, accesibilidad, aceptabilidad en salud que abre otras posibilidades que permitan a todos “ganar” en salud.

En el marco teórico se hace una propuesta de la literatura consultada a nivel nacional e internacional básicamente sobre las variables del estudio, en función de que en la literatura no hay uniformidad de criterios en cuando a estándares por región, o países desarrollados o en vías de desarrollo, por lo que señirnos a algún autor sesgaría la percepción de la misma, por esta razón se expone en forma resumida en tablas de información referencial y que sirvió de gran ayuda cuando se elaboró el capítulo de discusión y se contrastó con la información encontrada en este estudio pudiendo hacerse las explicaciones correspondientes.

Se ha utilizado la escala o modelo SERVQHOS para medir la percepción de la satisfacción del paciente hospitalizado, esta escala fue diseñada y validada a nivel internacional por estudios previos para medir la satisfacción del servicio de salud en áreas de hospitalización, este instrumento se aplicó a los pacientes al momento del alta médica siendo respondida por el paciente y si por limitaciones propias de la enfermedad del propio paciente fue llenada por su familiar, posteriormente con el apoyo de la unidad de epidemiología del hospital se contrastó con la base de datos la información recibida para la obtención de los resultados.

Los aportes de los resultados de este estudio pretenden replantear los estándares de los indicadores de desempeño en hospitalización como son el

promedio de la estancia hospitalaria y la tasa de reingreso no planificado, que han sido normados por la Institución de EsSalud donde fue realizado el estudio, con el fin de validarlos o replantear modificarlos en relación a que deben estar asociados con la satisfacción del paciente asegurado e indirectamente mostrar a la comunidad de la Región Tacna y a nivel nacional que los indicadores en salud debe ser validados por los establecimientos de salud donde se aplica para mejorar vuestros servicios de salud a nivel país donde se aplican.

La calidad de un servicio de salud es una constante donde deben estar involucrados todos los trabajadores asistenciales y administrativos, los primeros porque son los actores principales en quienes recae la evaluación de cómo se desarrolla el proceso de atención y el personal administrativo que es el responsable de dotar de suministro de los materiales y equipos para el proceso salud enfermedad así como, la construcción de indicadores, costos y planificación de actividades en salud que deben guardar coherencia para que en el producto se refleje una mejor percepción del servicio que se otorga al paciente.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

1.1.1. Antecedentes del problema

Organizaciones de importancia internacional en salud como es la OMS han señalado que la investigación en el campo de la salud permiten definir los mejores directivas en salud así como el medio como ofertarlos a la población, además permite señalar los logros alcanzados y replantea los que todavía no se alcanzaron.(1,2)

1.1.2. Problemática de la investigación

Dentro de este contexto, las unidades médicas hospitalarias son espacios de atención en las que interactúan diversas especialidades médicas y quirúrgicas, las áreas de hospitalización permiten a través del trabajo mutidisciplinario de profesionales recuperar o reestablecer la salud de la población que por la mayor evolución de sus patologías necesitan de estas áreas. (2)

Conocer con qué y cómo los servicios médicos hospitalarios atienden a sus usuarios, considerando los recursos disponibles, se convierte en un verdadero reto, dadas las diferentes variables que influyen en la atención del paciente. (2) y si además tenemos en cuenta lo señalado por Donabedian y de otros autores que menciona “La satisfacción del usuario es una medida de eficiencia e incluso de control objetivo de la calidad de los servicios de salud”.(3) es decir, cualquier actividad en salud que busque una mejora en la calidad de la atención médica y es estimada por un indicador y su estándar

correspondiente para ser considerado como bueno, éste debe ser respaldado por una percepción positiva del usuario.(4)

En este sentido, la Entidad del Seguro Social de Salud (ESSALUD) como institución reconoce que la calidad en la prestación del servicio de salud es una preocupación constante, esta necesidad si la trasladamos al Servicio de Medicina por ser el único establecimiento a nivel local que tiene ambientes para hospitalización de pacientes con enfermedades clínicas de la Red Asistencial Tacna y que además recibe pacientes referidos de la Red Asistencial de Moquegua, por ser hospital de referencia de este último, hace que permanentemente se busque ser eficiente y oportuno en la atención en hospitalización, lo que devendrá en la satisfacción del usuario asegurado hospitalizado.

En este sentido, cuando se brinda un servicio de salud en hospitalización , es menester su medición a fin de procurar una mejora continua de la calidad del servicio que se otorga(5). Las mediciones debieran ser cuantificadas y comparadas con estándares o medidas normalizadas, a través de indicadores de los diferentes procesos hospitalarios, por ejemplo, el reingreso hospitalario, la estancia hospitalaria , el resultado final de cada caso, entre otros, los que presumiblemente, se vinculan con la satisfacción del usuario asegurado hospitalizado, y consecuentemente, son un referente de las buenas prácticas en el ámbito médico sanitario. (6) cabe subrayar, que los indicadores mencionados, han sido aplicados en años anteriores, dentro del marco de los estándares establecidos en una serie de directivas, siendo vigente la Directiva de programación N° 012 GC-ESSALUD 2014 y su aplicativo 2016. "Programación de las actividades asistenciales de los profesionales y no profesionales del Seguro Social de Salud ESSALUD". No obstante, la percepción de lograr una mejora en la calidad de atención se observó que no se alcanzó, además que los indicadores a ser evaluados no lograron ser alcanzados y la insatisfacción del usuario era notoria, ésta última motivó rechazo de los pacientes y familiares con denuncias a la fiscalía por

vulneración de su derecho a una oportuna y adecuada atención médica. La situación problemática, ameritó que se solicite a la Gerencia de Red Asistencial de EsSalud de Tacna, se autorice la realización de estudios de Mejora en la Calidad de Atención en Hospitalización del Servicio de Medicina y evaluar su impacto en el cliente interno y externo.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

– Problema general

¿ Existe relación entre la estancia hospitalaria y la tasa de reingreso con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna, periodo diciembre 2019- mayo 2020?

– Problemas específicos

- a. ¿Existe relación entre la estancia hospitalaria y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020?
- b. ¿Existe relación entre la tasa de reingreso y la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

– Justificación teórica

Durante los últimos años se ha observado un incremento de pacientes hospitalizados con comorbilidades agudas y crónicas, en población donde la mayoría de los casos supera los 60 años. También, se evidencia un aumento de la incidencia de enfermedades oncológicas en estado terminal, con inestabilidad hemodinámica o tratamiento paliativo de difícil manejo por el programa del Programa Domiciliario de Atención (PADOMI). Mención aparte, merece acotarse la disminución de la oferta de camas de hospitalización por estancia hospitalaria mayor a doce días. Escasa oferta de camas de hospitalización en el área de la Unidad de Cuidados Intermedios (UCIN), donde los pacientes con indicación de pasar a cuidados críticos no pueden ser atendidos por dicha área por falta de ambientes, estimándose que este fenómeno ocurre con un frecuencia de diez casos por mes.

Estas consideraciones obligan a disponer de un Servicio de Hospitalización que optimice sus recursos humanos y materiales, que logren satisfacer al cliente interno y directamente se refleje en el paciente asegurado la satisfacción de un buen servicio. No hay en nuestra institución y en hospitales del mismo nivel hospitalario ni en la región, estudios que evalúen la calidad de atención en sala de hospitalización considerando la eficiencia a través de la tasa de reingreso, estancia hospitalaria y medir en la percepción del paciente el control de la evaluación de la calidad del servicio.

Por lo que propongo este estudio de investigación, que permita medir el grado de eficiencia y oportunidad hospitalaria a través de la tasa de reingreso y la estancia hospitalaria, para poder disponer de mayor número de camas libres, teniendo como instrumento para su ejecución el mayor tiempo destinado a la visita médica, disposición del personal médico asistencial y la evaluación

de la calidad de la atención en función de mejorar la satisfacción de usuario asegurado como indicador final del proceso de calidad de atención.

– Justificación práctica

Desde el punto de vista práctico, el incremento de estancia hospitalaria esta asociado a complicaciones intrahospitalarias, que pueden comprometer el pronóstico de los pacientes hospitalizados , genera malestar al entorno familiar del paciente por el tiempo y presupuesto destinado a la atención y cuidado del mismo, por consiguiente el reclamo por la demora en el diagnóstico asociado al tiempo que genera la recuperación de la misma enfermedad genera un malestar expresado en la insatisfacción de paciente hospitalizado o sus familiares.

– Justificación metodológica

Desde la perspectiva de la justificación metodológica, no se cuenta con estándares de tiempo de estancia hospitalaria para cada servicio de hospitalización en ESSALUD, solo la normatividad de hospitalización de ESSALUD establece un tiempo como hospital más no como servicio, según esta normatividad es de cinco días, este periodo; no refleja el tiempo que demanda realizar el diagnóstico y el restablecimiento de paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina, donde por lo general son pacientes con pluripatología. De lo expuesto, se colige que en el presente estudio se validará una nueva metodología para determinar el tiempo de estancia hospitalaria , tasa de reingreso según tipo de servicio, vinculados con la satisfacción del paciente hospitalizado asegurado. Se validará el instrumento de recolección, para la realidad peruana.

– Importancia

El estudio es importante, porque los resultados tienden a coadyuvar la mejora de la gestión hospitalaria, por cuanto el sistema actual de programación de los profesionales médicos según directiva N° 012 GC-ESSALUD 2014 y su aplicativo 2016. Ha generado malestar de los pacientes hospitalizados en periodos anteriores con reclamos por mala atención médica incluso con denuncia a la fiscalía por lo tanto la modificación establecida como estrategia no ha sido medida por instrumentos validados internacionalmente para ver si ha cambiado este parecer.

1.4. ALCANCES Y LIMITACIONES

Las encuestas tienen limitaciones tal vez en el momento que son aplicadas y cuando se adaptan a una realidad distinta, pero sí estos instrumentos son validados a nivel internacional y es más en el mismo idioma, permite recoger la información que apoyara para reconocer los aciertos que se están logrando en la atención del paciente en el área de hospitalización del Servicio de Medicina y que acciones se deben corregir para la mejora los aspectos no percibidos como positivos del servicio recibido en dicha área asistencial.

1.5. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

– Objetivo general

Determinar si existe relación entre la estancia hospitalaria y la tasa de reingreso con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

– Objetivos específicos

- a. Establecer si la estancia hospitalaria se relaciona con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III

Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

- b. Establecer si la tasa de reingreso se relaciona con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

1.5. HIPÓTESIS

- Hipótesis general

La estancia hospitalaria y la tasa de reingreso están relacionadas con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

- Hipótesis específicas

- a. La estancia hospitalaria está relacionada significativamente con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.
- b. La tasa de reingreso se relaciona significativamente con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

Antecedentes de la investigación a nivel internacional

García y Herrero (11), en su estudio titulado Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción, bajo el modelo SERVQHOS se evaluaron 2435 pacientes, con esto se logró un participación del 34,8 %, los resultados fueron que el 85 % de los evaluados su percepción fue de mejor de lo que esperaban, el 09,6 % logro una satisfacción con el servicio recibido y 83,9 % sugería asistir este hospital para la atención. Lo ítems con mejor predicción fue el trato del personal sanitario y el interés del mismo para solucionar sus interrogantes.

Pisón y Diaz de Cerio (12), en su investigación realizada en el primer semestre del 2017 fue entregada la encuesta SERVQHOS a 187 pacientes durante el día de alta. Los resultados fueron; que la satisfacción media global fue de 4,2 con desviación estándar (DE): $\pm 0,67$. Los ítems que lograron una mejor percepción fue los aspectos de la dimensión subjetiva como son la forma como se dirige el personal y su amabilidad. Los aspectos con escasa valoración fue las indicaciones médicas y la oportunidad de llegar al nosocomio, estos últimos ítems no estaban relacionados con la satisfacción general del estudio (Correlación de Pearson, valor de $p > 0,05$). El 95,8 % tuvo la percepción de encontrarse muy satisfechos o satisfechos con el servicio recibido y el 98,3% invitaría el nosocomio a otros pacientes. De los hallazgos sociodemográficas de la población, se encontró que hay una buena asociación estadística de la edad con el nivel de satisfacción general (Chi-2, valor de

p=0,021). En este sentido , los pacientes más satisfechos fueron aquellos con una edad entre los 46-77 años, además de ser varones, casados, sin trabajo y con mayor grado de instrucción.

Monteagudo & col. (13), en un estudio transversal, realizado entre el 15 al 31 de octubre del 2001 en un hospital de Madrid, llevó a cabo una encuesta a 580 pacientes dados de alta. Como manejo estadístico de los datos se efectuó un análisis descriptivo, y para identificar factores asociados con la no satisfacción del paciente se llevó a cabo un análisis de regresión logística. Resultados; el 90,6% de los pacientes estaban satisfechos con el servicio recibido, y 9,4% fue insatisfecho. La puntuación SERVQHOS global fue de $3,87 \pm 0,30$, y al realizar un ajuste con Hall y Dornan, llegó a 0,71. La insatisfacción estuvo marcada por: ser mujer, tener escasa información, ingreso al servicio de hospitalización no realizado por el servicio de urgencias, ingresar por primera vez a hospitalizarse y no sugerir el nosocomio a otros conocidos. La población satisfecha dio una gran importancia a buena atención que mostró el personal sanitario.

Numpaque y Rocha (14), realizó una revisión sistemática sobre los estudios que se ejecutaron en Colombia y en otros países de habla hispana sobre calidad de atención sanitaria y la percepción del paciente. Se revisó los estudios relacionados con los modelos SERVQUAL y SERVQHOS entre 2010 a 2015. Según el modelo SERVQHOS en Colombia ha sido preferido en la especialidad de enfermería y en España fue mejor relacionado a hemodiálisis, oncología y anestesiología . Es de resaltar que la escala SERVQHOS establece relación con la dimensión de la calidad objetiva de la atención y con la dimensión subjetiva del servicio que recibe un paciente.

Antecedentes de la investigación a nivel nacional

Sihuín y col. (15) en su estudio sobre la satisfacción de pacientes hospitalizados en un hospital de Perú, halló que el nivel secundario y estar hospitalizado en el Servicio de Cirugía tuvo una mejor correlación con la satisfacción. No se encontró significancia estadística para las variables sexo, tiempo de hospitalización, tipo de seguro y condición del encuestado.

Huanchaco (16) en su investigación sobre los pacientes dados de alta de los Servicios de Medicina y Cirugía, a quienes se les aplicó la encuesta SERVQUAL. Se obtuvo los siguientes resultados; según la prueba de U de Mann Whitney, los pacientes dados de alta del Servicio de Medicina (promedio 30,2), presenta valoraciones bajas en relación a los pacientes del Servicio de Cirugía (promedio 32,1), $z = -1.156$ y $p = 0,248 > 0,05$. Como conclusión; No se encontró diferencias significativas entre el nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en los Servicios de Medicina y Cirugía.

Benitez (17) en su investigación sobre la valoración de la variable sexo y la satisfacción del paciente en el hospital Víctor Lazarte Echevaray-Trujillo. Según la encuesta SERVQHOS sobre una muestra de 252 pacientes del estudio y quienes fueron encuestados durante el día del alta de los Servicios de Medicina y Cirugía de dicho hospital. Los resultados no encontraron diferencias significativa entre el sexo de los pacientes evaluados y la satisfacción general, estos hallazgos fueron apoyados por la acceso al servicio, trato del personal asistencial y nivel de organización del servicio.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 Calidad en salud

2.2.1.1. Definición

La OMS define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La definición no ha sido modificada desde 1948. (18)

Asimismo, Donabedian en 1980 (19), a quien se le considera como el pionero de la moderna concepción de la calidad de la atención médica ha definido la calidad de atención como "Aquel tipo de cuidado en el cual se espera maximizar un determinado beneficio del paciente, luego de haber tomado en cuenta un balance de las ganancias y pérdidas implicadas en todas las partes del proceso de atención."

En 1990, el Instituto de Medicina de Estados Unidos (20) , propuso una definición de calidad que ha sido ampliamente aceptada: "calidad de atención es el grado por el cual los servicios de salud para individuos y la población incrementan la posibilidad de obtener resultados deseados en salud y que sean consistentes con el conocimiento del profesional médico."

El otorgar calidad en un servicio salud implica una responsabilidad para la institución que da el servicio o el profesional de la salud si éste es privado, y es un derecho para el paciente que recibe el servicio. El conocimiento de la calidad se entiende mejor desde el punto de vista que si ésta tiene soportes considerados pilares, estos pilares sobre los cuales se sostiene la calidad son; eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad. (21)

Entonces, se debe entender que la eficiencia y lo óptimo tienen a su vez mucho que ver porque ambos están relacionados al costo de la atención en salud sobre todo cuando se trata de otorgar un servicio de calidad y más aun cuando los recursos escasean en la institución que otorga el servicio de salud, en este sentido la estancia hospitalaria y el reingreso son condiciones asociadas a estos dos pilares y a su vez estos son dependientes de varios factores que están sujetos a las instituciones donde se realiza la atención de salud y el propio paciente así como también su entorno.

La evaluación de la atención en salud es una condición que se debe realizar constantemente para saber que consecuencias se produjeron en el paciente después de recibir un servicio. (22) La forma como se debe evaluar la calidad según Donadevian debe ser tomada en cuenta en función de tres categorías; estructura, proceso y resultado, de este planteamiento hay una parte medular de la evaluación que recae en dos elementos que son; lo técnico cómo actúan los trabajadores asistenciales, y lo interpersonal es decir la relación entre los trabajadores asistenciales y el paciente. (23)

2.2.1.2. Promedio de estancia hospitalaria

El promedio de la estancia hospitalaria es utilizado como indicador de eficiencia hospitalaria, la estancia hospitalaria cobra importancia cuando la relacionamos con la calidad de atención, cuando la estancia hospitalaria se encuentra en un rango considerado adecuado este debe tener implícito la buena satisfacción del paciente que utilizó ese periodo de tiempo para reestablecerse de su salud y un sistema de salud público o privado debe de alentar que cuando se establezcan los rangos estos deben de incluir lo que el paciente expresó como buena satisfacción(24). Es conocido que la estancia hospitalaria prolonga puede señalarse como un mal indicador de un establecimiento de salud cuando se pretende evaluar dicho establecimiento (25) pero se debe tener en cuenta que la estancia hospitalaria varía y lo que para un centro puede ser adecuado para otro centro incluso puede ser inadecuado del mismo nivel hospitalario, por lo tanto considerar una falta de eficiencia solo al hecho de tener una estancia hospitalaria prolongada o debe ser considerada como tal sino se ha hecho un análisis cuidadoso. (26)

La estancia hospitalaria también cobra importancia si la consideramos que se encuentra estrechamente relacionada con la calidad de atención en salud como parte de la eficiencia va con lo óptimo y la aceptabilidad. La revisión de la literatura sobre la estancia hospitalaria ha permitido estructurar la

tabla 1 que muestra el promedio de estancia hospitalaria a nivel internacional en países desarrollados de América, Europa y Asia.

El promedio de días de la estancia hospitalaria en países desarrollados de Norte América, Europa y Asia central es variable, con una tendencia a disminuir desde el 2012 en la mayoría de países, pero manteniéndose en Estados Unidos de Norteamérica. (Tabla 1)

Tabla 1*Estancia hospitalaria promedio en días países desarrollados, 1994-2016*

| País/Año | 1994 (27) | 1997 (28, 29) | 2004 (27) | 2012 (27) | 2014 (27) | 2016 (28,29) |
|------------------------------|--------------|------------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|
| Alemania | 14 | 12,5 | 11 | 9,2 | 8 | - |
| Asia Central | 13 | 14,7 | 9 | 9,3 | 7 | - |
| Austria | 11 | 10 | 8 | 7,9 | 7 | - |
| Azerbaiyán | 18 | 17,5 | 16 | 11 | 10 | 10,3 |
| Bosnia y Herzegovina | 17 | - | - | 7,7 | 7 | 6,4 |
| Dinamarca | 7 | 5 | 4,4 | - | - | - |
| España | 11 | 9,7 | 8 | 7,6 | 6 | - |
| Francia | 11 | 11 | 11 | 10,1 | - | - |
| Federación Rusa | 17 | 16,6 | 13 | 12,4 | 11 | 11,1 |
| Holanda | 13 | 13,8 | - | - | - | - |
| Italia | 10 | 8,1 | 7 | 8 | 7 | - |
| República de Moldavia | 17 | 18 | 11 | 9 | 8 | - |
| Estados Unidos de América | - | 4,9 | - | - | - | 4,6 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias (27,28,29)

Se evidencia que el indicador de estancia hospitalaria, mejor planteado como promedio de estancia hospitalaria a nivel internacional es variable, incluso en países desarrollados con una tendencia a disminuir en forma progresiva con el paso de los años (27). Sobre este indicador; el promedio de estancia hospitalaria para hospitales en el Perú es de 6-8 días, propuesto por el MINSA máximo rector en salud (30), de acuerdo a la literatura revisada sobre como es el comportamiento de este indicador en nuestro medio a nivel de hospitales de Lima como en otras regiones del país. (Tabla 2)

Tabla 2

Estancia hospitalaria promedio en días en hospitales de Perú. Categoría III, 2013-2018

| Hospital / Año | 2013 (31) | 2014 (31) | 2015 (31,33,34,35) | 2016 (31,33,34,35) | 2017 (32,33,34,36) | 2018 (34) |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|--------------|
| Hospital | | | | | | |
| Cayetano Heredia | 8,8 | 8,7 | 7,9 | 7,8 | 8,0 | - |
| Nacional Dos de Mayo | - | - | 9,7 | 15,5 | 15,4 | - |
| Nacional Daniel Alcides Carrión | - | - | 8,6 | 8,6 | 8,8 | 8,1 |
| Nacional Arzobispo Loayza | - | - | - | - | 8,2 | - |
| EsSalud en Perú Hospital III-IV | - | - | 5,2 | 5,1 | - | - |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(31,32,33,34,35,36)

El promedio de la estancia hospitalaria en los diversos hospitales de tercer nivel de nuestro país que pertenecen al Ministerio de Salud estuvieron por encima del valor de referencia (6-8 días) señalado por el MINSA, el promedio de la estancia hospitalaria en el Seguro Social de EsSalud está en el rango considerado estándar para esta institución. (Tabla 2)

Cabe señalar, que el indicador de promedio de la estancia hospitalaria en hospitales de tercer nivel en el Perú, supera en su mayoría el indicador

establecido por el MINSA y no hay tendencia a disminuir por lo menos en cinco años de seguimiento. Sobre los datos reportados en la Tabla 2 sobre la institución de EsSalud son datos promediados no se encontró en la literatura revisada datos por hospital en EsSalud, sino promedio nacional de todas las redes asistenciales.

Adicionalmente se debe señalar que no se ha encontrado información que señale cual debe ser el estándar para este indicador por servicio asistencial, porque se entiende que varía por el tipo de especialidad, y diagnóstico clínico o quirúrgico, ésta es una observación realizada por la oficina de inteligencia sanitaria y epidemiología del hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna(Sala Situacional de la Red Asistencial Essalud Tacna) y que reportada a la sede central de EsSalud en forma anual donde se observa este fenómeno.

Además sobre cómo es el comportamiento de este indicador en los Servicios de Medicina de diversos hospitales de 3er nivel de Lima y diversas regiones. (Tabla 3)

Tabla 3

Estancia hospitalaria promedio en días en los servicios de hospitalización de Medicina de hospitales Categoría III de Lima y otras regiones del Perú, 2001-2019

| Hospital /Año | 2001 (38) | 2011 (43,44) | 2012 (38) | 2013 (38,39,44) | 2014 (39,44) | 2015 (36,37 40,44) | 2016 (36,39,40) | 2017 (36,40,41) | 2019 (42) |
|-----------------------------------|--------------|-----------------|--------------|--------------------|-----------------|--------------------------|--------------------|--------------------|--------------|
| Cayetano Heredia | 11,4 | - | 18,6 | 17,4 | 17,4 | - | 17,2 | - | - |
| Nacional Dos de Mayo | - | - | - | - | - | 9,7 | 10,2 | 19,6 | - |
| Nacional Daniel Alcides Carrión | - | - | - | - | - | 12,6 | - | - | - |
| Nacional Arzobispo Loayza | - | - | - | 11,4 | - | 12,9 | 11,0 | 9,6 | - |
| Adolfo Guevara Velasco | - | - | - | - | - | - | - | 11,4 | - |
| Goyeneche de Arequipa C III | - | 4,7 | - | 5,6 | 7,6 | 7,7 | - | - | - |
| Yanahuara EsSalud Arequipa C III | - | 11,5 | - | - | - | - | - | - | - |
| Hospital E. Rebagliati IV EsSalud | - | - | - | - | - | - | - | - | 18,6 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(36,37,38,39,40,41,42,43,44)

No hay estándares a nivel Perú para definir cuales son los valores estándar por servicio del promedio de la estancia hospitalaria. El promedio de estancia hospitalaria en los servicios de medicina es variable con valores en su mayoría por encima de 12 días, según el estándar del indicador de promedio de estancia para hospitales establecido por el MINSA, todos los hospitales están por encima de este valor así como tampoco se observa una tendencia a la disminuir a 8 años de seguimiento.(Tabla 3)

Para una cabal comprensión de la dimensión estancia hospitalaria y factores que influyentes en ésta, se debe entender que es el producto del tiempo que permanece un paciente hospitalizado desde que ingresa a hospitalizarse a un establecimiento de salud hasta el día de alta, todo este proceso es complejo y multidimensional, ya que no es sólo una función de factores relacionados con el paciente y la enfermedad, sino que también está determinado por variables organizacionales y hay una interdependencia entre cada una. (45)



Figura 1. Interacción de factores que influyen en la estancia hospitalaria

Fuente: Adaptado de Buttigieg SC, Abela L, Pace A. Variables affecting hospital length of stay: a scoping review. J Health Organ Manag. 2018;32(3):463-493. doi:10.1108/JHOM-10-2017-0275.

Con este fin se han propuestos modelos para explicar esta interdependencia, según la literatura consultada se reconoce que la estancia hospitalaria se pueden identificar en función de dos modelos teóricos. El primero de ellos incluye factores relacionados con la pre admisión; atención comunitaria, internación, estancia hospitalaria y atención comunitaria posterior a la admisión. Estos factores dentro de la comunidad consiste en la financiación de la atención médica, el acceso al hospital y la atención primaria, así como el entorno sociocultural de cada paciente.

Una vez que el paciente ingresa al hospital hay otros factores que influyen en la estancia hospitalaria, estos incluyen la gravedad de los síntomas, la comorbilidad del paciente, disponibilidad de camas y el umbral de ingreso hospitalario. Por último, el alta médica está relacionada con la disponibilidad de los servicios comunitarios, apoyo social y atención primaria. (46)

El segundo modelo propuesto clasifica los determinantes en cuatro categorías; características de los pacientes, de los cuidadores clínicos, del entorno social o familiar y propiedades del sistema de salud. Sin embargo, este segundo modelo no logró establecer relaciones entre estas variables y estados y no existe un modelo teórico que resalte los procesos que afectan las relaciones entre las diferentes variables. (45) De todas formas la estancia hospitalaria esta influenciada por múltiples factores que se presentan en la Tabla 4:

Tabla 4*Factores asociados a la estancia hospitalaria*

| Estructura | Referencias |
|---|--------------------|
| A. Características de los Sistemas de Salud: | |
| Servicio de acceso y admisión ingreso por emergencia | 47, 55 |
| Datos y hora de ingreso, ingreso fin de semana | 48,55 |
| Disponibilidad de camas | 49 |
| Oportunidad de transferencia a otro servicio | 50, 51 |
| Interconsultas | 50 |
| Flujo interno de pacientes | 50 |
| B. Características de los pacientes | |
| Edad mayor de 65 años | 52,55 |
| Sexo femenino | 53, 55 |
| Disponibilidad de apoyo social | 54 |
| Factores de vulnerabilidad | 46 |
| Atributos demográficos | 59 |
| Comorbilidades y severidad de la enfermedad | 60 |
| Mal estado nutricional | 60 |
| Eventos adversos | 45 |
| C. Proceso | |
| Características del personal de salud | 61 |
| Características de los cuidadores | 61 |
| Comportamiento y grupos profesionales | 53 |
| Planificación del alta | 65, 66, 67 |
| Transferencia de conocimiento entre médicos y personal de salud | 63, 68 |
| Seguridad del paciente | 45 |
| Realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos | 45 |
| D. Indicadores de Resultados | |
| Complicaciones de la estancia hospitalaria | 69, 56,57, 58 |
| Infecciones nosocomiales | 46 |
| Reingreso | 70, 71, 72 |
| Satisfacción del paciente | 69, 73, 74 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias (45 al 74)

La estancia hospitalaria está relacionada con múltiples factores que están presentes en todo el proceso de atención, cada uno tiene una importancia, la calidad de atención está en relación a la satisfacción del paciente y se considera como resultado. (Tabla 4)

Según se observa en la Tabla 4, son diversos los factores involucrados en la estancia hospitalaria y estarían actuando en diferentes momentos del proceso de la atención en salud.

Buttigieg y et al. (45) desde una perspectiva más holística analizan la estancia hospitalaria en base al modelo de evaluación de la calidad de Donabedian (19), su enfoque ofrece una visión completa y precisa de las variables que tienen impacto en la estancia hospitalaria, considera que la estancia hospitalaria esta vinculada a los diversos aspectos de la estructura, proceso y resultado. (Figura 2)



Figura 2. Modelo integrado de interrelación de factores que influyen en la estancia hospitalaria

Fuente: Adaptado de Buttigieg SC, Abela L, Pace A. Variables affecting hospital length of stay: a scoping review. J Health Organ Manag. 2018;32(3):463-493. doi:10.1108/JHOM-10-2017-0275

Las investigaciones que se realicen en este campo de la Salud Pública nos deben señalar cuál debe ser su jerarquización o por decir de otra manera que factores que tienen influencia en la estancia hospitalaria son modificables para poder intervenir y lograr mejorar la calidad de la atención en salud expresada en la satisfacción del paciente hospitalizado.

2.2.1.3. Tasa de reingreso hospitalario no programado

Aunque la definición de tasa de reingreso varía en la literatura, se puede definir como, el número de pacientes que experimentaron reingreso agudo no intencionado o muerte dentro de los 30 días posteriores al alta desde el día de reingreso índice o ingreso índice, dividido por el número total de pacientes dados de alta vivos dentro del período de referencia.(75)

Las tasas de readmisión o reingreso hospitalario se introdujeron por primera vez en el año 1953 para caracterizar el riesgo entre los pacientes neuropsiquiátricos dados de alta de los hospitales del Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos, pero ganaron importancia en el 2010 con la adopción de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS) en dicho país y para su uso posterior en el Programa de Reducción de Riesgos Hospitalarios. (76)

Actualmente el estudio del reingreso hospitalario no programado tiene un gran interés de como impacta en los sistemas de salud pues están en relación con los pilares de la calidad de atención en salud, y de otro lado como asociado al costo de los servicios médicos que otorgan salas de hospitalización genera un interés en los empleadores o gestores en salud. (77)

La eficiencia hospitalaria esta en relación con el reingreso no programado que de por sí no es un indicador que mide la calidad del sistema de salud, pero su evaluación en la primer semana de ocurrido después del alta

hospitalaria se asocia mejor con la atención recibida en el establecimiento de salud donde fue otorgada el alta médica. (6).

La tasa de reingreso hospitalaria es variable según el país o región, según se puede observar en la Tabla 5:

Tabla 5

Tasa (%) de reingreso hospitalario según año, país y referencia, 1997-2018

| Tasa (%) | Año | País | Referencia |
|-------------|-----------|------------------------------|------------|
| 16,0 a 34,0 | 1997 | España | 78 |
| 26,0 | 2001 | Navarra (España) | 6 |
| 17,5 | 2009 | USA (Multicéntrico) | 79 |
| 13,7 | 2008-2009 | Colombia (multicéntrico) | 80 |
| 18,0 | 1996-2000 | Brasil (multicéntrico) | 81 |
| 19,0 | 2010 | Italia (Milán) | 82 |
| 14,0 | 2012 | Perú (Lima) | 83 |
| 26,0 | 2018 | Perú (Lima) | 77 |
| 53,0 | 2019 | Argentina (adultos mayores) | 84 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(6,76,77,78,79,80,81,82,83,84)

La tasa de reingreso en los diferentes países varia, incluso a nivel nacional y no hay tendencia a disminuir en los años de seguimiento, por lo que se advierte que la señal de calidad de servicio del hospital esta asociada al

reingreso hospitalario, pero esta asociación, es más fuerte dentro de los primeros siete días después del alta. Por lo que para indagar la influencia de un servicio hospitalario sobre el reingreso no planificado, se debe tener esta consideración en función del periodo de tiempo que ocurre el reingreso. (76)

El reingreso hospitalario esta asociado a múltiples factores en la Tabla 6 se expone lo planteados por diversos autores.

Tabla 6

Factores de riesgo para el reingreso hospitalario

| Factor de riesgo | Referencia |
|---|-------------|
| Edad mayor de 65 años | 6, 77, 85 |
| Sexo hombre | 6 |
| Sexo mujer | 77, 84 |
| Estado civil soltero o viudo | 6 |
| Gravedad de ingreso | 6 |
| Enfermedad respiratoria | 6, 77 |
| Enfermedad neoplásica | 79,80 |
| Insuficiencia cardíaca | 6,79, 83-85 |
| Úlceras por presión | 84 |
| Empeoramiento de la enfermedad crónica | 6, 77 |
| Manejo inadecuado ambulatorio | 6,77 |
| Iatrogenia- toxicidad | 6,77 |
| No adherencia a la guía de manejo clínico | 6 |
| Diagnóstico previo erróneo | 77 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(6,77,79,80,83,84,85)

Los factores de riesgo para el reingreso hospitalario son diversos pero se observa una constante, en la edad, el sexo femenino y la enfermedad cardiovascular en especial en la insuficiencia cardiaca. Se observa que los factores de riesgo son múltiples y están en relación a la condiciones propias del

paciente como sus características sociodemográficas, comorbilidades crónico degenerativas , así como también al sistema hospitalario donde fue hospitalizado e incluso al efecto de la medicación recibida, la investigaciones en este campo que se realicen en el tiempo pueden ayudarnos a modificarlas con el fin de mejorar la calidad de atención.

También se han hecho diversos estudios con el fin de evitar el reingreso hospitalario no planificado, es así que como se puede apreciar en la Tabla 7 se expone algunas medidas con el fin de disminuir el reingreso hospitalario no planificado.

Tabla 7

Medidas para reducir el riesgo de reingreso hospitalario no planificado

| Acciones/medidas para reducir el ingreso hospitalario | Referencia |
|---|------------|
| Cultura Jerárquica, nivel hospitalario, Sistema de referencias. | 86 |
| Programa de transición | 87 |
| Los pacientes cuya percepción fue muy satisfechos | 88 |
| Los médicos les escuchan con atención | 88 |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(86,87,88)

Las acciones para reducir el reingreso hospitalario no programado ocurre en diferentes niveles de la atención en salud.

El reingreso hospitalario no programado esta condicionado por factores diversos los cuales una vez reconocidos se deben plantear un plan de acción con el fin de controlarlos y así tomar medidas de prevención para disminuir el reingreso.

2.2.1.4. Calidad de atención

Para comprender el concepto calidad de atención se retomaron algunos planteamientos de Donabedian, quien sostiene que la calidad es una propiedad de la atención en salud, pero a la vez, es un juicio frente a dicha atención. Este juicio se puede dividir en dos partes una que se refiere a la atención científico-técnica y la otra al manejo de las relaciones interpersonales.(23) La calidad en un proceso interpersonal es más difícil de resumir, pero debe incluir valores y normas socialmente definidas que gobiernen la interacción de los individuos en general y en situaciones particulares. (23) Es preciso resaltar que la calidad del servicio en salud fue entendida, principalmente a partir del enfoque metodológico conocido como “SERVQUAL”, como la valoración subjetiva que hacen los usuarios de los servicios de salud, sobre el conjunto de características del mismo que logran satisfacer sus necesidades o expectativas. La valoración de estas características es fundamental para que el usuario tome decisiones de elegir un servicio y actúe en consecuencia.

Así mismo, se entendió la percepción como una sensación física interpretada a la luz de la experiencia; una cognición rápida, aguda e intuitiva; al tiempo que la satisfacción se consideró cuando las necesidades reales o percibidas de un usuario, son cubiertas o excedidas. Por tanto, la satisfacción se asumió como una medida de resultado para la valoración de la calidad de la atención en salud. El nivel de la calidad del servicio se asume como la diferencia entre el servicio percibido (en función de que tan bien se desempeña el establecimiento al proveer los servicios) y la expectativa del usuario.(77) Las determinantes de la calidad percibida incluyen aspectos personales, información sobre los servicios y factores propios de cada situación. Por otro lado, destaca el término usuario, considerando como tal, a una persona con necesidades y preocupaciones, cuya emoción está muy afectada especialmente si va por servicios curativos y seguramente no siempre tiene la

razón, pero tiene que estar en primer lugar, si una institución de atención en salud se propone servir con calidad (89).

2.2.1.5. Dimensiones de la calidad de atención

El concepto de calidad engloba dos grandes enfoques, como son, la calidad objetiva y la calidad subjetiva; la primera se centra en la oferta y mide las características objetivas y verificables de los servicios; la segunda sin embargo, parte del lado de la demanda y hace referencia a la apreciación de los clientes o usuarios sobre dichas características. La satisfacción con los servicios sanitarios es un concepto complejo que está relacionado con una gran variedad de factores como son el estilo de vida, las experiencias previas, las expectativas de futuro y los valores del individuo y de la sociedad.

En general, la revisión de la literatura mostró que en los diferentes métodos y para los diferentes autores, hay al menos tres aspectos que tienen en cuenta los usuarios para la valoración de la asistencia sanitaria: el aspecto instrumental (aplicación de los conocimientos técnicos y capacidad de resolver los problemas), el expresivo (comportamiento respecto a los aspectos afectivos de la relación) y la comunicación (dar y recibir información).

Estas tres dimensiones son coincidentes en la totalidad de los cuestionarios de medida de la calidad a partir de la satisfacción, aunque algunos autores incluyan otros aspectos relacionados con el proceso de atención o generen subdimensiones dentro de aquellas.(12) La mayoría de los autores también coinciden en que la calidad es un concepto que depende de las características de los pacientes, varía con la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y los cambios del estado de salud . Se reconoce que la percepción de ésta varía considerablemente cuando está grave o cuando está en vías de recuperación. Además, las características de los pacientes influyen en la actitud de los profesionales, lo cual repercute en la satisfacción de la población.

2.2.2. Satisfacción en salud

2.2.2.1. Medición del nivel de satisfacción

Se propone una serie de consideraciones éticas, desde el punto de vista del usuario, que justificarían que la satisfacción se incluya en la evaluación de la calidad:

- El principio hipocrático según el cual el bienestar del paciente ha de ser el interés máximo de la atención médica (90).
- El principio democrático según el cual aquéllos a los que concierne una decisión han de estar implicados en ella (90).
- Los derechos del consumidor por los que el consumidor tiene derecho a decidir aquello que él quiere; 4. el concepto de enfermedad, que debería desplazarse del concepto biológico estricto al concepto experimental de la misma. Se entiende que las personas se definen enfermas o sanas teniendo en cuenta sus sentimientos y no los resultados de la valoración objetiva externa (90).

Se concluye así, el objetivo de la medición de la calidad de atención, mediante el análisis de la satisfacción del usuario, o mediante la óptica del usuario, será pues facilitar información a los profesionales, a los gestores y administradores del sistema sanitario o de la institución de salud, sobre aquellos aspectos de la organización sanitaria que son percibidos por la población como insatisfactorios y que son susceptibles de mejora mediante la modificación de circunstancias, comportamientos o actitudes de la organización que intervienen en el proceso asistencial (89,91), y los aspectos que el paciente perciba como satisfacción para mantenerlo o fortalecerlo.

Se ha revisado diversa literatura relacionada a la satisfacción del paciente y que se puede apreciar en la tabla 8, donde se rescata que por diversos tipos de instrumentos a nivel internacional se ha determinado que la satisfacción del usuario y que está marcado por el nivel de confianza del paciente hacia el médico, la empatía con la que fue atendido durante la hospitalización y la atención del personal de enfermería, estos fueron los ítems o categorías mejor evaluados.

Tabla 8

Ítems de mayor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición

| Ítem con mayor Satisfacción/ Método, país y año realizado | Método LPS China 2019 (92) | Método Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ III) Irán 2016 (93) | Método Short form of the Hong Kong in parent experience questionnaire. SFHKIEQ China 2015 (94) | Método Satisfacción de hospitales académicos COPS Holanda 2009 (95) | Método SERVPER F Cuba 2017 (96) | Método SERVPER F Ecuador 2016 (97) | Método PLS India 2019 (98) |
|---|-----------------------------|--|---|--|----------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| Nivel de satisfacción | 80,8 % | 65,4 % | | | 73,1 % | 80 % | 50 % |
| Actitud del personal médico | X | | | X | | | |
| Tecnología del centro | X | | | | | | |
| Comodidad del ambiente | X | | | | | | |
| Empatía | | | | | X | X | X |
| Mayor nivel de confianza | | X | X | | X | X | |
| Atención de Enfermería | | X | X | X | | | |
| Dotación de Personal | | | X | | | | |
| Información clara | | | X | X | | | |
| Manejo del dolor | | | X | | | | |
| Apoyo emocional | | | X | | | | |
| Seguimiento pos alta | | | | | | | |
| Confidencialidad/ privacidad | | | | X | | | |
| Capacidad de respuesta | | | | | X | | X |
| El personal demuestra profesionalismo en atenderlo | | | | | X | | |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias (92,93,94,95,96,97,98)

La satisfacción de los pacientes medida por diversos estudios diferentes a SERVQHOS, han encontrado satisfacción positiva mayor al 65%, lo ítems mejor evaluados fueron; el mayor nivel de confianza, empatía y atención de enfermería. (Tabla 8)

Tabla 9

Ítems de mayor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición

| Ítem con mayor Satisfacción/ Método, país y año realizado | Método LPS China 2019 (92) | Método Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ III) Irán 2016 (93) | Método Short form of the Hong Kong in parent experience questionnaire. e. SFHKIEQ China 2015 (94) | Método Satisfacción de hospitales académicos COPS Holanda 2009 (95) | Método SERVPER F Cuba 2017 (96) | Método SERVPER F Ecuador 2016 (97) | Método PLS India 2019 (98) |
|--|--------------------------------------|---|--|--|---|--|--------------------------------------|
| Nivel de satisfacción | 80,8% | 65,4% | | | 73,1% | 80% | 50% |
| Actitud del personal médico | X | | | X | | | |
| Tecnología del centro | X | | | | | | |
| Comodidad del ambiente | X | | | | | | |
| Empatía | | | | | X | X | X |
| Mayor nivel de confianza | | X | X | | X | X | |
| Atención de Enfermería | | X | X | X | | | |
| Dotación de Personal | | | X | | | | |
| Información Clara | | | X | X | | | |
| Manejo del dolor | | | X | | | | |
| Apoyo emocional | | | X | | | | |
| Seguimiento pos alta | | | | | | | |
| Confidencialidad/ privacidad | | | | X | | | |
| Capacidad de respuesta | | | | | X | | X |
| El personal demuestra profesionalismo en atenderlo | | | | | X | | |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(92,93,94,95,96,97,98)

La satisfacción de los pacientes medida por diversos estudios diferentes a SERVQHOS, han encontrado satisfacción positiva mayor al 65%, lo ítems

mejor evaluados fueron; el mayor nivel de confianza, empatía y atención de enfermería. (Tabla 9)

Tabla 10

ítems de menor nivel de satisfacción de pacientes hospitalizados, según diversos métodos de medición

| Ítem con menor Satisfacción/ Método, país y año realizado | Método LPS China 2019 (92) | Método Cuestionario de Satisfacción del Paciente (PSQ III) Irán 2016 (93) | Método SERVPERF Cuba 2017 (96) | Método PLS India 2019 (98) |
|---|----------------------------|---|--------------------------------|----------------------------|
| Gasto Médico | X | | | |
| Falta de Confianza | | | X | |
| Mala Comunicación | | X | | |
| Poca capacidad de respuesta | | | X | |
| Tangibles | | | | X |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(92,93,96,98)

De acuerdo a diversos estudios la menor satisfacción está asociada a factores que dependen del sistema médico, a una percepción intangible y en menor posibilidad a la percepción tangible. Que el menor nivel de satisfacción recaen en el gasto médico, la falta de confianza en el médico, una pobre comunicación y una poca capacidad de respuesta del personal de salud. (Tabla 10)

2.2.2.2. Escala de SERVQHOS

El cuestionario SERVQHOS fue desarrollado en España, antes de la existencia de este instrumento solo se contaba con el cuestionario SERVQUAL dentro de otros instrumentos adaptados para evaluar la calidad en salud, el cuestionario SERVQUAL, esta compuesto de cinco dimensiones y es compleja su interpretación, fue diseñado para la evaluación de consulta externa(24), este instrumento SERVQHOS es adaptado del instrumento SERVQUAL, cuya finalidad fue de disponer de un instrumento que permita evaluar la calidad de atención recibida en un ambiente hospitalario público.

El cuestionario SERVQHOS tiene ventajas como poder contar con 19 ítems que esta dividido en 3 componentes; uno es la calidad de la dimensión objetiva que está compuesta por los siguientes ítems; 1,2,3,5,6,7,8,10 y 18(ver anexo 5) y el otro es la calidad subjetiva que está compuesta por los siguientes ítems; 4,9,11,12,13,14,15,16,17 y 19(ver anexo 5) y un tercer componente que evalúa la calidad global , a través de la evaluación de la calidad objetiva y subjetiva y su relación con la satisfacción global se puede encontrar relación con el nivel de satisfacción de paciente hospitalizado. (99,100)

Al plantear este estudio de investigación y con el fin de comparar los resultados con otros estudios se tomo la decisión de utilizar esta escala por haber sido validada para evaluar satisfacción en salud en servicio de hospitalización y en español, características que requiere este estudio.

Con este mismo fin a nivel internacional y nacional se ha evaluado la satisfacción de paciente hospitalizado a través de este instrumento SERVQHOS, en la Tabla 11 se resume los resultados que se han encontrado en la literatura.

Tabla 11

Satisfacción e insatisfacción del paciente hospitalizado evaluada por el método SERVQHOS

| Satisfacción- insatisfacción/ País año | España Madrid 2001 (13) | España Salamanca 2017 (12) | Perú Arequipa 2016 (91) | Perú Trujillo 2012 (17) | España Alicante 2000 (100) | España Zaragoza 2012 (101) |
|--|----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| Puntuación Global de la Satisfacción | 3,87 +/- 0,36 | 4,2 +/- 0,67 | 3,4 | - | - | 4,0 |
| Población Satisfecha | 90,6 % | 95,8 % | 68,4 % | 25 % | 59 % | 98,3 % |
| Población Insatisfecha | 9,4 % | - | 5,2 % | 74,6 % | 3,1 % | 1,7% |

Nota: 3,75 - 4,1 =Mejor calidad de atención; 3,36 - 3,6 =Regular calidad de atención y 3 - 3,2=Menor calidad de atención

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias(12,13,17,91,100,101)

La satisfacción global en los estudios consultados está por encima de 3,4 considerada como mejor calidad de atención, la población satisfecha supera el 68,4 % y solo se observó con esta escala SERVQHOS que una medida de satisfacción fue 25 %. (Tabla 11)

De esto se desprende que los estudios han evaluado la satisfacción global en función de la media de la dimensión objetiva y subjetiva, estableciendo una correlación positiva con la satisfacción, que en la mayoría de los casos se trata de una población satisfecha.

Los ítems que evalúa la dimensión la subjetiva y objetiva de la calidad de la escala SERVQHOS que han sido mejor evaluados o peor evaluados en

diversos estudios a nivel nacional e internacional se expone en las Tablas 12 y 13.

Tabla 12

Ítems mejor evaluados de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva según la Escala de SERVQHOS en estudios internacionales y nacionales

| Ítems Mejor Evaluado | García-Aparicio, J 2010 España Satisfacción 90% (11) | Pisón – Cárcamo E. 2019 España Satisfacción 95,8% (12) | Hernández M 2005 España Satisfacción 49% (102) | Crisanto P. 2016 Perú Satisfacción 59,2% (88) | Mira J J 2000 España Satisfacción 59,24% (104) | Granado de la Orden S. España Satisfacción 2008 72,4% (103) | Pérez-Cantó V. España Satisfacción 62,8% (105) | Alayo N. Perú 2019 (106) | López M C. España 2016 (107) | Picón M G. Ecuador 2019 Satisfacción 39,63% (108) |
|--|--|--|--|---|--|--|---|--------------------------|-------------------------------|---|
| Trato personalizado que se da al paciente | X | X | | | | X | | X | X | |
| Interés del personal por solucionar problemas del paciente | X | | | X | | X | | | X | X |
| Amabilidad del personal | | X | | | | X | X | X | X | |
| Interés del personal de enfermería por paciente | X | | X | X | | X | | | | |
| Rapidez para conseguir lo que se necesita o pide | X | | X | | | | | | | |
| Confianza o seguridad que personal transmite | | | | X | | X | X | | X | X |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Tiempo de espera de atención médica | | X | | X |
| Preparación de personal para hacer su trabajo | | | X | X |
| Información que da el médico | | | X | |
| Conocer nombre de médico y enfermera | | | | X |
| Estado/apariencia agradable de habitación | X | | | |
| Facilidad para llegar hospital | X | | | |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias (11,12,88,102,103,104,105,106,107,108)

De acuerdo a la escala de evaluación de SERVQHOS se evidencia que los ítems mejor evaluados son en la mayoría de estudios Nacionales e Internacionales; la amabilidad del personal, el interés del personal por solucionar problemas de los pacientes, la confianza (seguridad) que el personal le transmite al paciente, estos ítems han sido los que mejor puntaje han obtenido indistintamente del nivel de satisfacción. (Tabla 12)

Tabla 13

Ítems peor evaluados de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva según la Escala de SERVQHOS en estudios internacionales y nacionales

| Ítems Peor Evaluado | García-Aparicio, J. 2010 España Satisfacción 90% (11) | Pisón – Cárcamo E. 2019 España Satisfacción 95,8% (12) | Hernández M. 2005 España Satisfacción 49% (102) | Crisanto P. 2016 Perú Satisfacción 59,2% (88) | Mira J. 2000 España Satisfacción 59,24% (104) | Granado de la Orden S. 2008 España Satisfacción 72,4% (103) | Pérez-Cantó V. España Satisfacción (104) | Alayo N. Perú 2019 Satisfacción (106) | López M. C. España 2016 Satisfacción (107) | Picón M. G. Ecuador 2019 Satisfacción 39,63% (108) |
|--|---|--|---|---|---|---|--|---------------------------------------|--|--|
| Información médica a familiares | X | X | X | | X | | | | | X |
| Facilidad de llegar al hospital | X | X | X | | | | | X | | |
| Tiempo de espera de atención médica | | X | | X | | | | | X | X |
| Señalizaciones | | | | X | | | | | | X |
| Personal cumple lo que dice que va hacer | | | | X | | | | | | X |
| Estado de ambientes de hospital | | | | X | | | | | X | |
| Tecnología de equipos de hospital | | | | | | | | | X | |
| interés de personal de enfermería por | | | | | | | | | X | X |

| | |
|--|---|
| paciente | |
| Rapidez para conseguir lo que se necesita o pide | X |
| Amabilidad | X |

Fuente: Tabla de elaboración propia basado en referencias (11,12,88,102,103,104,105,106,107,108)

De acuerdo a la escala de evaluación de SERVQHOS se evidencia que los ítems peor evaluados en la mayoría de estudios Nacionales e Internacionales son; la falta de información que el médico otorga a los familiares, seguido de la facilidad de llegar al hospital, tiempo de espera para ser atendidos por el médico. Estos ítems han obtenido el puntaje más bajo en los estudios revisados. (Tabla 13)

Cabe señalar que el nivel de satisfacción es variable pero el ítems o categoría que marcan una constate como mejor evaluado en diversos estudios es la amabilidad del personal, el interés del personal por solucionar problemas de los pacientes y la confianza (seguridad) que el personal le transmite al paciente.

Y los ítems peor evaluados por los paciente también en estos estudios son; la falta de información que el médico dá a los familiares, seguido de la facilidad de llegar al hospital, tiempo de espera para ser atendidos por el médico, estos ítems han obtenido el puntaje más bajo y son consideados como insatisfacción.

2.3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Calidad de atención

La calidad de la asistencia sanitaria es asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos que de otra manera es el producto que recibe un paciente que acude a una evaluación en un establecimiento de salud, este producto lleva la el mejor resultado con menores riesgos. (109)

Días de estancia hospitalaria

Número de días determinado de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendido entre la fecha de ingreso y e incluye la fecha de egreso de hospital. (30)

Egreso hospitalario

Referido a la salida de un paciente hospitalizado de los servicios de internamiento del hospital,este egreso puede tener un resultar en una restablecimiento,recuperación o perdida de la salud. (30)

Hospital

Es un establecimiento de salud donde ingresan pacientes que padecen de enfermedades agudas o crónicas o traumatismos, así como gestantes, a los que puede dispensárseles asistencia médica de corta o larga duración, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. El hospital además, puede o no tener servicio de asistencia para pacientes ambulatorios. (30)

Paciente hospitalizado

Es el paciente que ocupa una cama hospitalaria destinada para restablecer o recuperar la salud de una terminada enfermedad cuando esta lo determina. (30)

Tasa de reingreso

Es el retorno del paciente a ser hospitalizado por la misma condición en el mismo establecimiento de salud. (110)

CAPÍTULO III

MARCO FILOSÓFICO

Como categoría y concepto filosófico, el término calidad fue introducido por Aristóteles; desde aquel entonces, esta categoría ha formado una constante del pensamiento filosófico, con los trabajos de Aristóteles sobre el cualitativismo, empezaron los estudios sistemáticos de la calidad. Fue Aristóteles quien llevó a cabo el estudio sistémico de la naturaleza de la calidad, ofreció una clasificación de la calidad, elaboró la estructura jerárquica de la calidad de los objetos materiales e, incluso, propuso el concepto "cualitativo" de la cantidad (Vizguin: 1982), más adelante, la teoría aristotélica fue retomada en los trabajos de Kant y Hegel, Kant explicó el proceso de transición de la calidad interna de los objetos en la calidad externa. Hegel, al igual que Aristóteles, reiteró la primacía de la calidad ante la cantidad, la incorporó en el primer grupo de las categorías del ser y postuló la ley de la transición de los cambios cuantitativos en una nueva calidad. (111) A los dos tipos de la calidad establecidos por Hegel (calidad natural y calidad funcional), Marx agregó uno más: calidad sistémica, esta última hace alusión a que los productos adquieren cualidades de tipo social que reflejan su inclusión en la sociedad. (112)

La corriente filosófica del positivismo se basa en la experiencia y el conocimiento empírico de los fenómenos naturales, "La base del planteamiento consiste en afirmar que todo enunciado o proposición que no se corresponda al simple testimonio de un hecho, no encierra ningún sentido real e inteligible". Así el positivismo busca explicar los hechos por medio de la formulación de sus leyes y es por ello que prescinde de la metafísica. La corriente filosófica del positivismo establece sobre la base de que señalaba la realidad y tendencia constructiva que él reclamó para el aspecto teórico de la doctrina. (112)

Razón por la cual el presente estudio de investigación se enmarca en los postulados de la corriente positivista, que contiene actividades que están sujetas a estudio a través del método científico para entender, analizar interpretar y cambiar a partir de la estructura intelectual, que de cómo resultado un nuevo conocimiento de la realidad de la calidad del servicio de salud en el área de hospitalización. (112,113)

Para abordar el tema de la calidad como categoría filosófica y desde cualquier ángulo implica siempre serios compromisos que ineludiblemente obligan a referirse a los llamados grandes de la calidad, ellos son: Deming, Juran, Feigenbaum, Ishikawa y Crosby, vemos que administradores, gestores, sociedades científicas, foros profesionales, hablan y se interesan por la gestión de la calidad, siendo su concepto general "la satisfacción de las necesidades y expectativas de aquellos, a quienes van dirigidos los productos o servicios", concepto filosófico y general, que es necesario que quien lo provea conozca cuales son las necesidades y expectativas de sus clientes potenciales, sea capaz de diseñar ese producto y servicio de acuerdo con esas necesidades y expectativas. (113)

Actualmente, existe un entendimiento en los ciudadanos y toda al comunidad que el cuidado de la salud de ser de calidad, oportuna, de bajo riesgo y bajo costo social. La calidad no es un concepto estático, es un tema complejo con una multitud de interpretaciones y debe ser considerada en el contexto de un sistema de salud en una sociedad en constante evolución. La calidad de la salud utiliza conceptos desarrollados originalmente en el sector industrial, en los últimos cincuenta años en la Gestión de la Calidad Total, es la adopción de una filosofía empresarial con el objetivo de mejorar el rendimiento del mercado. Sales, indicó que "Esta misma filosofía también puede ser utilizada para mejorar la calidad de la atención prestada por los servicios de salud, críticamente observando si es realmente necesario para la producción de bienes de calidad o, en este caso, los servicios (114).

CAPÍTULO IV

MARCO METODOLÓGICO

4.1.TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación es de diseño no experimental, transversal correlacional (10).

4.2.POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1.Población

Una población es el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones, Las poblaciones deben situarse claramente por sus características de contenido, lugar y tiempo. Es preferible, entonces, establecer con claridad las características de la población, con la finalidad de delimitar cuáles serán los parámetros muestrales (10). La población en estudio corresponde a todos pacientes que egresan mensualmente del Servicio Hospitalización de Medicina del Hospital III DAC ESSALUD en el periodo Diciembre 2019 - Mayo 2020, que cumplen los criterios de inclusión y exclusión.

4.2.2.Muestra

Pocas veces es posible medir a toda la población, por lo que obtenemos o seleccionamos una muestra y, desde luego, se pretende que este subconjunto sea un reflejo fiel del conjunto de la población. Todas las muestras (en el enfoque cuantitativo) deben ser representativas.

Básicamente, categorizamos las muestras en dos grandes ramas: las muestras no probabilísticas y las muestras probabilísticas. En las muestras probabilísticas, todos los elementos de la población tienen la misma posibilidad de ser escogidos para la muestra y se obtienen definiendo las características de la población y el tamaño de la muestra, y por medio de una selección aleatoria o mecánica de las unidades de muestreo/análisis.(10)

– Tamaño de la muestra

La muestra constituye una parte de la población que se selecciona, de la cual se obtiene información de las unidades de estudio y sobre la cual se efectúa la medición y la observación de las variables (115). En este sentido, para estimar el tamaño de la muestra se utilizó, la siguiente fórmula:(115)

$$n = \frac{z^2 NPQ}{\varepsilon^2 N + z^2 PQ} \quad \text{Ecuación 1}$$

Donde:

N = Población total de pacientes (300 según programación)

Z = Confianza Estadística = 1.96 (95%)

p = Probabilidad de éxito 0,06%

q = Probabilidad de fracaso 0,04%

E = Margen de error 0,05 (error)

n = 166 unidades de análisis

– Tipo de muestreo

Aleatorio sistemático, según criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión. Pacientes de ambos sexos hospitalizados en el servicio de Medicina Interna, que consientan de manera informado, libre y voluntaria a participar del estudio.

Criterios de exclusión. Pacientes que cumplen los criterios de inclusión, pero que presentan algún problema de discernimiento que no les permita responder el instrumento de recolección de datos o que manifieste su negativa de participar.

4.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

4.3.1. Identificación de las variables

Variables independientes: Estancia hospitalaria

Definición conceptual : característica de la oferta sanitaria hospitalaria (7) referido a la permanencia de días en el establecimiento de salud

Tasa de reingreso hospitalario

Definición conceptual: es un indicador que mide la eficiencia de un servicio de salud. (7)

Variable dependiente: Satisfacción del paciente hospitalizado

Definición conceptual : medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario. (8), de otro lado es el producto que recibe un paciente y percibe si sus expectativas fueron cubiertas. (9)

Variables de caracterización:Edad, sexo, estado civil, nivel educativo y tipo de seguro

Definición conceptual : Características biológicas y socioeducativas del paciente

4.3.2. Caracterización de las variables Operacionalización

| Variable | Definición operacional | Indicador | Unidad/ Categorías | Escala |
|------------------------------|--|--|---|------------------------|
| Variables independientes | Resultado de una ficha de recolección de datos | Permanencia de días hospitalizado | N° de días | Intervalo |
| Estancia hospitalaria | Resultado de una ficha de recolección de datos | Reingreso | Si-No < 7 días ≥ 7 días | Nominal |
| Tasa de Reingreso | | | | |
| Variable dependiente | Resultado de la diferencia de las expectativas-percepción : gaps | Calidad subjetiva: Percepcion del trato Capacidad asertiva. Capacidad de cumplir con lo que se compromete | Satisfecho Insatisfecho Valoración global | Nominal Ordinal |
| Satisfacción | | Edad Sexo | Años Hombre-Mujer | Intervalo Nominal |
| Variables de caracterización | | Estado civil | Soltero/a Casado/a Viudo/a Conviviente Divorciado/a | Nominal |
| | | Nivel educativo | Analfabeto Primaria Secundaria Superior | Ordinal |
| | | Tipo de seguro | EsSalud Seguro Particular Otro | Nominal |

4.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Técnicas

Se ha utilizado encuestas de validación internacional que han sido aplicados a los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina al momento del alta, además esta información ha sido completada con la información de soporte informático que se encuentra en la sistema del EsSalud ESSI para determinar la estancia y reingreso

4.4.2. Instrumentos

Ficha Técnica : Ficha de recolección de datos de variables independientes

| | | |
|----------------|---|---|
| Nombre | : | Ficha de recolección de datos |
| Autor | : | Investigador principal Flores Valdez,N |
| Año | : | 2019 |
| Objetivo | : | Recoger datos históricos y de filiación del paciente |
| Validación | ; | Dominio de contenido |
| Significancia: | : | El presente instrumento tiene por objeto recoger información sobre los aspectos sociodemográficos y hospitalarios de los pacientes hospitalizados |
| Administración | : | Individual |
| Duración | : | El instrumento se puede aplicar en un tiempo de 10 minutos. |

Evaluadores : El investigador y el personal de apoyo para realizar el trabajo de campo.

Material : Cuadernillo

Validación : Prueba de expertos

Ficha Técnica : Ficha de recolección de datos de variable dependiente

Nombre : Cuestionario de satisfacción SERVQHOS.

Autor : Parasuraman, A., Zeithaml, V. & Berry, L. (116)

Año : 1988

Objetivo : Determinar el grado de satisfacción del usuario de un servicio de hospitalización.

Validación ; Mira JJ, Aranaz J, y col (100)

Significancia: : El presente cuestionario tiene por objeto recoger el grado de satisfacción a través de los aspectos subjetivos y objetivos de la atención de salud que recibió.

Administración : Individual, con una duración de 10 minutos.

Duración : El instrumento se puede aplicar en un tiempo de 10 minutos.

Evaluadores : El investigador y el personal de apoyo para realizar el trabajo de campo.

Material : Cuadernillo.

Validación : Prueba de expertos.

Fiabilidad : Instrumento utilizado y validado para países de habla hispana.

4.5. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

– Análisis estadístico descriptivo

Se realizó un primer control de calidad de los datos seleccionando de manera aleatoria a las fichas de recolección donde se ingreso la data. Posteriormente, los datos fueron ingresados al programa Microsoft Excel 2010, donde se realizó el segundo control de calidad (filtración y depuración de datos incongruentes o ausentes).

La base de datos fue ingresada al programa estadístico Stata v11.1 (StataCorp USA Texas), donde se realizó la re-categorización de las siguientes variables independientes: los días de estancia hospitalaria se recategorizaron en estancia hospitalaria de 1 a 5 días, de 6 a 11 días y de 12 días a más ; los días transcurridos hasta el reingreso hospitalario fueron dicotomizados en la variable reingreso (si/no). Para manejo de la variable dependiente; (satisfacción del paciente hospitalizado) cuya clasificación original fue nada satisfecho, poco satisfecho, satisfecho y muy satisfecho, se genero la variable dicotómica satisfacción (si/no).

– Análisis estadístico inferencial

Se realizó el análisis descriptivo de las variables cualitativas, reportándose sus frecuencias y porcentajes. En el caso de las variables cuantitativas, se evaluó la normalidad mediante la prueba estadística Shapiro Wilk, determinando la distribución de los datos (normal o no normal). Para el caso de las variables con distribución normal, se reportaron

su media y desviación estándar (DS); para las variables con distribución no normal, se reportaron su mediana y rangos intercuartílicos (RI).

Se describieron las características sociodemográficas de edad, sexo, diagnóstico de ingreso, diagnóstico de egreso, número de diagnósticos de ingreso así como el número de diagnósticos de egreso por paciente según clasificación CIE 10x, se realizaron gráficos y tablas mostrar su distribución para el estudio.

Para las variables del estudio independientes como estancia hospitalaria y reingreso hospitalario (en días) se realizó evaluación de la normalidad de cada una y su relación con las características sociodemográficas.

Para la variable dependiente, en primer lugar se evaluó la dimensión de la calidad objetiva y subjetiva y posteriormente se utilizó la prueba de correlación de Rho de Spearman para establecer asociación de calidad con satisfacción global.

Se realizó el análisis bivariado entre las variables estancia hospitalaria, reingreso hospitalario y la satisfacción del paciente hospitalizado .Con previa evaluación de la normalidad para cada variable independiente y valoración de sus supuestos. Para la asociación entre las variables independientes – dependientes, se calcularon los valores esperados, de acuerdo a lo cual, se utilizó la prueba de Chi cuadrado (si < 20% de los valores esperados eran menores de 5) o el test exacto de Fisher (si > 20% eran menores de 5).

Luego se realizó en análisis multivariado, por medio del método de análisis de regresión binaria, para significancia estadística y establecer los riesgos relativos RR de aquellas variables con valor $p < 0.05$, así como sus intervalos de confianza al 95 (IC95%).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

- Características de la muestra de estudio

Tabla 14

Pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020, según grupo etario

| Grupo etario | N° | % |
|--------------------|-----|-------|
| Menores de 59 años | 67 | 40,4 |
| De 60 a 79 años | 76 | 45,8 |
| Mayores de 80 años | 23 | 13,8 |
| Total | 166 | 100,0 |

Fuente: base de datos

Interpretación

El grupo etario de 60 a 79 años representa al 45,8 % de los pacientes del estudio, éste es el grupo más representativo, el grupo etario de menores de 59 años está conformado por 40,4 % de los evaluados y representa el segundo grupo etario más importante. (Tabla 14)

Tabla 15

Descriptivos de la edad de los pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

| | N° |
|-----------------------|------------|
| Media | 61,22 |
| Mediana | 63 |
| Rango intercuartilico | de 49 a 74 |
| Sesgo | -0,49 |
| Curtosis | 2,83 |
| Shapiro Wilk | $p= 0,008$ |

Fuente: base de datos

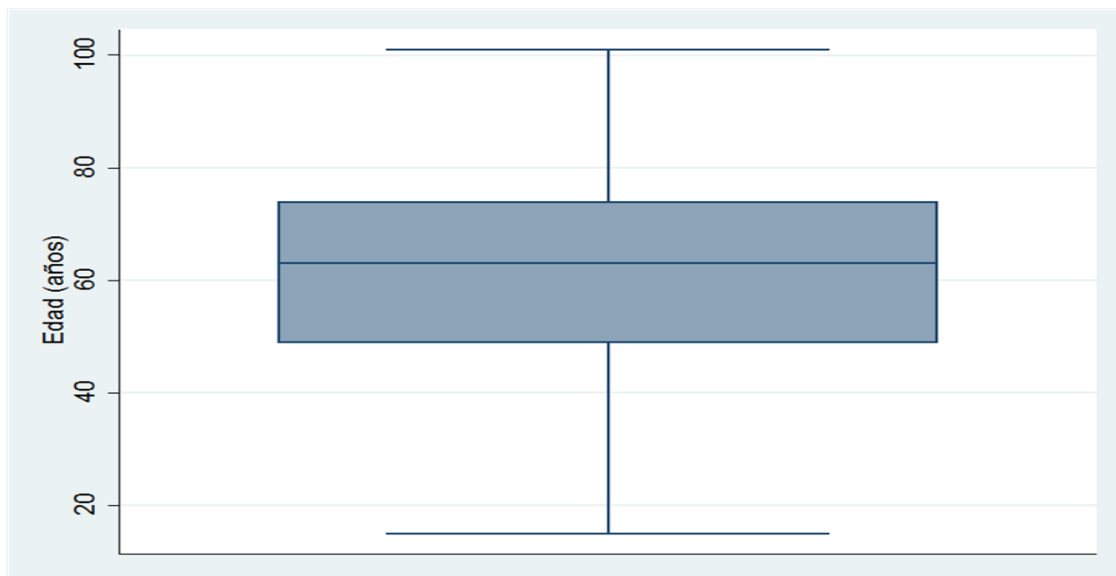


Figura 3. Diagrama de caja y bigotes de la variable edad

Fuente: base de datos

Interpretación

La mediana de la edad de los evaluados que fue de 63 años (rango intercuatílico: 49-74 años), la cual tuvo una distribución no normal, evaluada mediante métodos gráficos y estadísticos. (Tabla 15)

En la Figura 3 se puede observar la distribución de los datos de la variable edad de los pacientes evaluados, la menor edad fue 15 años y la mayor edad fue 101 años, siendo la mediana de 63 años

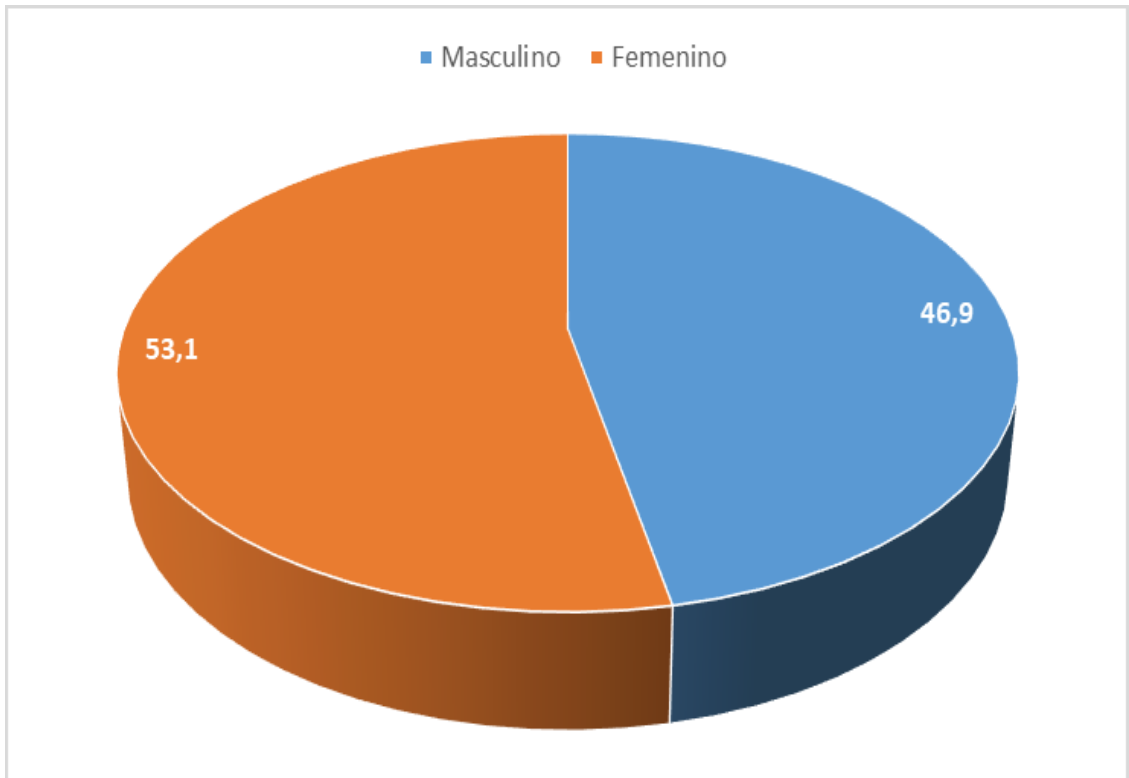


Figura 4. Pacientes hospitalizados.Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020, según sexo

Fuente: base de datos

Interpretación

El 53,1% de los pacientes hospitalizados y motivo del estudio fueron del sexo femenino, siendo el grupo mayoritario y 46,9 % de los pacientes del estudio fueron del sexo masculino.

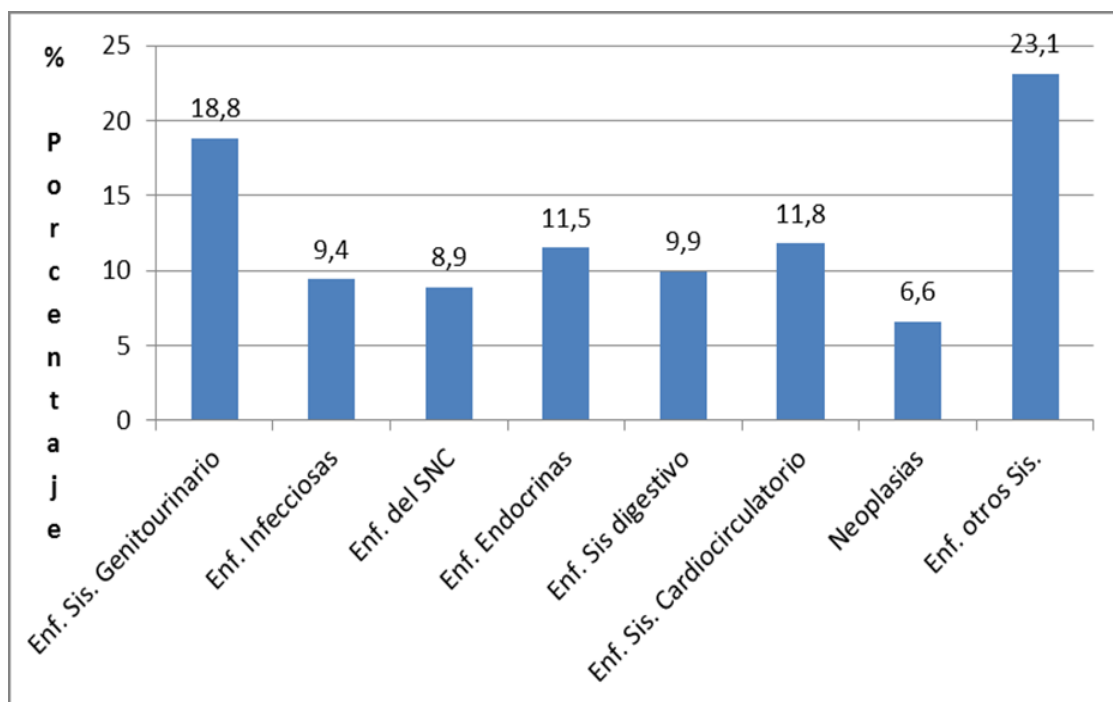


Figura 5. Diagnósticos de ingreso agrupados según CIE 10 de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

El 18,8 % de los pacientes hospitalizados ingresaron con los diagnósticos de enfermedades del sistema genitourinario, 11,8 % con los diagnóstico de enfermedades del sistema cardiocirculatorio. Ambos representan el 30,6 % del total de los diagnósticos de ingreso. (Figura 5)

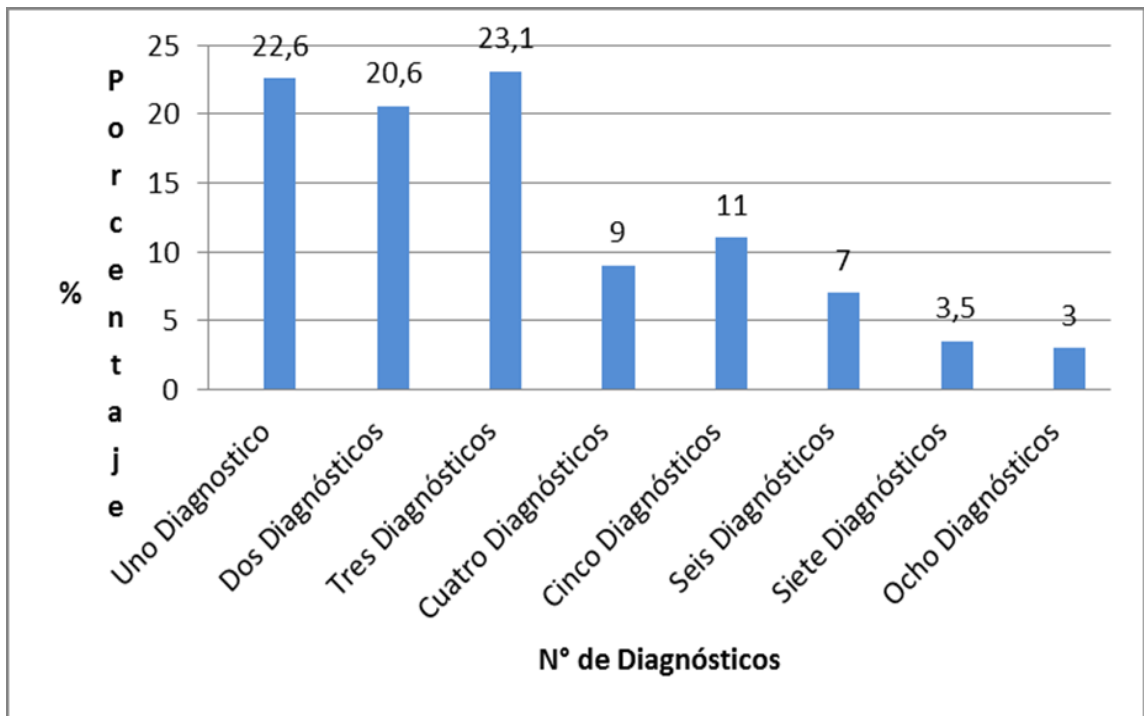


Figura 6. Frecuencia de los diagnósticos de ingreso por paciente que ingreso a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

Pacientes portadores de tres diagnósticos fueron los más frecuentes al momento del ingreso con 23,1 %, el 77,2 % de los pacientes han ingresado a hospitalizarse con más de un diagnóstico y solamente 22,6 % de los pacientes tuvieron un solo diagnóstico al momento del ingreso. (Figura 6)

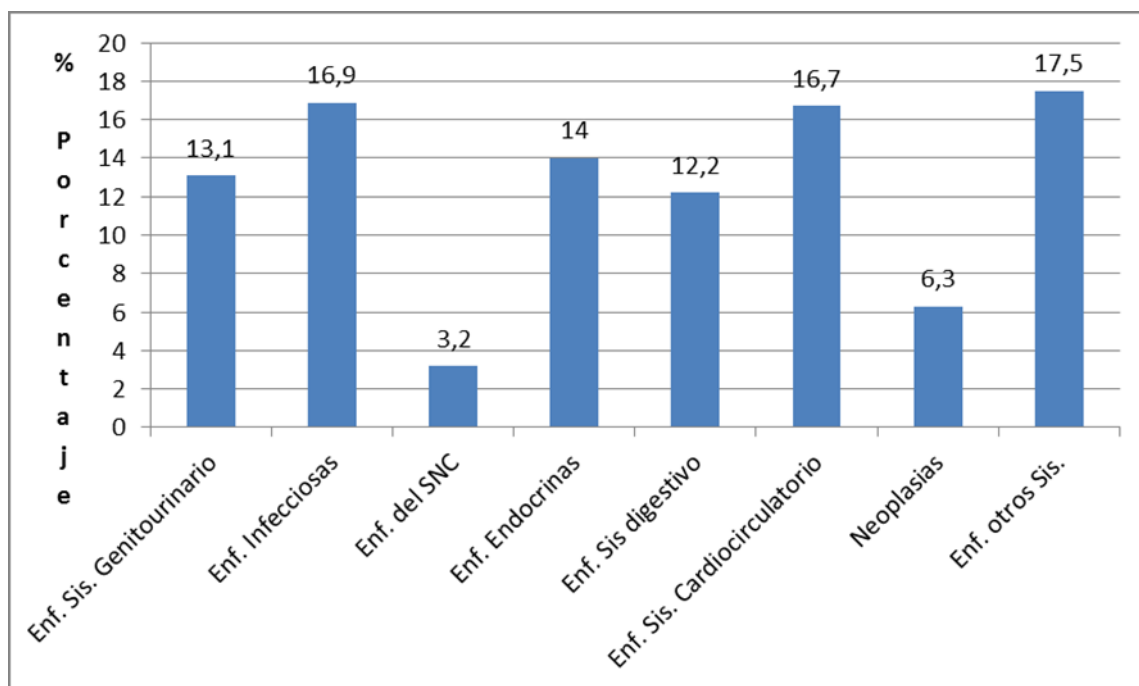


Figura 7. Diagnósticos de egreso agrupados según sistema CIE10 de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión. Essalud Tacna.2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

Los pacientes con diagnósticos de enfermedades infecciosas y del sistema cardiocirculatorio representan el 16,9 % y 16,7 % respectivamente y son los que tuvieron mayor frecuencia en nuestro estudio, ambos grupos representan más del 30 % del total de los diagnósticos de los pacientes egresados. (Figura 7)

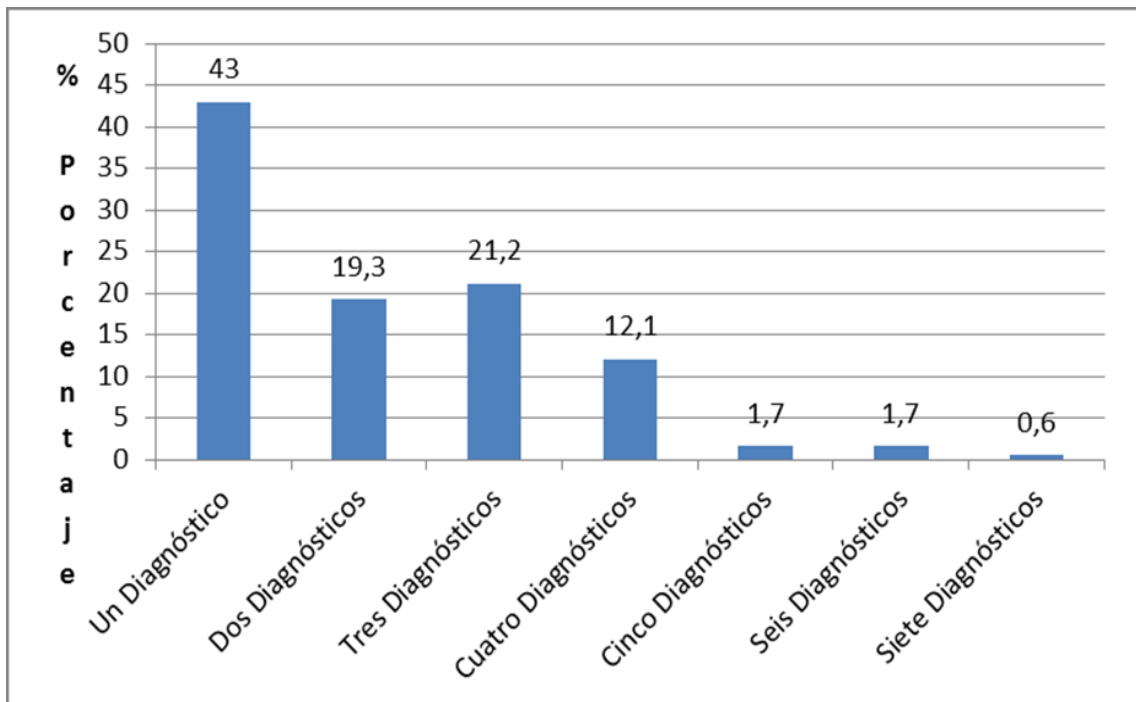


Figura 8. Frecuencia del número de diagnósticos de egreso de los pacientes hospitalizados, clasificados según CIE 10. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

El 43 % de los pacientes evaluados que egresaron de hospitalización tuvieron un solo diagnóstico, el 57 % de los pacientes hospitalizados al momento del egreso tuvieron más de un diagnóstico. (Figura 8)

– Estancia hospitalaria

Tabla 16

Estancia Hospitalaria en intervalo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna 2019-2020

| Estancia hospitalaria | N° | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Hasta 5 días | 54 | 32,5 |
| De 6 a 11 días | 65 | 39,2 |
| De 12 a más días | 47 | 28,3 |
| Total | 166 | 100,0 |

Fuente: base de datos

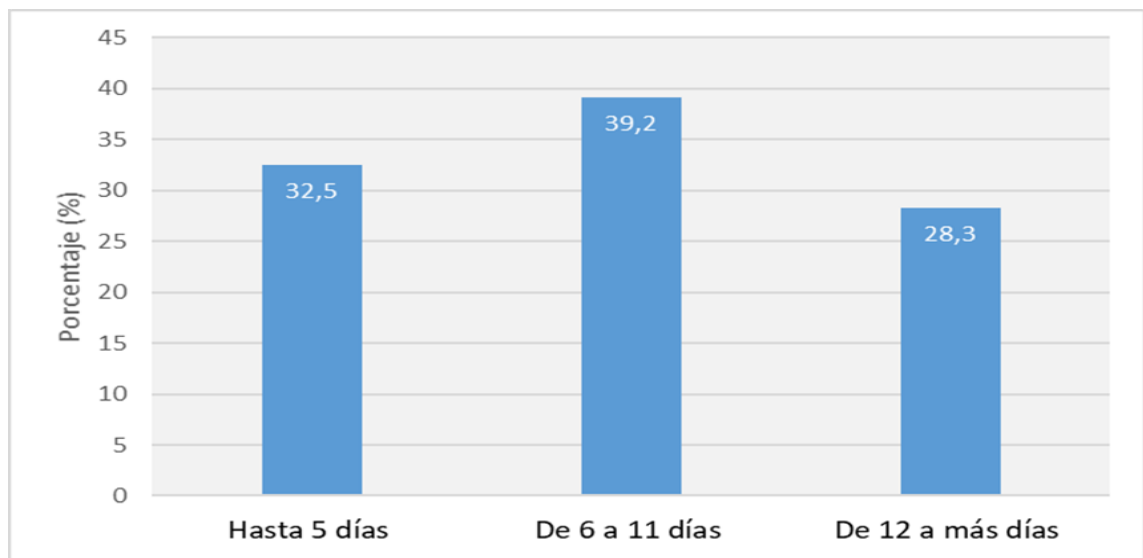


Figura 9. Estancia Hospitalaria en intervalo por días de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

Fuente: Tabla 14

Interpretación

El 39,2 % de los pacientes hospitalizados del estudio permanecieron de 6 a 11 días hospitalizados, seguido por 32,5 % de los paciente con un tiempo menor de 5 días, en este sentido el 71,7 % de los pacientes hospitalizados tuvieron una estancia hospitalaria menor de 11 días. (Tabla 16 y Figura 9)

Tabla 17

Características de la estancia hospitalaria en días de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna . Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

| Días de estancia hospitalaria | Descriptivo |
|-------------------------------|-------------|
| Media | 10,17 |
| Mediana | 8 |
| Rango intercuartílico | 4 -12 |
| Sesgo | 2,42 |
| Curtosis | 9,9 |
| Shapiro Wilk | $P < 0,001$ |

Fuente: base de datos

Interpretación

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 días (rango intercuartílico: 4-12 días de estancia hospitalaria), la cual tuvo una distribución no normal, evaluada mediante métodos gráficos. (Tabla 17) (Anexo 2)

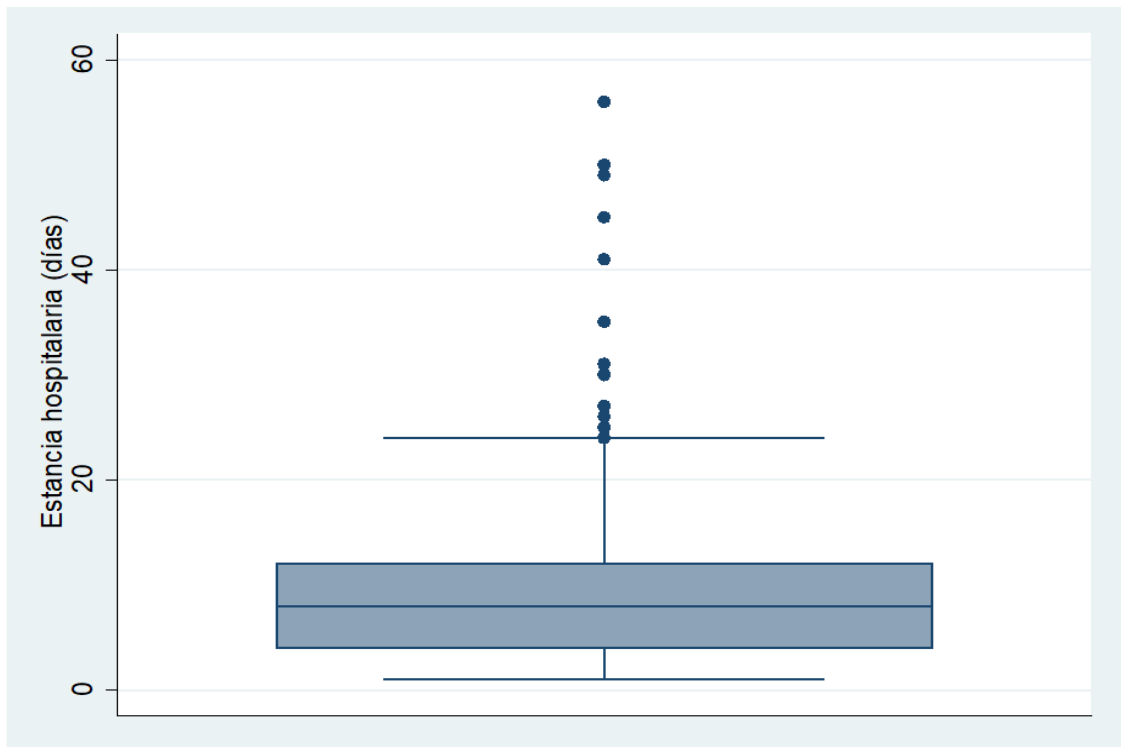


Figura 10. Diagrama de caja y bigotes de la Estancia Hospitalaria en días de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Interpretación

Se evidencia que el 50 % de los pacientes tuvieron una estancia hospitalaria entre 4 y 12 días, con una mediana de 8 días con un mínimo de 1 día y un máximo de 56 días de estancia hospitalaria, observándose valores extremos (outliers). (Figura 10)

– Tasa de reingreso hospitalario

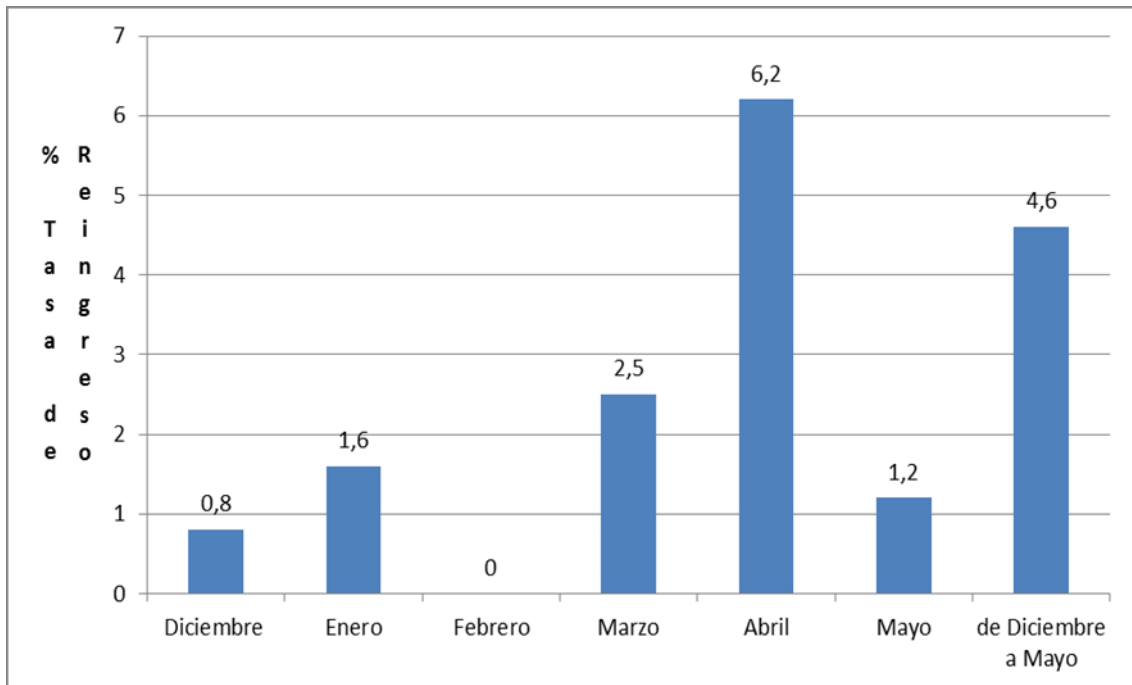


Figura 11. Tasa de Reingreso Hospitalario por mes de estudio y Tasa de Reingreso de diciembre a mayo. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

Interpretación

La tasa de de reingreso hospitalario no programado más alta fue en el mes de abril con 6,2 % y la más baja fue en el mes de febrero con 0 %, siendo la tasa del periodo de estudio de diciembre a mayo de 4,6 %. (Figura 11)

Tabla 18

Características de los pacientes que reingresaron a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

| Reingreso | Descriptivo |
|---------------------|-------------|
| Media | 14,43 |
| Desviación estándar | ±8,07 |
| Mediana | 14 |
| Sesgo | 0,52 |
| Curtosis | 2,55 |
| Shapiro Wilk | $P= 0,179$ |

Fuente: base de datos

Interpretación

La variable reingreso tiene una distribución de datos normal, con una media de 14,3 y una desviación estandar de +/- 8,0 días. (Tabla 18)

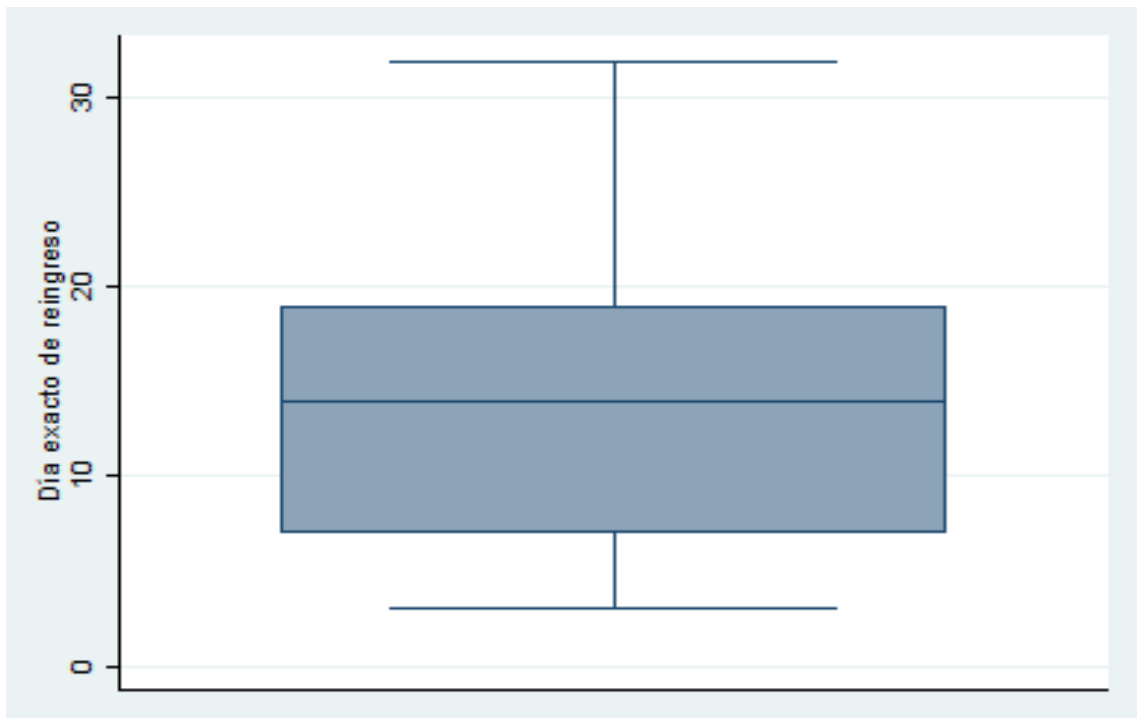


Figura 12. Diagrama de caja y bigotes del día exacto de reingreso hospitalario no programado. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

La Figura 12 corresponde al diagrama de cajas y bigotes de la variable días de reingreso que corresponde a un total de 30 pacientes que reingresaron, (18,1 % de los 166 pacientes evaluados) de los cuales tuvieron un mínimo de 3 días y un máximo de 32 días de reingreso, siendo la mediana de 14,4 días de reingreso.

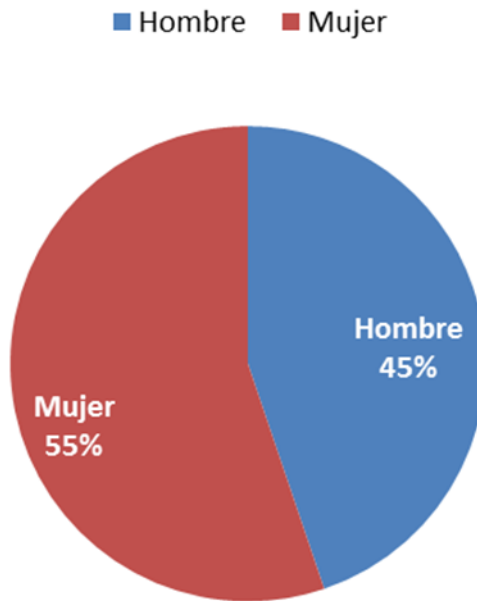


Figura 13. Sexo de los pacientes que reingresaron a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

El mayor número de pacientes que reingresaron indistintamente de la edad fueron las pacientes mujeres con 55 % de los 30 pacientes que reingresaron. (Figura 13)

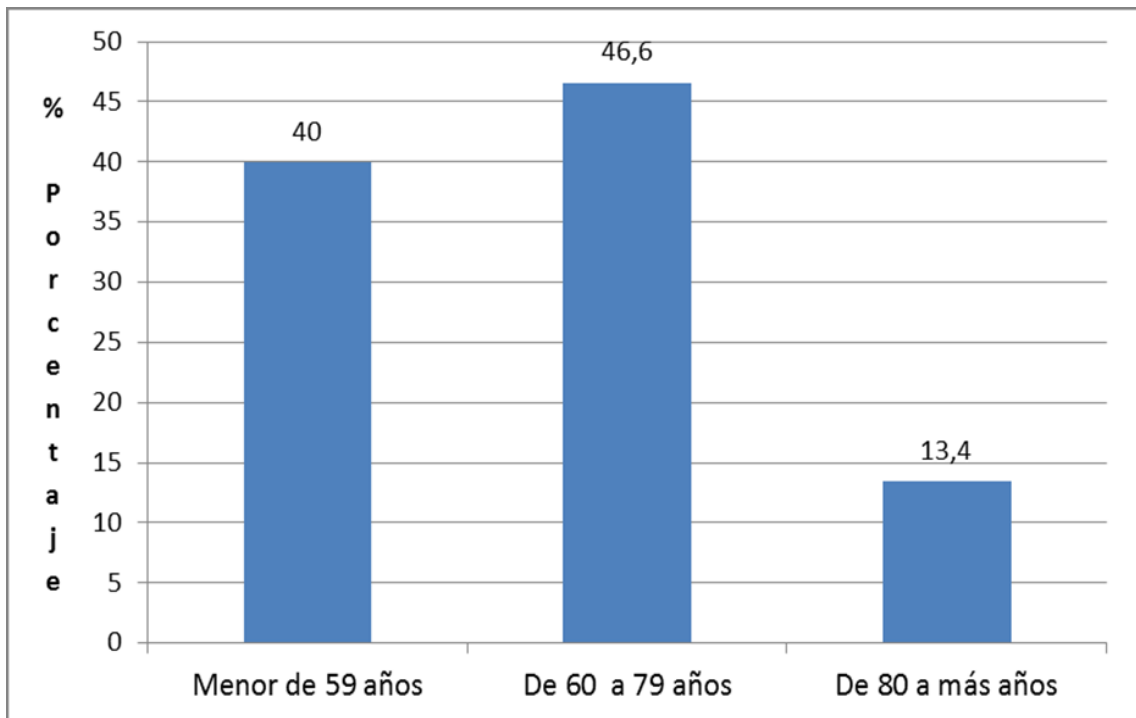


Figura 14. Grupo etario de los pacientes que reingresaron a hospitalizarse. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

Los pacientes de población geriátrica fueron los que más reingresaron, siendo el grupo de 60 a 79 años el grupo más frecuente con 46,6 %, y los pacientes de 80 a más años con un 13,4 %. (Figura 14)

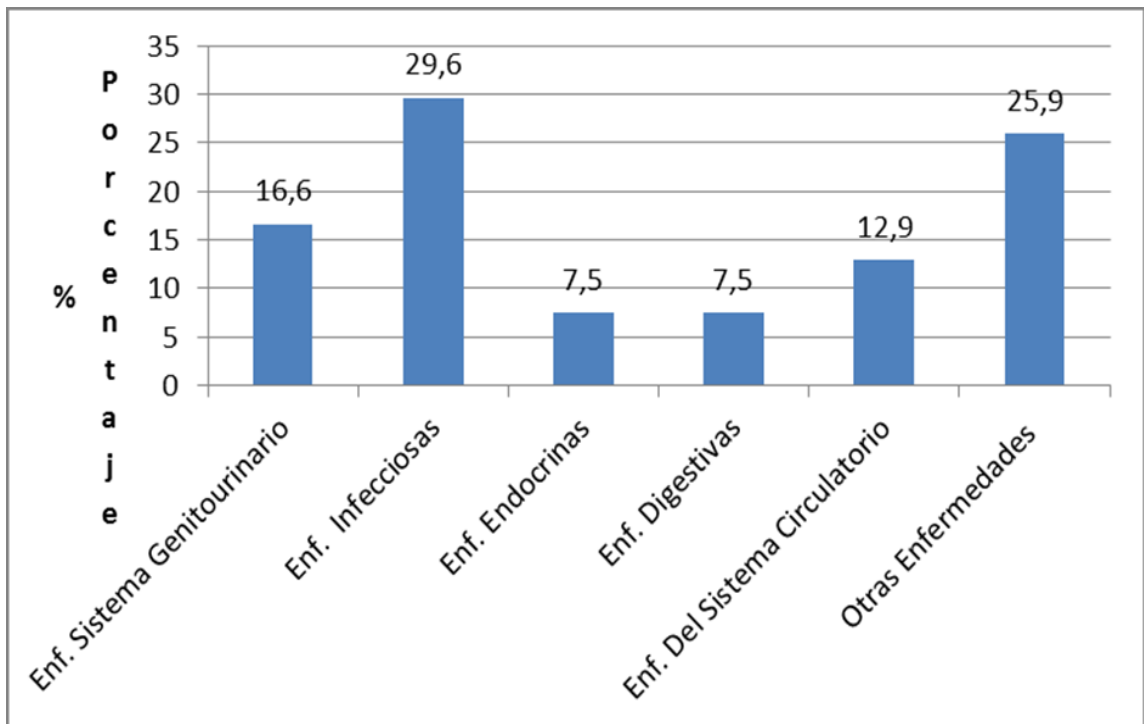


Figura 15. Diagnósticos de reingreso de los pacientes hospitalizados, clasificación CIE 10 . Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna. 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

El 29,6 % de los pacientes que reingresaron tuvieron como enfermedad de mayor frecuencia al grupo de las enfermedades infecciosas, y un 16,6 % de los pacientes que reingresaron presentaron enfermedades del sistema genitourinario. (Figura 15)

– Satisfacción del paciente hospitalizado

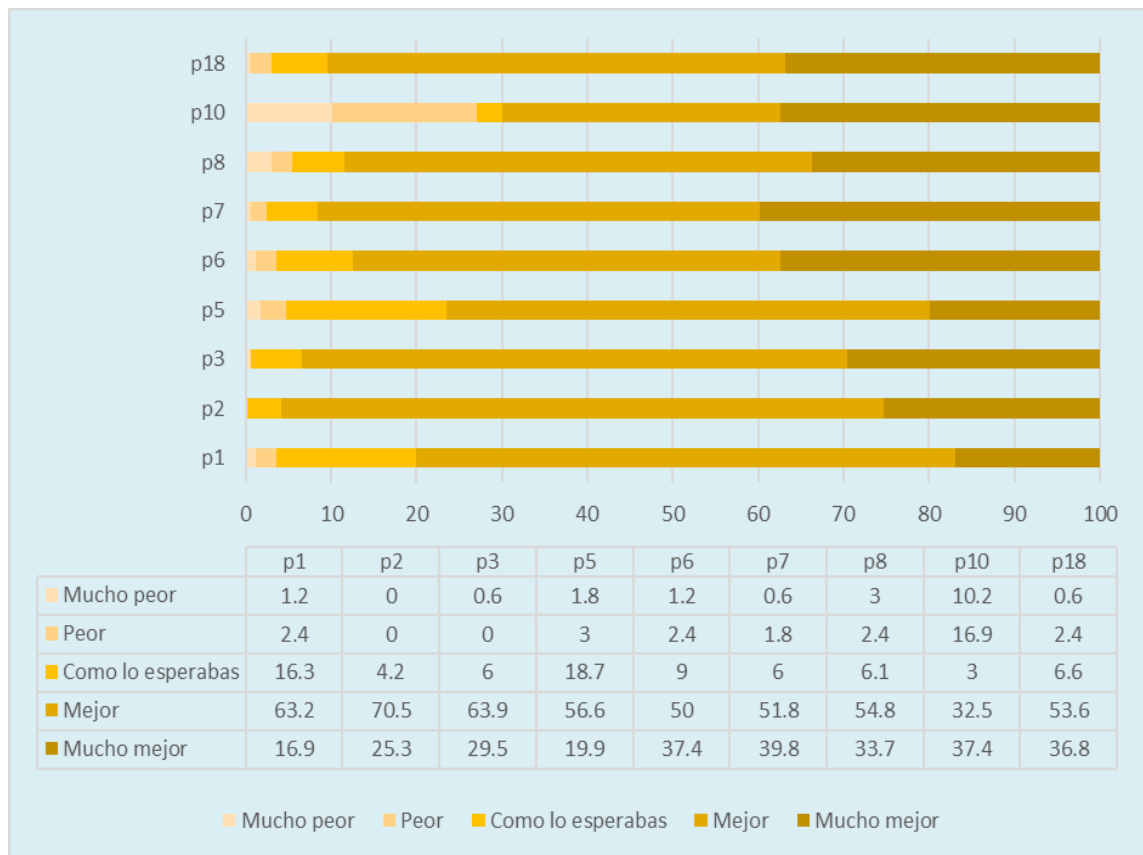


Figura 16. Percepción de la Dimensión de la Calidad Objetiva de los pacientes. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

La percepción de los pacientes sobre el tiempo que el médico le ha dedicado a la visita médica ha sido considerada como mucho mejor de lo que esperaba con un 39,8 % de los pacientes evaluados, la apariencia del personal fue considerada como mejor de lo que esperaba por el 70,5 % de los pacientes, el 18,7 % de los pacientes percibieron que el estado de las habitaciones del hospital fueron como las esperaba, y el 16,9 %y 10,2 % de los pacientes del

estudio señalaron que no recordaban el nombre del médico que los atendió en la hospitalización por lo tanto, fue peor y mucho peor de lo que esperaban respectivamente. (Figura 16) (Anexo 5)

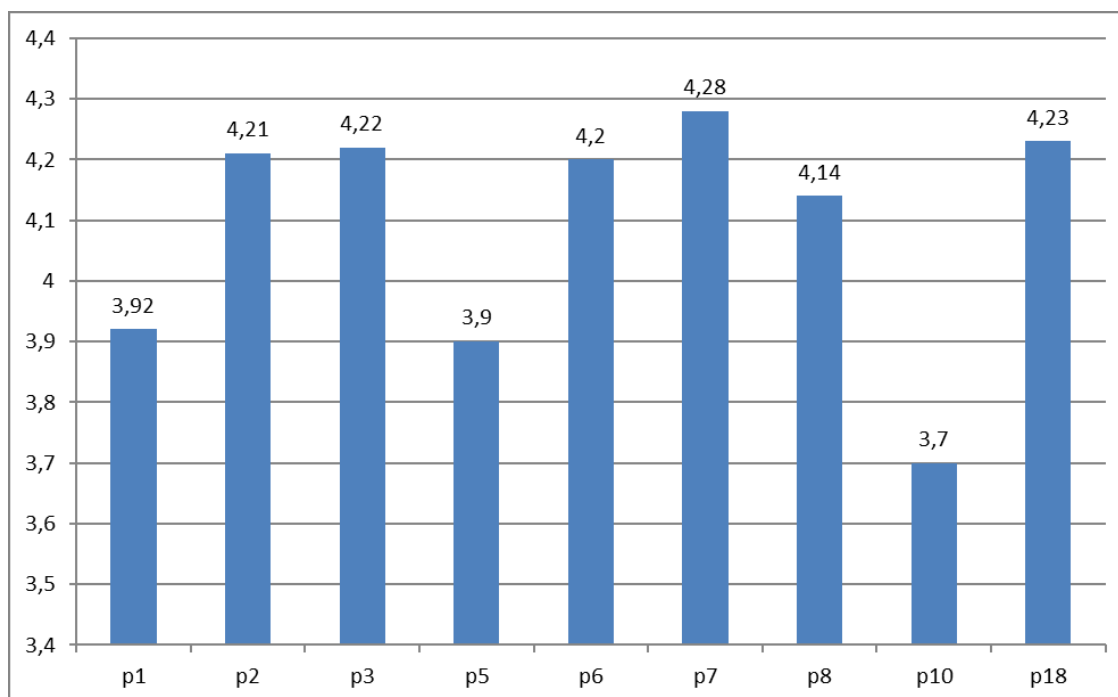


Figura 17. Media de los ítems de la dimensión calidad objetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

La media de la dimensión calidad objetivo fue 4,09 observándose que el ítem o categoría con mayor promedio fue el tiempo que el médico dedicó a la visita médica con un valor 4,28. Sin embargo, cuando se pregunta si recuerda el nombre del médico que le pasó visita durante su estancia hospitalaria este tuvo el valor más bajo con 3,7. (Figura 17) (Anexo 5).

– Calidad subjetiva

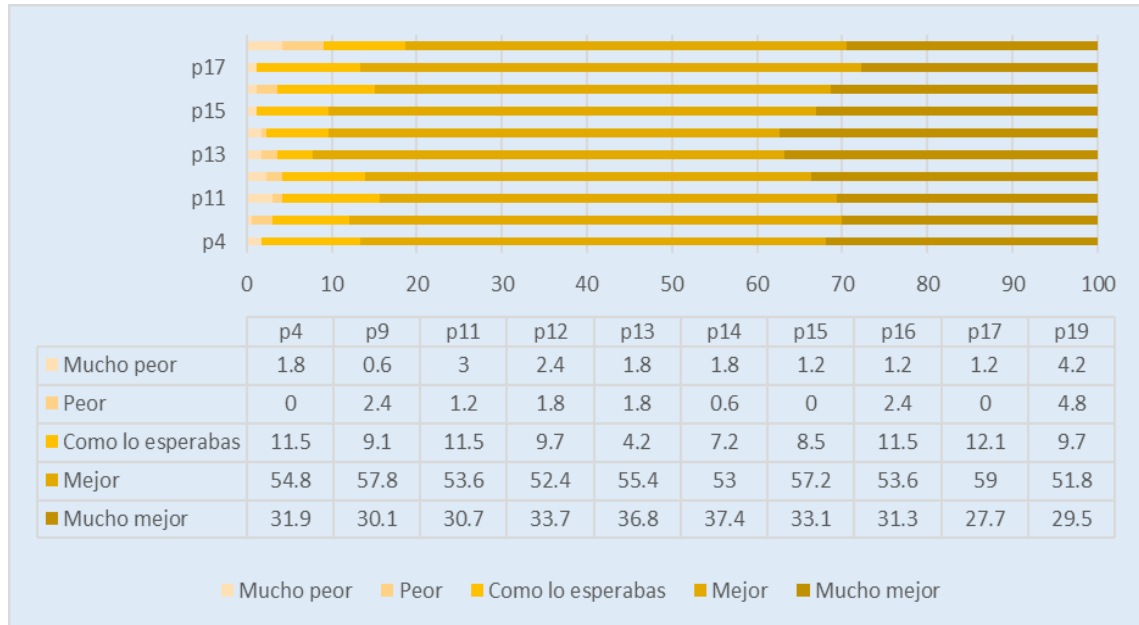


Figura 18. Percepción de la Dimensión de la Calidad Subjetiva de los pacientes hospitalizados Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

La percepción de los pacientes del estudio en un 37,4 % de ellos consideran que la amabilidad (cortesía) del personal en su trato con ellos fue mucho mejor de lo que esperaba, el 59 % de los evaluados manifestaron tener una percepción que la capacidad del personal para comprender lo que necesitaban durante su hospitalización y por lo tanto, fue mejor de lo que esperaban, el 4,8 % y 4,2 % de los pacientes entrevistados señalaron que el interés por el personal de enfermería fue peor y mucho peor de lo que esperaban respectivamente. (Figura 18) (Anexo 4)

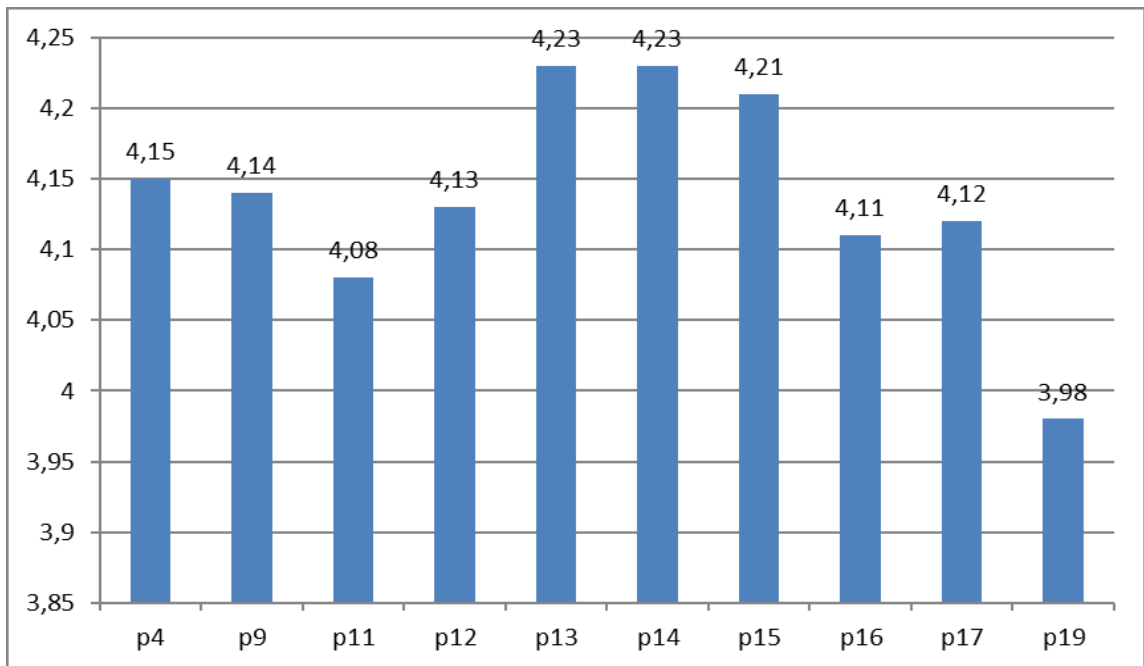


Figura 19. Media de los ítems de la Dimensión de la Calidad Subjetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

La media de la dimensión calidad subjetiva fue 4,14 observándose que los ítems con mayor promedio fueron; la confianza (seguridad) que trasmite el médico tratante a los pacientes y la amabilidad (cortesía) del personal en su trato con ellos, ambos con un promedio de 4,23 es decir el 53 % de los evaluados tuvieron esta percepción. Sin embargo, cuando se les pregunta sobre la percepción del interés del personal de enfermería por los pacientes este tuvo el valor más bajo con un promedio de 3,9 es decir; un 4,2% consideraron como mucho peor de lo que esperaban. (Figura 19) (Anexo 4)

Tabla 19

Percepción de los pacientes sobre el nivel de satisfacción global de los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna, 2019-2020

| | N° | % |
|-----------------|-----|-------|
| Nada Satisfecho | 3 | 1,8 |
| Poco Satisfecho | 31 | 18,7 |
| Satisfecho | 122 | 73,5 |
| Muy Satisfecho | 10 | 6,0 |
| Total | 166 | 100,0 |

Fuente: Cuestionario

Interpretación

Sobre la percepción de la satisfacción global de los pacientes hospitalizados del estudio un 73,5 % de ellos manifestaron percibir como satisfecho por el servicio recibido y 6,0 % como una alta satisfacción. (Tabla 19)

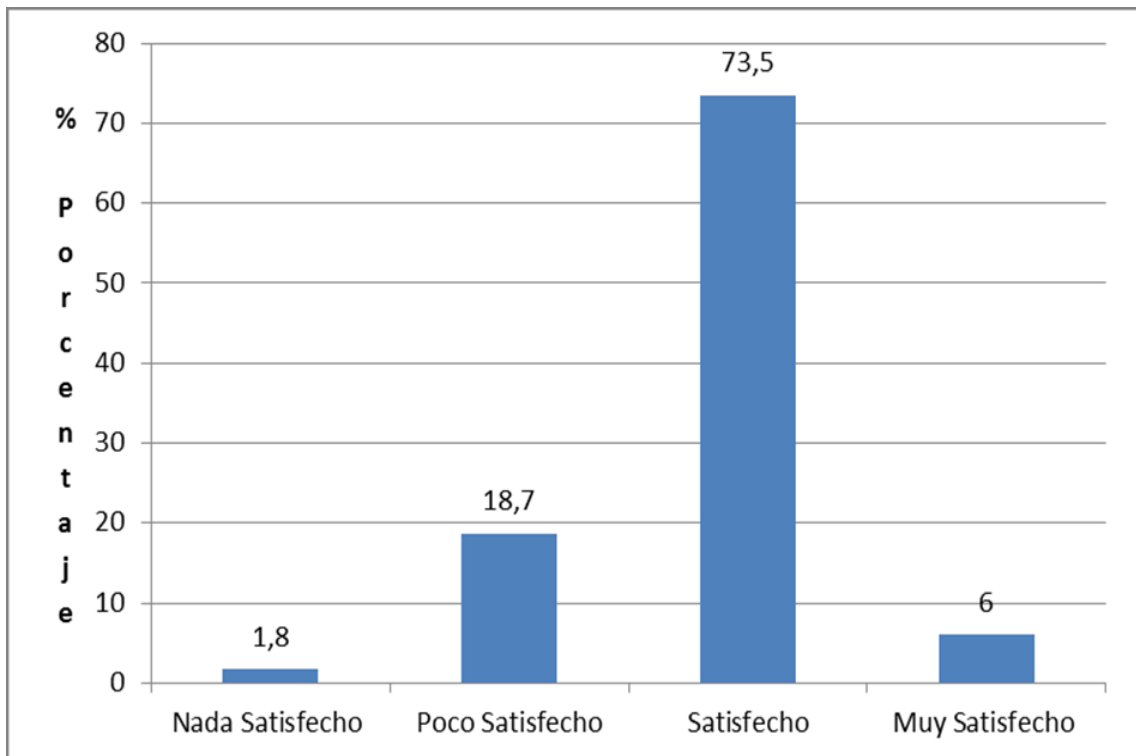


Figura 20. Percepción de paciente sobre el nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que han recibido durante su estancia en el hospital. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Fuente: base de datos

Interpretación

Se encontró que la satisfacción global de los cuidados sanitarios otorgados a los pacientes del estudio fue percibido como satisfecho y muy satisfecho con 73,5 % y 6 % respectivamente y como poco y nada satisfecho por 18,7 % y 1,8 % respectivamente. (Figura 20)

– Contraste de hipótesis

– **Prueba de la hipótesis general**

La estancia hospitalaria y la tasa de reingreso están relacionadas con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

Hipótesis estadísticas

H_0 : La estancia hospitalaria y la tasa de reingreso no están relacionados con la satisfacción de los pacientes hospitalizados.

H_1 : La estancia hospitalaria y la tasa de reingreso están relacionados con la satisfacción de los pacientes hospitalizados..

Estadístico: Modelo de regresión logística binaria

Decisión: Si la significación presenta un valor inferior a 0,05, se rechaza la H_0 y se acepta la alterna, por el contrario, si el valor es mayor a 0,05 no se rechaza la H_0 .

Tabla 20

Variables de exposición y la satisfacción del paciente hospitalizado. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna.2019-2020

| Variables | Satisfacción f(%) | | Valor p * |
|---------------------------------------|-------------------|-----------|-----------|
| | No | Si | |
| Sexo | | | |
| Masculino | 16 (20,5) | 62 (79,5) | 0,993 |
| Femenino | 18 (20,5) | 70 (79,5) | |
| Grupo etáreo | | | |
| Menores de 59 años | 12 (17,9) | 55 (82,1) | 0,187 |
| De 60 a 79 años | 14 (18,4) | 62 (81,6) | |
| Mayores de 80 años | 8 (34,8) | 15 (65,2) | |
| Estancia hospitalaria agrupada | | | |
| Menor igual a 5 días | 7 (12,9) | 47 (87,1) | 0,021 |
| De 6 a 11 días | 11 (16,9) | 54 (83,1) | |
| Mayor igual a 12 días | 16 (34,1) | 31 (65,9) | |
| Reingreso | | | |
| No | 26(19,1) | 110(80,9) | 0,354 |
| Si | 8(26,7) | 22(73,3) | |

*Valor p obtenido mediante Chi cuadrado
Fuente: base de datos

Interpretación

Se observa que los pacientes mayores de 80 años el 65,2 % refería estar satisfecho/muy satisfecho. De los pacientes con estancia hospitalaria mayor igual a 12 días el 65,9 % manifestó estar satisfecho. Al realizar la comparación de proporciones mediante la prueba estadística Chi cuadrado se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,021$) entre la estancia hospitalaria agrupada y la satisfacción del paciente hospitalizado. Se consideró una mayor satisfacción a los pacientes que referían estar satisfecho y muy satisfecho. (Tabla 20)

Tabla 21

Análisis bivariado y multivariado para contrastar la hipótesis general. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

| Variables | Análisis bivariado | | Análisis multivariado* | |
|---------------------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|---------|
| | OR crudo (IC95%) | Valor p | OR ajustado (IC95%) | Valor p |
| Sexo | | | | |
| Masculino | Categoría de comparación | | No ingresó al modelo | |
| Femenino | 1,00 (0,47 - 2,14) | 0,993 | | |
| Grupo etéreo | | | | |
| Menores de 59 años | Categoría de comparación | | Categoría de comparación | |
| De 60 a 79 años | 0,97 (0,41 - 2,27) | 0,937 | 0,79 (0,32 - 1,96) | 0,614 |
| Mayores de 80 años | 0,41 (0,14 - 1,18) | 0,099 | 0,28 (0,08-0,88) | 0,030 |
| Estancia hospitalaria agrupada | | | | |
| Menor igual a 5 días | Categoría de comparación | | Categoría de comparación | |
| De 6 a 11 días | 0,73 (0,26 - 2,04) | 0,549 | 0,65 (0,23 - 1,88) | 0,428 |
| Mayor igual a 12 días | 0,29 (0,11 - 0,78) | 0,015 | 0,23 (0,08 - 0,67) | 0,007 |
| Reingreso hospitalario | | | | |
| No | Categoría de comparación | | Categoría de comparación | |
| Si | 0,65 (0,26 - 1,62) | 0,356 | 0,86 (0,32- 2,29) | 0,76 |

OR: Odds ratio, IC95%: Intervalo de confianza al 95%

*Se calculó el OR mediante el modelo de regresión logística binaria, ajustando el modelo en el análisis multivariado por las variables reingreso, grupo etéreo y estancia hospitalaria

Fuente: base de datos

Al realizar el contraste de hipótesis general mediante el modelo de regresión logística binaria, no se encontró asociación estadísticamente significativa entre el reingreso hospitalario y la satisfacción del paciente, sin embargo se observó que los pacientes que reingresaron tuvieron 14 % menos satisfacción que los pacientes que no reingresaron. (Tabla 21)

En los pacientes mayores de 80 años tuvieron 72 % menos de satisfacción, en comparación con los menores de 59 años.

Adicionalmente los pacientes con estancia hospitalaria de 12 días a más tuvieron 77 % menos satisfacción que los pacientes de una estancia hospitalaria menor igual a cinco días.

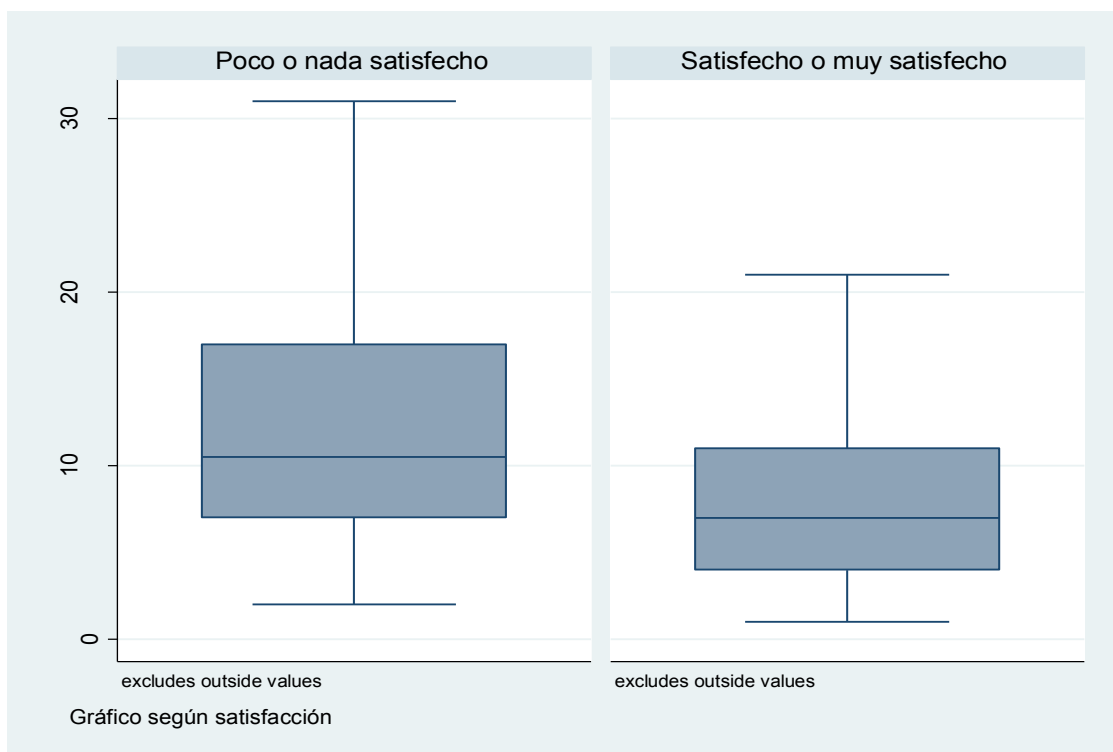


Figura 21. Diagrama de caja y bigotes de la Estancia Hospitalaria según satisfacción del paciente hospitalizado. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna. 2019-2020

Fuente: base de datos

Los pacientes con menores días de estancia hospitalaria se observa una mejor satisfacción, evidenciándose que la mediana de estancia hospitalaria en días de los pacientes nada o poco satisfechos fue 11 días y la mediana de los pacientes satisfechos y muy satisfechos fue de 7 días. (Figura 21)

– **Prueba de la hipótesis específica 1**

La tasa de reingreso se relaciona significativamente con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

Hipótesis estadísticas

H_0 : La tasa de reingreso no se relaciona significativamente con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

H_1 : La tasa de reingreso se relaciona significativamente con la satisfacción de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión ESSALUD Tacna en el periodo de diciembre 2019 a mayo 2020.

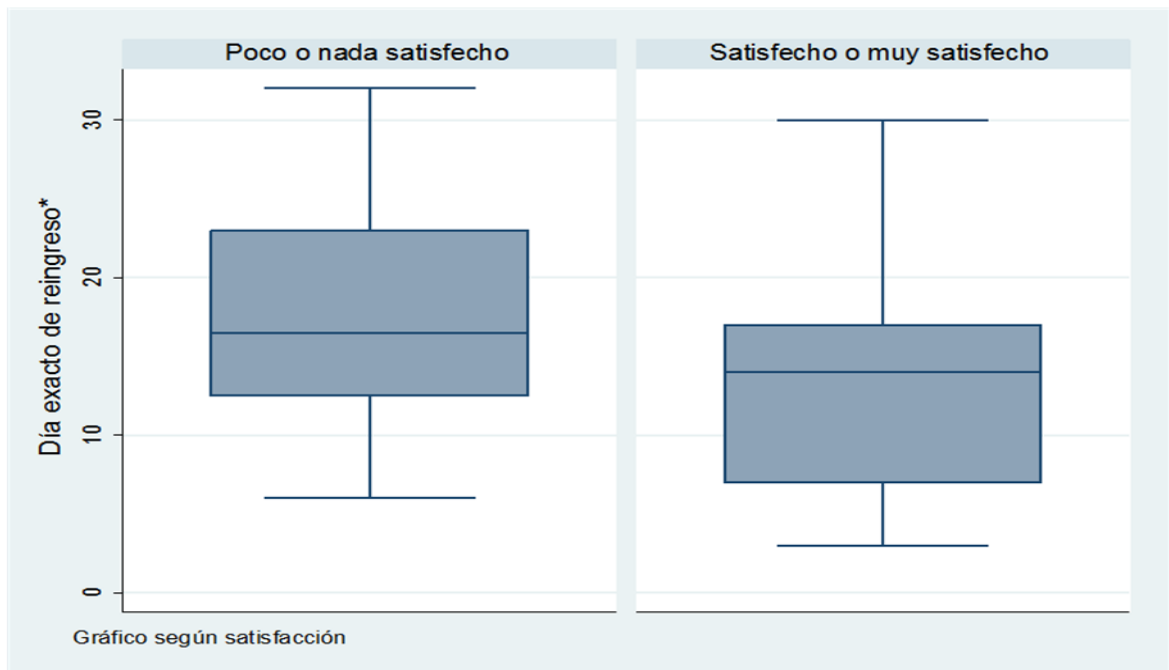


Figura 22. Diagrama de caja y bigotes del día exacto de reingreso según satisfacción de los pacientes hospitalizados. Servicio de Medicina Interna. Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020.

Fuente: base de datos

La mediana de los días exactos de reingreso no programado en los pacientes poco o nada satisfechos es 17 días y la mediana de los pacientes satisfechos o muy satisfechos es de 14 días basado en los 30 pacientes que reingresaron. (Figura 22)

La asociación entre el reingreso y la satisfacción de paciente hospitalizado no se encontró relación entre estas variables. $0,86(0,332-2,29)$ p $0,760$. (Tabla 8)

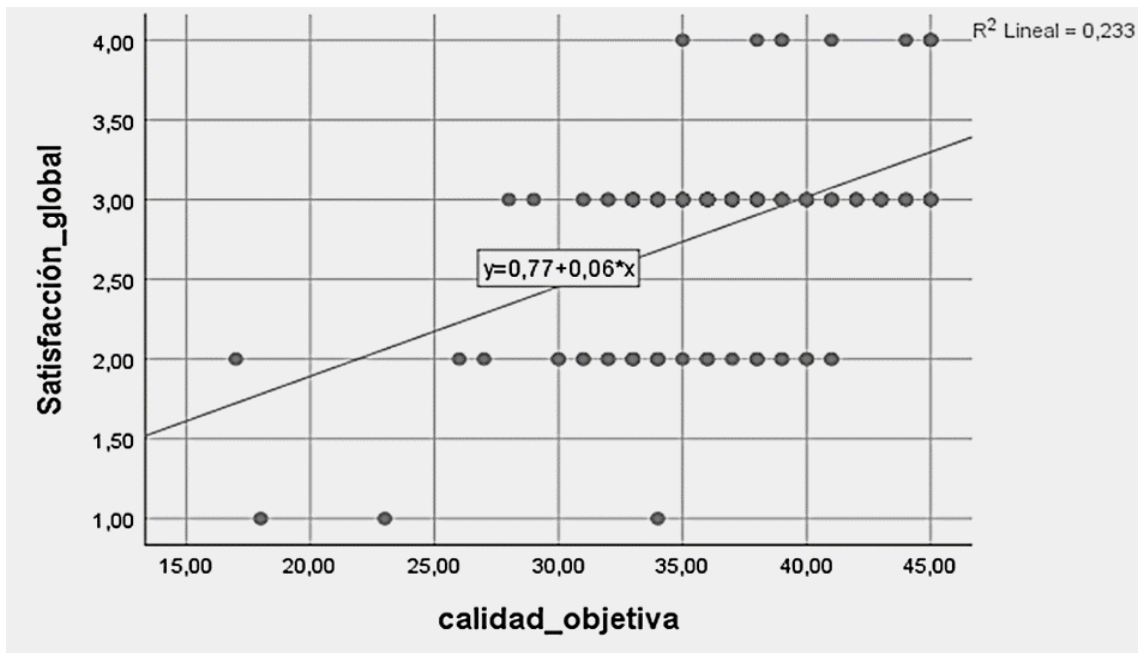


Figura 23. Correlación de la satisfacción global con la dimensión de la calidad objetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, 2019-2020

Para determinar la calidad objetiva se ha considerado los *ítems* 1,2,3,5,6,7,8,10 y 18 (Anexo 5) y de acuerdo con el análisis de correlación de Rho de Spearman se establece que hay una correlación positiva entre la satisfacción global y la calidad objetiva de la atención en el presente estudio. (Figura 23)

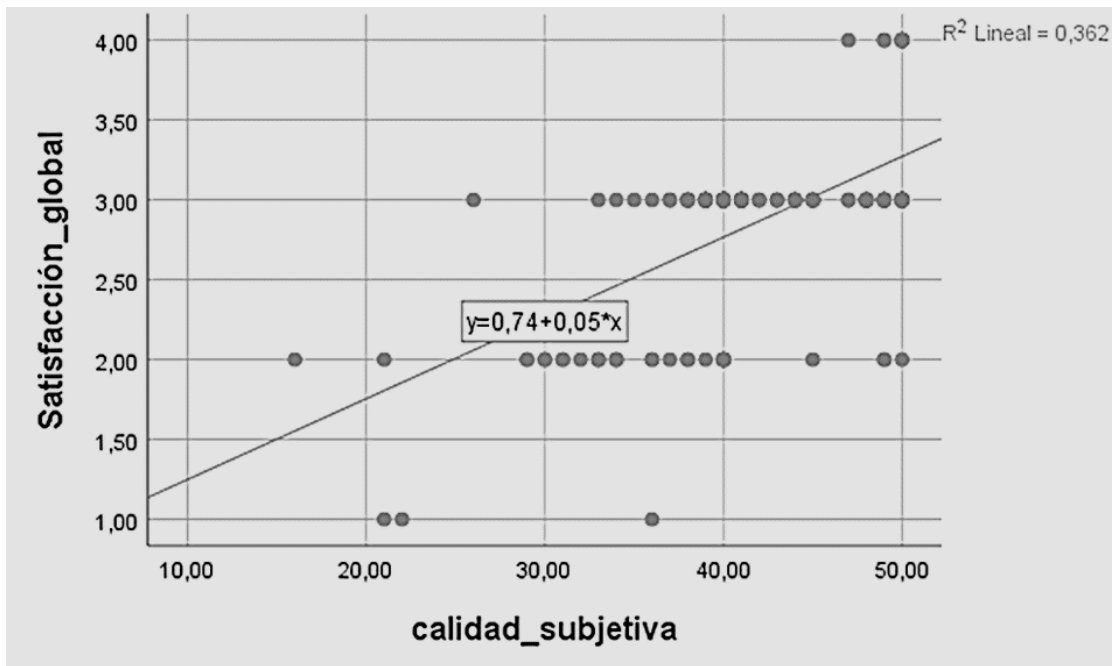


Figura 24. Correlación de la satisfacción global con la dimensión calidad subjetiva. Servicio de Medicina Interna Hospital III Daniel Alcides Carrión. EsSalud Tacna. 2019-2020

Fuente: base de datos

Para determinar la calidad subjetiva se ha considerado los ítems: 4, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 19 (Anexo 4), de acuerdo con el análisis de Rho de Spearman se establece que hay una correlación positiva entre la satisfacción global y la calidad subjetiva de la atención en el presente estudio. (Figura 24)

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

En presente estudio, se halló que los pacientes mayores de 80 años (65,2 %) señalaron estar satisfechos o muy satisfechos con el servicio recibido en la hospitalización. Estos hallazgos guardan similitud con el reporte internacional de Rahmqvist (117) realizado en Suecia, en el que se evidenció que la edad está relacionada estrechamente con la satisfacción del paciente. En este estudio, se utilizó el “ índice de satisfacción de paciente” para la evaluación de satisfacción, y se estableció que los pacientes de 75 a 84 años fueron los más satisfechos con el servicio otorgado (117) . Resultados similares, reportaron Pérez et al. (117), en un estudio realizado en España encontró que los pacientes mayores de 65 años y mujeres fueron los más satisfechos con el servicio de salud. A nivel nacional un estudio realizado por Seclén et al. (118) también encontró que la relación de la satisfacción de paciente con la edad para los establecimientos de salud indistintamente del nivel de categorización o acreditación de establecimiento de salud la mayor satisfacción se observó fue mayor en los pacientes de más edad.

Dentro de las explicaciones, se esgrime el mayor uso del servicio sanitario que hacen los adultos mayores por la tendencia que tiene esta población a la pluripatología y con ello aumenta el uso del servicio sanitario por lo tanto, el tener mayor contacto hace fijar con mayor cuidado la calidad de servicio que recibe (119), así también como la predominancia de las enfermedades crónicas degenerativas a nivel mundial y nacional que hacen que el paciente busque un servicio de salud y su frecuencia de uso del servicio sea más frecuente, esto apoya a tener más participación al momento de evaluar la satisfacción con el servicio otorgado.

En el presente estudio no hubo asociación entre el sexo femenino y la satisfacción del servicio recibido no hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres en ambos grupos el 79,5 % manifestó estar satisfecho ($p=0,993$), estos resultados son concordantes con estudio de Seclén (118) que tampoco encontró diferencia significativa en cuanto a la variable sexo.

La dimensión calidad objetiva en el presente estudio fue 4,09 (Figura 17) y el puntaje calidad subjetiva fue de 4,14 (Figura 19) , siendo el puntaje general de 4,14. Según el análisis de correlación de Rho de Spearman se establece que hay una correlación positiva entre la satisfacción global y la dimensión calidad objetiva (Figura 23) y también al aplicarse esta mismo análisis de correlación entre la satisfacción global y la dimensión calidad subjetiva se encontró una correlación positiva (Figura 24) , de todo esto se desprende que la dimensión objetiva y subjetiva al tener una correlación positiva con la satisfacción global se entiende que están estrechamente correlacionadas tales dimensiones calidad objetiva y subjetiva con la satisfacción global, estos hallazgos resultan concordantes con otros resultados observados en la Tabla 10 donde se utilizó la misma escala de satisfacción SERVQHOS.

En este estudio se encontró que el ítem mejor evaluado como dimensión calidad objetiva fue el tiempo que dedica el médico a la visita médica con 39,8 % (Figura 17), en comparación con la literatura revisada donde se evidencia que la información que los médicos dan a los familiares, preparación (capacitación) del personal para realizar su trabajo, y tiempo de espera para ser atendido por el médico fueron los ítems mejor valorados, estos hallazgos no guardan concordancia con los reportes de la literatura (Tabla 12), lo que podría tener vinculación con el hecho que en el año 2017 a raíz de un estudio de intervención en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión se modificó el tiempo destinado a la visita médica que era de 12 minutos dispuesto por la directiva de programación de EsSalud (Directiva N° 012 GC-ESSALUD 2014 y su aplicativo 2016) a 30 minutos. Al incrementar el

tiempo de la visita médica la relación médico-paciente es mejor y la percepción de los paciente se hace positiva porque se siente escuchado por el médico tratante. Sobre los mismo Donabevian (23) también describió que la satisfacción de un paciente tiene como eje central la relación médico-paciente (relación interpersonal) porque en esa interacción hay una confluencia de “dos mundos el médico y el paciente, uno con el conocimiento para recuperarlo de la salud y el otro con el conocimiento de su propia vida.

Sobre los otros ítems encontrados en este estudio, como la amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente con 37,4 % y la capacidad del personal de comprender lo que necesitan los pacientes alcanzó el 59 %, esta información obtenida es similar a reportes de otros países . (Tabla 12)

Para el presente estudio los ítems peor valorados entendiendo como los que han obtenido el puntaje más bajo y reflejan insatisfacción fue el no recordar el nombre del médico que lo atendió con un porcentaje del 16,9 %, en las programaciones médicas los colegas son programados semanalmente o interdiario para cumplir con otras funciones de comités o consulta médica, además que el personal médico no exhibe el fotocheck de identificación tal vez éste sea el motivo por el cual la percepción de los pacientes se expresa de esta manera. Al revisar la literatura ,se aprecia que los ítem peor valorados (Tabla 13) fueron la falta de información que el médico que otorga a los familiares, seguido de la facilidad de llegar al hospital y tiempo de espera para ser atendidos por el médico, ítems no encontrados en nuestro estudio. En la dimensión calidad subjetiva el interés del personal de enfermería por los pacientes fue el peor valorado con 4,5 % (Figura 18) , los pacientes que ingresan al Servicio de Medicina tienen en la mayoría de casos pluripatología como se expone en la (Figura 6) y muchos de ellos tienen mayor grado de dependencia, asociado a que la normatividad de EsSalud (directiva N° 012 GC-ESSALUD 2014 y su aplicativo 2016), establece que el personal de enfermería se debe programar una enfermera por 16 pacientes eso influye negativamente en el nivel de satisfacción de los pacientes.

Otro hallazgo del presente estudio fue la asociación entre estancia hospitalaria agrupada y la satisfacción, observando que los paciente con estancia hospitalaria agrupada mayor o igual a 12 días tuvieron 77 % menos satisfacción que el grupo de los pacientes menores de 59 años, ver tabla 2 la estancia hospitalaria hallada en este estudio tuvo media de 10,17 días, con una mediana de 8 días (rango intercuartílico: 4-12 días de estancia hospitalaria), la cual tuvo una distribución no normal.

Entendiendo que la estancia hospitalaria está relacionada con los pilares de la calidad de la atención de salud como son la eficiencia, la optimización y aceptabilidad, (21) se hace necesario un análisis especial para comprender su asociación con la calidad del servicio de salud. Según la literatura revisada a nivel internacional y nacional no hay una estandarización del tiempo adecuado de promedio estancia hospitalaria, es así que en países de Europa, Asia y Norte América los reportes no tienen cifras semejantes, ver tabla 1 página 14 donde se puede citar por ejemplo que en los Estados Unidos para el 2016 reportó una estancia hospitalaria de 4,6 días, en Azerbaiyán 10,6 días y la Federación Rusa 11,1 días. (27,28,29)

A pesar de ello los estudios señalan una buena satisfacción por distintas encuestas realizadas con validación internacional (Tabla 8) en la que se evidencia que la satisfacción es variable pero positiva con valores de 50 a 80,8 %, Estos datos son un reflejo que la estancia hospitalaria siempre va a variar en diversos países pero habrá una mejora del grado de satisfacción del paciente hospitalizado para cada realidad. En nuestra realidad peruana ocurre un hecho que amerita otro análisis, el Ministerio de Salud mediante su normatividad institucional, Indicadores de gestión y evaluación hospitalaria, para hospitales, institutos y DIRESA de Agosto del año 2013 establece, un estándar de 6 a 8 días como promedio de estancia hospitalaria para hospitales, más no señala cual debe ser el estándar de estancia hospitalaria por Servicio Asistencial. (30) En la literatura revisada en nuestro país no se logra alcanzar este estándar

propuesto de promedio de estancia hospitalaria en casi la totalidad de los hospitales de tercer nivel ver tabla 2 página 15, donde se observa que para el año 2017 el Hospital Cayenato Heredia reporto 8,0 días de promedio de estancia hospitalaria, el Hospital Daniel Alcides Carrión del Callao 8,8 días, Hospital 2 de Mayo 15,4 días y para el año 2016 5,4 días en un hospital de EsSalud de IV nivel,(31-33,35,36) e incluso hay diferencias de promedio de estancias hospitalaria según servicio asistencial, según se puede observar en la literatura revisada (Tabla 3) , se puede señalar que en nuestro país se ha identificado hospitales de tercer nivel donde los Servicios de Medicina el promedio de la estancia hospitalaria para el año 2017 fue de 19,6 días para el Hospital 2 de Mayo, Hospital Adolfo Guervara Velazco 11,4 días, Hospital Arzobispo Loayza 9,4 días, y para el Hospital Edgardo Rebagliati IV nivel de EsSalud 18,6 días, y en un hospital comparable por la complejidad con nuestro hospital y de la misma institución que es el Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa para el año 2011 reportó un promedio de estancia hospitalaria de 11,5 días.(33,38,39,41-44)

Como se ha mencionado en párrafos precedentes no hay una similitud entre los promedios de estancia hospitalaria en hospitales de la misma complejidad y de la misma ciudad, y no hay estándares por servicio asistencial así como tampoco se cumple los estándares como hospital propuestos por el MINSA como ente rector de salud y solo el 25 % de los hospitales de Lima reportaron cumplir con el estándar para el año 2017 (31-36) y como Servicio de Medicina del mismo nivel de complejidad hospitalaria ninguno cumple con el estándar propuesto como hospital por el MINSA.(33,38,39,41,42,43,44)

Por lo señalado, se puede resaltar que los estándares propuestos por el MINSA no se ajustan a la realidad nacional y mucho menos a la realidad del servicio asistencial es decir, a los Servicios de Medicina, Pediatría, Gineco Obstetría y Cirugía de los hospitales de tercer nivel o de menor complejidad, esto porque muy probablemente en la elaboración de este indicador se ha omitido información del histórico de cada realidad hospitalaria, ciudad o región

esto pone en dificultades a los hospitales cuando se trata de hacer actividades de planificación, investigación o académicas que realmente redunden en la mejora de la calidad que se otorga al paciente como consumidor final de proceso de salud, pues en la literatura se habla de estancia hospitalaria inadecuadamente prolongada cuando es muy probable que no sea así, sino que los estándares son los inadecuados y en el afán de planificar alcanzarlos se pone en riesgo la calidad del servicio que se otorga o la información de las investigaciones sobre este tema están sesgadas.

Conocida la realidad de insatisfacción y cual debería ser el tiempo de estancia hospitalaria adecuada para nuestro hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna, para el año 2017 la Jefatura del Departamento de Medicina y Especialidades Clínicas realizó un estudio de intervención titulado “Mejora en la calidad de atención en hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, Enero-Abril 2017”(120), realizado por mi equipo de trabajo dentro de los resultados encontramos que la estancia hospitalaria promedio fue de 11 días con un grado de satisfacción del paciente hospitalizado del 100% utilizando como instrumento para medir la satisfacción; el reporte en el libro de reclamaciones, cartas de queja a la Gerencia de la Red Asistencial EsSalud, quejas presentadas a SUSALUD o la fiscalía, siendo las variables de intervención la programación de la visita hospitalaria de 30 minutos por paciente, la realización del profesional médico de la historia clínica, evolución, procedimiento de ser el caso e informe a los familiares por el mismo profesional. Metodología que se contrapone a lo dispuesto en la directiva de programación asistencial la directiva N° 012 GC-ESSALUD 2014 y su aplicativo 2016. “Programación de las actividades asistenciales de los profesionales y no profesionales del Seguro Social de Salud ESSALUD”.

Con el apoyo decidido del Gerente de Red, se ha logrado mantener este sistema, a fin de mejorar la calidad de atención del paciente hospitalizado en el

Servicio de Medicina en función de los resultados del estudio de intervención señalado previamente.

Sobre los factores que influyen en la estancia hospitalaria, se halló que se vincula con múltiples factores (Tabla 4) en el Servicio de Medicina, se propone que también se debería considerarse el tiempo destinado a la visita médica, y el proceso de elaboración de historia clínica, evolución e informe a familiares la que debe ser realizada por mismo el médico tratante, como factores a tener en cuenta cuando se señalen qué factores influyen en la estancia hospitalaria, ya que en el estudio en mención así se demostró.(120)

Otro de los hallazgos del presente estudio fue la relación entre el reingreso hospitalario no planificado y la satisfacción de paciente hospitalizado donde no se encontró asociación entre estas variables. $0,86(0,332-2,29)$ p $0,760$. Como era de esperarse el reingreso no planificado no está asociado a la satisfacción de paciente, lo que sí es muy destacable de este estudio es que la tasa de reingreso que fue de $4,6\%$ (Figura 11) ,la más baja del promedio latinoamericano(Tabla 5) . A nivel mundial la tasa de reingreso supera el 10% en la mayoría de casos ; así como a nivel nacional. Estos hallazgos pueden estar en relación de las fortalezas del Servicio de Medicina; dentro de las medidas para reducir el riesgo de reingreso hospitalario no planificado, se puede señalar que se cuenta con un programa de transición, es decir el día del alta los paciente llevan una cita al consultorio de Medicina Interna y la Sub Especialidad Clínica o Quirúrgica entre los 3-4 días del alta, los pacientes que son dados de alta con documentación de ingreso al Programa de Visita Domiciliaria PADOMI(si el caso reúne los criterios de ingreso); este programa hace el seguimiento de los casos en domicilio con personal asistencial y medicación. También una fortaleza del Servicio de Medicina son los resultados hallados (Figura 16) , sobre dimensión calidad objetiva; sobre el tiempo que el médico le ha dedicado a la visita médica ha sido considerada como mejor de lo que esperaba con un $51,8\%$ y $39,8\%$ como mucho mejor de lo que esperaba, estos hallazgos reflejan la buena percepción de satisfacción del

paciente hospitalizado, así como los ítems de la información que entregan los médicos, la confianza y seguridad que transmiten a los pacientes y la información que reciben los familiares (Figura 17) , tienen los puntajes más altos señalados por los pacientes.

Sobre los factores que favorecen el reingreso hospitalario en el presente estudio se observó que las pacientes de sexo femenino fue el grupo que más reingresó al hospital y al mismo servicio con 55 % (Figura 13) , la media de los pacientes que reingresaron fue de 14,4 días con DS +/- 8,07 días (Tabla 17). Se observa que la mayor frecuencia de reingreso hospitalario ocurre en la población femenina (Tabla 6).

Una explicación a este hecho sería lo reportado por estudios realizados en Chile donde se confirma que los hombre y mujeres no se enferman por igual, las mujeres tienen mayor posibilidad de enfermar, según este estudio las mujeres reportan dos enfermedades por paciente mujer de la misma edad del varón, así como también las mujeres consumen mas medicamentos. (121)

Además que la esperanza de vida en el Perú se ha incrementado siendo la población más longeva la femenina, por lo tanto este grupo poblacional utilizará en mayor medida el servicio de salud. (122)

También otro de los resultados del presente estudio fue que los grupos etáreos geriátricos de 60 a más años (Figura 14) , fueron los que más reingresaron con 60 % de los casos. Una posible explicación es que el proceso salud-enfermedad de la población que va cambiando en el transcurso del ciclo biológico de la vida humana, a mayor edad mayor presencia de enfermedades crónico degenerativas. (119)

En la Figura 15, se presentan los diagnósticos que motivaron los reingresos hospitalarios los cuales fueron las enfermedades infecciosas con 29,6% seguido de las enfermedades del sistema genitourinario con 16,6 %, . En la literatura revisada se observa que la mayor frecuencia recae en

enfermedades cardiocirculatorias, respiratorias y neoplásicas, resultados que difieren de los encontrados en nuestro estudio. Dentro de las explicaciones a este hecho es que los reingresos hospitalarios se ha asociado a la hospitalización previa cuando ésta ocurre antes de los 7 primeros días, es decir, están asociados al servicio de salud que se otorgó el alta médica. (76) y en nuestro caso los reingresos tienen una media de 14,4 días con una DS +/- 8,07 días (Tabla 17), es decir las razones geográficas, sociales del medio de donde procede el paciente y cuidados en el hogar estarían en relación a este fenómeno, datos que no fueron considerados en el diseño de este estudio y no guardan relación con la atención hospitalaria.

CONCLUSIONES

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre la estancia hospitalaria y la satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna del hospital III Daniel Alcides Carrión de EsSalud Tacna y, mediante la prueba estadística Chi cuadrado se evidenció que existen diferencias estadísticamente significativas ($p=0,021$) entre la estancia hospitalaria agrupada y la satisfacción del paciente hospitalizado, siendo mayor en el grupo en los pacientes que permanecieron hospitalizados entre 6 a 11 días y el grupo etario de 60 a 79 años ; que el promedio de estancia hospitalaria para este Servicio de Medicina Interna del hospital nivel II-2 es de 10,1 días y una mediana de 8 días, promedios mayores que los estimados por la norma institucional de EsSalud de cinco días como hospital para este nivel hospitalario y de 6-8 días dispuesta por el MINSA.
2. No existe una relación estadísticamente significativa entre los pacientes que reingresaron y la satisfacción de paciente hospitalizado, $0,86(0,332-2,29)$ p $0,760$, lo que sí se debe descartar es que la tasa de reingreso hospitalaria es de 4,6 %, una de las tasas más bajas del promedio latinoamericano y nacional.
3. La satisfacción global del paciente hospitalizado fue de 73,5 % con una percepción de satisfecho con el servicio recibido, siendo la evaluación de la dimensión calidad objetiva; el tiempo que el médico dedica a la visita médica fue el ítem que alcanzó el puntaje más alto con 4,28 es decir el 51,5 % de los evaluados tuvo esta percepción, esto nos señala que el tiempo de visita a 30 minutos, la realización de la historia clínica, evolución e informe a familiares diariamente realizada por el mismo profesional médico están relacionados con el nivel de satisfacción. Y de la evaluación de la dimensión calidad subjetiva; los ítems la confianza (seguridad) que transmite a los pacientes y la amabilidad (cortesía) del personal en su trato

con el paciente tuvieron un puntaje de 4,23 cada uno, esto indica que el 55,4 % la percepción fue positiva.

4. El 16,9 % de los pacientes del estudio señalaron que no recordaban el nombre del médico que los atendió en la hospitalización por lo tanto, este ítem fue peor de lo que esperaban y la atención del personal de enfermería con 3,98 puntos fue el ítem con más bajo puntaje en la condición de mucho peor de lo que esperaba, es decir que el 4,2 % de los evaluados tuvieron esta percepción de la calidad de atención.
5. Se determinó mediante el análisis de correlación de Rho de Spearman que hay una correlación positiva entre la dimensión objetiva y subjetiva de calidad y la satisfacción global es decir, que la satisfacción global esta en relación con la buena calidad de atención en este estudio.

RECOMENDACIONES

1. A los investigadores, se recomienda replicar este estudio por nivel hospitalario en EsSalud a nivel nacional en hospitales que tengan salas de hospitalización para determinar el promedio estándar de este indicador de hospitalización que guarden relación con la satisfacción de paciente asegurado y de esta forma, modificar y ampliar este indicador por nivel hospitalario y servicio asistencial.
2. Al equipo directivo, se sugiere fortalecer las medidas para mantener la tasa de reingreso encontradas en este estudio, para esto la Jefatura del Departamento de Medicina deberá proponer al Gerente de la Red Asistencial de Essalud implementar consultorios de Medicina Interna a doble turno para que se haga los seguimientos de los casos dados de alta en forma más estrecha. Fortalecer las medidas de alta programada con 48 horas de anticipación; comunicar a los familiares los ambientes en el hogar donde ellos pernoctará en casa, las entrevistas con las subespecialidades por las que será evaluado y la evaluación del servicio de nutrición al momento del alta para lograr una mayor satisfacción del paciente y sus familiares.
3. Al equipo directivo, se sugiere mantener las medidas de tiempo de visita hospitalaria a 30 minutos por paciente, la evolución, realización de la historia clínica, alta médica e informe a los familiares deben ser realizadas por el mismo médico por cuanto fueron los ítems mejor valorados por este estudio y que no se debe rotar al personal médico, en lo posible éste debe mantenerse por un mes para mejorar aun más el grado de satisfacción de paciente.

4. Al equipo directivo, se sugiere establecer reuniones de trabajo con la coordinadora de enfermería del Servicio de Medicina sobre calidad de atención por el personal de enfermería para mejorar la baja percepción de satisfacción de los pacientes obtenida por este estudio.

5. Al equipo directivo, se sugiere transmitir por medio de seminarios a los trabajadores asistenciales los hallazgos de este estudio para que se fortalezca el trabajo que realizan y mejorar los ítems de baja percepción.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Donabedian, A. Garantía de la Calidad ¿Quién es el responsable? Calidad de la Atención en salud 1996; 3 números 1y 2
2. Moreno-Martínez R et al. Eficiencia hospitalaria medida por el aprovechamiento del recurso cama en un hospital de segundo nivel de atención. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2015; 53(5):552-
3. Blasquez M S. et al. Satisfacción de los usuarios hospitalizados en el servicio de medicina interna, con el cuidado de enfermería. Rev Med UV, Enero-Junio 2014.
4. III Donabedian, A La calidad de la Atención médica, La prensa mexicana S.A. de CV. México D.F. 1984.
5. Feldman L, et al. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22(3):133-40
6. Alonso Martínez JL, Llorente Diez B, Echeagaray Agara M, Urbieta echezarreta MA, González Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2001; 18: 248-254.
7. Metodología de la investigación en Salud. Parreño Urquizo A. ESPOCH 2016

8. Gómez Juanola Manolo, Pérez Carvajal Alexis, Moya Rodríguez Mayra, Reyes Llanes Mabel. Satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud en el nivel primario. Rev Cubana Med Gen Integr [periódico en la Internet]. 2004 Jun [citado 2007 Mar 30] ; 20(3):. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000300007&lng=es&nrm=iso.
9. Corbella A, Saturno P. La garantía de la calidad en atención primaria de salud Madrid: Instituto Nacional de Salud, Secretaría General;1990.
10. Metodología de la Investigación. Hernández Sampieri A. Mac Graw Hill. 6ta edición. 2014.
11. García-Aparicio, J. Herrero-Herrero J. y Col. Calidad percibida por los usuarios de un servicio de Medicina Interna tras 5 años de aplicación de una encuesta de satisfacción. Rev Calid Asist. 2010;25(2):97–105).
12. Pisón – Cárcamo E. , Díaz de Cerio- Canduela P. Valoración de la Satisfacción de los pacientes ingresados en Otorrinolaringología mediante la escala SERVQHOS. Rev. ORL, 2019, 10, 2, 91-101
13. Monteagudo O. , Navarro C. y Col . Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. Rev Calidad Asistencial 2003;18(5):263-71
14. Numpaque-Pacabaque, A.; Rocha-Buelvas, A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud.

Revista de la Facultad de Medicina, [S.l.], v. 64, n. 4, p. 715-720, oct. 2016

15. Sihuin,E., Gómez, O. e Ibáñez, V. Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. 15 Vol 32 (2),2015.
16. Huanchaco Mota M . Nivel de satisfacción de los usuarios hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Nacional. Guillermo Almenara Irigoyen, EsSalud, Tesis Universidad Cesar Vallejo . Lima – Perú, 2016.
17. Benites Díaz S. Satisfacción en la atención percibida según el sexo en los pacientes hospitalizados en el hospital Víctor Lazarte Echecharay. Universidad Nacional de Trujillo . Escuela de Posgrado 2010.
18. Official Records of the World Health Organization. Summary report on proceedings minutes and final acts of the internacional health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. N° 2, p. 100
19. Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring. En: Harbor A. (ed.) The definition of quality and approaches to its assessment. Mich: Health administration Press; 1980
20. Lohr KN. (ed.) Medicare: A strategy for Quality Assurance. Washington DC: National Academy Press; 1990.

21. Donabedian A. The Seven Pillars of Quality. Arch Pathol Lab Med 1990; 114: 1115-8.
22. Noriero Escalante S, Avalos García MI, Priego Álvarez HR. La evaluación de la calidad en salud desde la óptica de los pacientes. INFODIR [Internet]. 2020 [citado 9 Oct 2020];0(33):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/769>
23. Donabedian A. The quality of medical care. how can it be assessed. JAMA 1988;260:1743-8
24. Jiménez R. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Revista Cubana Salud Pública. 2004; 30 (1)
25. Ceballos-Acevedo T, Velásquez-Restrepo PA, Jaén-Posada JS. Duración de la estancia hospitalaria. Metodologías para su intervención. Rev. Gerenc. Polít. Salud. 2014; 13(27): 274-295. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps13-27.dehm>.
26. González Angulo I. Relación entre el prestador de servicio de salud y la estancia prolongada en el hospital. Revista Conamed. 2009; 14 (4).
27. OMS European Health Information Gateway
https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_540-6100-average-length-of-stay-all-hospitals/

28. Pfuntner A, Wier LM, Elixhauser A. Overview of Hospital Stays in the United States, 2010: Statistical Brief #144. 2012 Dec. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb–. PMID: 23390659.
29. Freeman WJ, Weiss AJ, Heslin KC. Overview of U.S. Hospital Stays in 2016: Variation by Geographic Region: Statistical Brief #246. 2018 Dec 18. In: Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2006 Feb–. PMID: 30720972.
30. MINSA Indicadores de Gestión y Evaluación Hospitalaria, para Hospitales, Institutos y Diresa. Area de investigación y análisis. Lima, agosto de 2013 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2739.pdf>
31. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Sala Situacional Hospital Cayetano Heredia. <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wpcontent/uploads/SalaSituacionalEpidemiologica/2018/salaSituacionalEnero2018.pdf>
32. Análisis de la situación de salud (ASISHO) 2017. Hospital Cayetano Heredia. <http://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wpcontent/uploads/SalaSituacionalEpidemiologica/2017/asisho2017.pdf>
33. Documento Técnico: “Análisis de situación de salud hospitalaria año – 2017. Hospital Nacional “Dos de Mayo” Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria Año 2017

http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2018/08_agosto/RD_0138_ASHO_2017.pdf

34. Sala Situacional Virtual. Hospital Daniel Alcides Carrión.
<http://www.hndac.gob.pe/hospitalizaci%C3%B3n.html>

35. ESSALUD: Principales Indicadores de salud 1990-2016. Gerencia Central de Planeamiento y Presupuesto .Gerencia de Gestión de la Información Sub -Gerencia de Estadística. .
http://www.essalud.gob.pe/downloads/series_Estadisticas_1990_2016.pdf

36. Hospital arzobispo Loayza. Oficina de Epidemiología y Salud Ambiental. Análisis de Situación de Salud año 2017. Hospital arzobispo Loayza.
[http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_e6267693e8b607b .pdf](http://www.hospitalloayza.gob.pe/files/TRAS_e6267693e8b607b.pdf)

37. Sala Situacional Virtual .Hospital Daniel Alcides Carrión.
<http://www.hndac.gob.pe/hospitalizaci%C3%B3n.html>

38. Plan de gestión clínica 2013. Hospital Nacional Cayetano Heredia
http://www.hospitalcayetano.gob.pe/transparencia/images/stories/resoluciones/RD/RD2013/rd131_2013.pdf

39. Análisis Situacional de Salud 2015 Hospital Cayetano Heredia.
<http://www.hospitalcayetano.gob.pe/Inicio/images/Documentos/Epidemiologia/ANALISISSITUACIONALDESALUDHCH2015.pdf>

40. Hospital Nacional “Dos de Mayo” Análisis de la Situación de Salud Hospitalaria Año 2017. Documento Técnico: “Análisis de situación de salud Hospitalaria año- 2017. [http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos de gestion/normas emitidas/r_dir/2018/08_agosto/R_0138 ASHO 2017.pdf](http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2018/08_agosto/R_0138_ASHO_2017.pdf)
41. Mamani Vargas, C. Factores asociados a estancia hospitalaria prolongada en el Servicio de Medicina Interna , Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco del Cusco. Pregrado. Universidad Andina del Cusco .2017.[http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1353/1/RESUME N.pdf](http://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/UAC/1353/1/RESUME_N.pdf)
42. Damián Huamán, K. F. Impacto de la demora en procesos de internamiento en Medicina Interna y estancia Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins 2019 Lima. Posgrado. Universidad de San Martín de Porres 2019 http://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/5948/damian_hkf.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Urquiza Rodríguez, J. L. Eficiencia del recurso cama entre los servicios de hospitalización de los hospitales III Yanahuara ESSALUD y Goyeneche Arequipa -2011.Pregrado. Universidad Católica Santa María de Arequipa. 2011 <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/3965>
44. Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico Plan Operativo Institucional 2015. Plan Operativo Institucional 2015 hospital III Goyeneche Arequipa Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico- Oficina de Planes y Programas.

http://www.saludarequipa.gob.pe/goyeneche/doc/PLANES%20Y%20POLITICAS/2016/PLAN_OPERATIVO_INSTITUCIONAL_HG_2016.pdf

45. Buttigieg SC, Abela L, Pace A. Variables affecting hospital length of stay: a scoping review. *J Health Organ Manag.* 2018;32(3):463-493. doi:10.1108/JHOM-10-2017-0275.
46. Wright, S.P., Verouhis, D., Gamble, G., Swedberg, K., Sharpe, N. and Doughty, R.N. (2003), "Factors influencing the length of hospital stay of patients with heart failure", *European Journal of Heart Failure*, Vol. 5 No. 2, pp. 201-209.
47. Goldratt, E.M. (1997), *Critical Chain*, North River Press, Great Barrington, MA.
48. Earnest, A., Chen, M.I.C. and Seow, E. (2006), "Exploring if day and time of admission is associated
49. Scott, I., Vaughan, L. and Bell, D. (2009), "Effectiveness of acute medical units in hospital: a systematic review", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 21 No. 6, pp. 397-407.
50. Rotter, T., Kugler, J., Koch, R. and Gothe, H. (2008), "A systematic review and meta-analysis of the effects of clinical pathways on LOS, hospital costs and patient outcomes", *BMC Health Services Research*, Vol. 8 No. 1, pp. 265-279.

51. Parent, S., Barchi, S., LeBreton, M., Casha, S. and Fehlings, M.G. (2011), "The impact of specialized centers of care for spinal cord injury on length of stay, complications, and mortality: a systematic review of the literature", *Journal of Neurotrauma*, Vol. 28 No. 8, pp. 1363-1370.
52. Philp, I., Mills, K., Long, J., Thanvi, B. and Ghosh, K. (2013), "Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature", *International Journal of Integrated Care*, Vol. 13 Nos 4/23.
53. Barisonzo, R., Wiedermann, W., Unterhuber, M. and Wiedermann, C.J. (2013), "Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and co-morbidity", *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, Vol. 19 No. 1, pp. 80-85.
54. Di Matteo, M.R. (2004), "Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis", *Health Psychology*, Vol. 23 No. 2, pp. 207-218.
55. Ofori-Asenso R, Liew D, Mårtensson J, Jones D. La frecuencia y los factores asociados con la hospitalización prolongada: un estudio multicéntrico en Victoria, Australia. *J Clin Med*. 2020 22 de septiembre; 9 (9): 3055. doi: 10.3390 / jcm9093055. PMID: 32971851; PMCID: PMC7564707.
56. Lim, S.C., Doshi, V., Castasus, B., Lim, J.K. and Mamun, K. (2006), "Factors causing delay in discharge of elderly patients in an acute care hospital", *Annals of the Academy of Medicine Singapore*, Vol. 35 No. 1, pp. 27-32.

57. Graves, N., Weinhold, D., Tong, E., Birrell, F., Doidge, S., Ramritu, P., Halton, K., Lairson, D. and Whitby, M. (2007), "Effect of health care-acquired infection on length of hospital stay and cost", *Infection Control & Hospital Epidemiology*, Vol. 28 No. 3, pp. 280-292
58. Yilmaz, E. and Raynaud, D. (2013), "The influence of social deprivation on length of hospitalization", *The European Journal of Health Economics*, Vol. 14 No. 2, pp. 243-25
59. Rechel, B., Mladovsky, P. and Devillé, W. (2012), "Monitoring migrant health in Europe: a narrative review of data collection practices", *Health Policy*, Vol. 105 No. 1, pp. 10-16.
60. De Jong, J.D., Westert, G.P., Lagoe, R. and Groenewegen, P.P. (2006), "Variation in hospital LOS: do physicians adapt their LOS decisions to what is usual in the hospital where they work?", *Health Services Research*, Vol. 41 No. 2, pp. 374-394
61. Conn, L.G., Reeves, S., Dainty, K., Kenaszchuk, C. and Zwarenstein, M. (2012), "Interprofessional communication with hospitalist and consultant physicians in general internal medicine: a qualitative study", *BMC Health Services Research*, Vol. 12 No. 1, pp. 437-446.
62. Geary, S. and Cale, D. (2009), "Daily rapid rounds. decreasing LOS and improving professional practice", *Journal of Nursing Administration*, Vol. 39 No. 6, pp. 293-298.

63. Zwarenstein, M., Rice, K., Conn, L.G., Kenaszchuk, C. and Reeves, S. (2013), "Disengaged: a qualitative study of communication and collaboration between physicians and other professions on general internal medicine wards", *BMC Health Services Research*, Vol. 13 No. 1, pp. 1-17
64. Parker, S.G. (2005), "Do current discharge arrangements from inpatient hospital care for the elderly reduce readmission rates, the length of inpatient stay or mortality, or improve health status? ", World Health Organisation Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), Copenhagen, pp. 4-18, available at: www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/74670/E87542.pdf (accessed May 11, 2016).
65. Bauer, M., Fitzgerald, L., Haesler, E. and Manfrin, M. (2009), "Hospital discharge planning for frail older people and their family: are we delivering best practice? A review of the evidence", *Journal of Clinical Nursing*, Vol. 18 No. 18, pp. 2539-2546
66. Shepperd, S., McClaran, J., Phillips, C.O., Lannin, N.A., Clemson, L.M., McCluskey, A., Cameron, I.D. and Barras, S.L. (2010), "Discharge planning from hospital to home", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 20 No. 1, 35 pp., doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub2.
67. Soliman, A., Riyaz, S., Said, E., Hale, M., Mills, A. and Kapur, K. (2013), "Improving the quality of care for medical inpatients by placing a higher priority on ward rounds", *Clinical Medicine*, Vol. 13 No. 6, pp. 534-538
68. Qu, H., Shewchuk, R.M., Chen, Y.Y. and Richards, J.S. (2010), "Evaluating the quality of acute rehabilitation care for patients with spinal

cord injury: an extended Donabedian model”, *Quality Management in Healthcare*, Vol. 19 No. 1, pp. 47-61.

69. Heggstad, T. (2002), “Do hospital LOS and staffing ratio affect elderly patients’ risk of readmission? A nation-wide study of Norwegian hospitals”, *Health Services Research*, Vol. 37 No. 3, pp. 647-665
70. Schneider, E.B., Hyder, O., Brooke, B.S., Efron, J., Cameron, J.L., Edil, B.H., Schulick, R.D., Choti, M.A., Wolfgang, C.L. and Pawlik, T.M. (2012), “Patient readmission and mortality after colorectal surgery for colon cancer: impact of length of stay relative to other clinical factors”, *Journal of the American College of Surgeons*, Vol. 214 No. 4, pp. 390-398.
71. Dilworth, S., Higgins, I. and Parker, V. (2012), “Feeling let down: an exploratory study of the experiences of older people who were readmitted to hospital following a recent discharge”, *Contemporary Nurse: A Journal for the Australian Nursing Profession*, Vol. 42 No. 2, pp. 280-288
72. Kennedy, G.D., Tevis, S.E. and Kent, K.C. (2014), “Is there a relationship between patient satisfaction and favorable outcomes?”, *Annals of Surgery*, Vol. 260 No. 4, pp. 592-598
73. Tsai, T.C., Orav, E.J. and Jha, A.K. (2015), “Patient satisfaction and quality of surgical care in US hospitals”, *Annals of Surgery*, Department of *Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, Boston, MA, Vol. 261 No. 1, p. 2

74. Rumball-Smith J, Hider P. The validity of readmission rate as a marker of the quality of hospital care, and a recommendation for its definition. *N Z Med J.* 2009 Feb 13;122(1289):63-70. PMID: 19305451.
75. David L. Chin, Heejung Bang, Raj N. Manickam, and Patrick S. Romano. Rethinking Thirty-Day Hospital Readmissions: Shorter Intervals Might Be Better Indicators Of Quality Of Care. *HEALTH AFFAIRS* 35, NO. 10 (2016): 1867–1875. doi: 10.1377/hlthaff.2016.0205.
76. Vega Rojas S.E.M. Apaza Pinto B.J. Factores Asociados a Rehospitalización de Adultos Mayores en el servicio de Medicina Interna de la Clínica Good Hope, enero – junio 2018[tesis Bachiller]Lima. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Medicina Humana. Universidad Peruana Unión.2019.
77. Canosa A, Prat A, Lledó R, Asenjo MA. El reingreso hospitalario como gestión de calidad. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 317.
78. Hasan O, Meltzer DO, Shaykevich SA, Bell CM, Kaboli PJ, Auerbach AD, et al. Hospital readmission in general medicine patients: A prediction model. *J Gen Intern Med.* 2010;25(3):211–9.
79. Caballero A, Carrillo P, Suárez I, Ibáñez M, Acevedo J, Bautista O. Características y factores pronósticos de reingresos hospitalarios en pacientes afiliados a la Organización Sanitas Internacional durante el año 2008.
80. Castro Mônica Silva Monteiro de, Carvalho Marilia Sá, Travassos Cláudia. Factors associated with readmission to a general hospital in

Brazil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2005 Aug [cited 2020 Nov 12]; 21(4): 1186-1200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000400021&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000400021>.

81. Franchi C, Nobili A, Mari D, Tettamanti M, Djade CD, Pasina L, Salerno F, Corrao S, Marengoni A, Iorio A, Marcucci M, Mannucci PM; REPOSI Investigators. Risk factors for hospital readmission of elderly patients. Eur J Intern Med. 2013 Jan;24(1):45-51. doi: 10.1016/j.ejim.2012.10.005
82. Quispe T, Ticse R, Gálvez M, Varela L. Rehospitalización en adultos mayores de un hospital de Lima, Perú. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2013 Oct [citado 2020 Nov 12]; 30(4): 635-640. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342013000400016&lng=es.
83. Cunha M. F, Gallo C.M, Dawidowski A.R, Senillosa M.B, Scozzafava S. M, Saimovici J. M. Reingreso hospitalario de 72 horas de personas mayores después del alta hospitalaria con servicios de atención domiciliaria, Home Health Care Services Quarterly, 2019 38: 3, 153-161, DOI: 10.1080 / 01621424.2019.1616024.
84. Chambers M, Clarke A. Measuring readmission rates. Br Med J 1990; 301: 1134-6

85. Jung Young Lee, Charles R. Gowen III & Kathleen L. McFadden An empirical study of U.S. hospital quality: Readmission rates, organizational culture, patient satisfaction, and Facebook ratings. *Journal Quality Management* Volume 25, 2018 - Issue 4.
86. Masip, Jose R, Underdahl, Louise. Preventing hospital readmissions: A transitions of care coordination framework. *Management in Healthcare*, Volume 4 / Number 3 / Spring 2020, pp. 265-273(9).
87. Carter J, Ward C, Wexler D, et al. La asociación entre los factores de la experiencia del paciente y la probabilidad de readmisión a los 30 días: un estudio de cohorte prospectivo *Calidad y seguridad de BMJ* 2018; 27: 683-690.
88. Crisanto P. Evaluación de la calidad de atención percibido por los pacientes del Servicio de Oncohematología del Hospital Base Carlos Alberto Segúin Escobedo ESSALUD Arequipa 2016. Segunda Especialidad en Promoción de la Salud y Terapia Familia. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa. 2016 <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3695>.
89. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:276-279.
90. García M.T. Calidad del cuidado de enfermería y grado de satisfacción del paciente oncológico internado en el Servicio de Cirugía del Hospital III José Cayetano Heredia [Bachiller]. Universidad Nacional de Piura. facultad de Ciencias de la Salud.

91. Wang X, Chen J, Burström B, Burström K . Exploring pathways to outpatients' satisfaction with health care in Chinese public hospitals in urban and rural areas using patient-reported experiences. *International Journal for Equity in Health*. 2019;13:515–525. doi: 10.1186/s12939-019-0932-3.
92. Dehghani Ahmadabad A, Bahrevar V, Zeinali A. Elderly Patients' Satisfaction with Provided Services in Yazd Shahid Sadoughi Hospital. *Elderly Health Journal*. 2016; 2 (1) :45-49 URL: <http://ehj.ssu.ac.ir/article-1-55-en.html>
93. Wong ELY, Coulter A, Hewitson P, Cheung AWL, Yam CHK, Lui Sf, et al. (2015) Patient Experience and Satisfaction with Inpatient Service: Development of Short Form Survey Instrument Measuring the Core Aspect of Inpatient Experience. *PLoS ONE* 10(4): e0122299. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0122299>
94. Kleefstra SM, Kool RB, Veldkamp CMA, et al A core questionnaire for the assessment of patient satisfaction in academic hospitals in The Netherlands: development and first results in a nationwide study *Quality and Safety in Health Care* 2010;19:e24.
95. Díaz J M, Yáñez Y. Nivel de satisfacción multidimensional en pacientes atendidos en un servicio de cirugía maxilofacial. *MEDISAN* 2017; 21(2):174

96. Basantes-Avalos R; Vinueza-Jara A; Coronel J. Niveles de satisfacción de los usuarios del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo. Revista Ciencia UNEMI Vol. 9 - N° 18, Junio 2016, pp. 90 – 100.
97. Yılmaz S B, Çelik H E, Yılmaz V. Healthcare Service Quality – Customer Satisfaction : PLS PATH MODEL. Advances and Applications in Statistics. Volume 54, Number 2, 2019, Pages 289-300. <http://dx.doi.org/10.17654/AS054020289>
98. Barragán Becerra, J. A. ; Manrique – Abril, F. G. Validez y confiabilidad del Servqhos para enfermería en Boyacá, Colombia. Avances en Enfermería, [S.l.], v. 28, n. 2, p. 48-61, jul. 2010.
99. Mira JJ, Aranaz J, Rodríguez-Marín J, Buil JA, Castell M, Vitaller J. SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la asistencia hospitalaria. Medicina Preventiva 1998; IV; 12-18.
100. Martínez M. Calidad percibida en pacientes hospitalizados en el Servicio de Cardiología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza) Posgrado. Universidad de Zaragoza. 2012
101. Hernández Meca, M Ochando García E, Mora Canales M et al. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2005; 8 (2): 90/96
102. Granado de la Orden S. Metodología para evaluar la satisfacción de los pacientes en un hospital publico[tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Madrid. Facultad de Medicina.2008

103. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114 (Supl 3):26-33
104. Pérez-Cantó V, Maciá-Solera M. L, González Chordáb V. M. Satisfacción de usuarios en dos hospitales con diferente modelo de gestión. Universidad de Alicante. <https://core.ac.uk/download/pdf/186468563.pdf>
105. Alayo Rodríguez, N. Calidad de vida y atención que perciben los pacientes hospitalizados en el servicio de cirugía del hospital JAMO, Tumbes [Tesis de Bachiller] Universidad César Vallejo 2019.
106. López M. C, Luque I, Gómez V.E. López R. et al. La satisfacción del paciente como componente de la calidad en las unidades de diálisis. *Enferm Nefrol* 2016; 19 (2): 125-133 D.O.I: <http://dx.doi.org/10.4321/S2254-28842016000200004>
107. Picón M. G. La Calidad de la atención al cliente y la satisfacción del Hospital de Especialidades Luis Vernaza, de la zona 8 de la ciudad de Guayaquil. Aplicando la escala de medición de SERVQHOS.[Tesis de Magister] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2019
108. Molina Illán J A. ¿Qué se puede/debe hacer? *Rev Adm Sanit.* 2006;4(2):227-31
109. Metodología de análisis de la hospitalización en el sistema nacional de salud. Modelo de indicadores basado en el Registro de Altas (CMBD)

documento base Julio de 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo secretaria general técnica centro de publicaciones.

110. Historia, Antropología y Sociología de la Salud. Vela Quico A. UNSA1er Edicion 2014
111. Yakolev E. . Gerencia interna de la calidad de la educación superior. Cheliabinsk: Universidad Estatal de Cheliabinsk 2002
112. Mego O. Propuesta de un sistema de gestión de calidad para la mejora del servicio en la municipalidad Provincial de Chiclayo, Lambayeque. [Tesis Doctoral] Universidad Nacional de Trujillo Escuela de Postgrado. 2011
113. Vizguin V. Génesis y estructura del cualitativismo de Aristóteles,1982. Moscú: Nauka
114. Aguilar-Barojas, Saraí, Fórmulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. Salud en Tabasco [Internet]. 2005;11(1-2):333-338. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48711206>
115. Parasuraman, A., Zeithaml, V., & Berry, L. (1988). Servqual: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 64, 12.
116. Rahmqvist, M. "Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units." International journal for quality in health care : journal of the International

- Society for Quality in Health Care vol. 13,5 (2001): 385-90.
doi:10.1093/intqhc/13.5.385
117. Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas J, Salmerón-Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente, Gaceta Sanitaria, Volume 31, Issue 5, 2017, Pages 416-422, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.003>
118. Seclén-Palacin Juan, Darras Christian. Peruvian health services users' satisfaction: Socio-demographic factors and accessibility: Peru 2000. An. Fac. Med. [Internet]. 2005 Jun [citado 2020 Nov 04]; 66(2): 127-141. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000200007&lng=es
119. Flores-Valdez N, Miranda J, López E. Mejora en la calidad de atención en hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital III Daniel Alcides Carrión EsSalud Tacna, enero-abril 2017. Pre-Conferencia Regional Health Systems Global en preparación al VI Simposio Mundial "Re-imaginando los sistemas sanitarios para mejorar la salud y la justicia social" PERÚ 22 de noviembre, 2019.
120. Lorena Gallardo-Peralta, Isabel Córdova Jorquera, Marcelo Piña Morán y Beatriz Urrutia Quiroz. Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile. Polis [En línea], 49 | 2018. URL: <http://journals.openedition.org/polis/15008>
121. Perú estimaciones y proyecciones de la población 1950-2050. Boletín de Análisis demográfico N°36 INEI Lima marzo 2019.

ANEXOS

Anexo 2. Cuestionario de Satisfacción (escala de SERVQHOS)

| | Mucho Peor | Peor | Como lo esperabas | Mejor | Mucho mejor |
|---|------------|------|-------------------|-------|-------------|
| La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La apariencia del personal (limpieza y uniforme) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Si el personal cumple lo que dice que va hacer | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El estado en que están las habitaciones del hospital (si dan o no una apariencia agradable) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La información que los médicos proporcionan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El tiempo que el médico le ha dedicado a la visita médica | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La facilidad para conseguir una cama hospitalaria | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Recuerda el nombre del médico que lo atendio | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La rapidez con lo que se consigue lo que se necesita o se pide | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La confianza (seguridad) que trasmite a los pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La amabilidad (cortesía) del personal en su trato con la gente | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La preparación del personal para realizar su trabajo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El trato personalizado que se da los pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La capacidad del personal para comprender lo que necesidades de los pacientes | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| La información que el médico da a los familiares | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| El interés del personal de enfermería por los | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|
| pacientes. | | | | | |
|------------|--|--|--|--|--|

Valoración global

| | Nada Satisfecho | Poco Satisfecho | Satisfecho | Muy Satisfecho |
|---|-----------------|-----------------|------------|----------------|
| Indique su nivel de satisfacción global con los cuidados sanitarios que ha recibido durante su estancia en el hospital. | | | | |

La encuesta fue llenada por.

El propio paciente:SiNo

El acompañante o cuidador del paciente:.....SiNo

Hombre : Mujer :.....

No olvide que la encuesta es anónima, por lo que su nombre NO debe aparecer en este formulario.

Anexo 3. Ítems o categorías de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva (Escala de SERVQHOS)

| DENOMINACIÓN | ÍTEM |
|--------------|--|
| p4 | Si el personal cumple lo que dice que va hacer. |
| p9 | El interés del personal por solucionar los problemas de los pacientes. |
| p11 | La rapidez con lo que se consigue lo que se necesita o se pide. |
| p12 | La disposición del personal para ayudarle cuando lo necesita. |
| p13 | La confianza (seguridad) que trasmite a los pacientes. |
| p14 | La amabilidad (cortesía) del personal en su trato. |
| p15 | La preparación del personal para realizar su trabajo. |
| p16 | El trato personalizado que se da los pacientes. |
| p17 | La capacidad del personal para comprender lo que necesidades de los pacientes. |
| p19 | El interés del personal de enfermería por los pacientes. |

Anexo 4. Ítems o categorías de la dimensión de la calidad subjetiva y objetiva (Escala de SERVQHOS)

| DENOMINACIÓN | ÍTEM |
|---------------------|--|
| p1 | La tecnología de los equipos médicos para los diagnósticos y tratamientos. |
| p2 | La apariencia del personal (limpieza y uniforme). |
| p3 | Las indicaciones (señalizaciones) para orientarse y saber dónde ir en el hospital. |
| p5 | El estado en que están las habitaciones del hospital (si dan o no una apariencia agradable). |
| p6 | La información que los médicos proporcionan. |
| p7 | El tiempo que el médico le ha dedicado a la visita médica. |
| p8 | La facilidad para conseguir una cama hospitalaria. |
| p10 | Recuerda el nombre del médico que lo atendió. |
| p18 | La información que el médico da a los familiares. |

Continuación Anexo 5

data válida estudio de estancia hospitalaria y reingreso relacionada con la satisfacción de paciente - Microsoft Excel

Inicio Inserir Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Font Reader PDF

Portapapeles Fuente Alineación Número Estilos Celdas Modificar

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y |
|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 43 | 42 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 44 | 43 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 45 | 44 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 46 | 45 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 47 | 46 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 48 | 47 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 49 | 48 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 50 | 49 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 51 | 50 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 52 | 51 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 53 | 52 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 54 | 53 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 55 | 54 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 56 | 55 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 57 | 56 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 58 | 57 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 59 | 58 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 60 | 59 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 61 | 60 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 62 | 61 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 63 | 62 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 64 | 63 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 65 | 64 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 66 | 65 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 67 | 66 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 68 | 67 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 69 | 68 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 70 | 69 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 71 | 70 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 72 | 71 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 73 | 72 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 74 | 73 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 75 | 74 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 76 | 75 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 77 | 76 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78 | 77 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 79 | 78 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 | 79 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81 | 80 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 82 | 81 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | 82 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 84 | 83 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 85 | 84 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Continuación del Anexo 5

data válida estudio de estancia hospitalaria y reingreso relacionada con la satisfacción de paciente - Microsoft Excel

Inicio Inserir Diseño de página Fórmulas Datos Revisar Vista Front Reader PDF

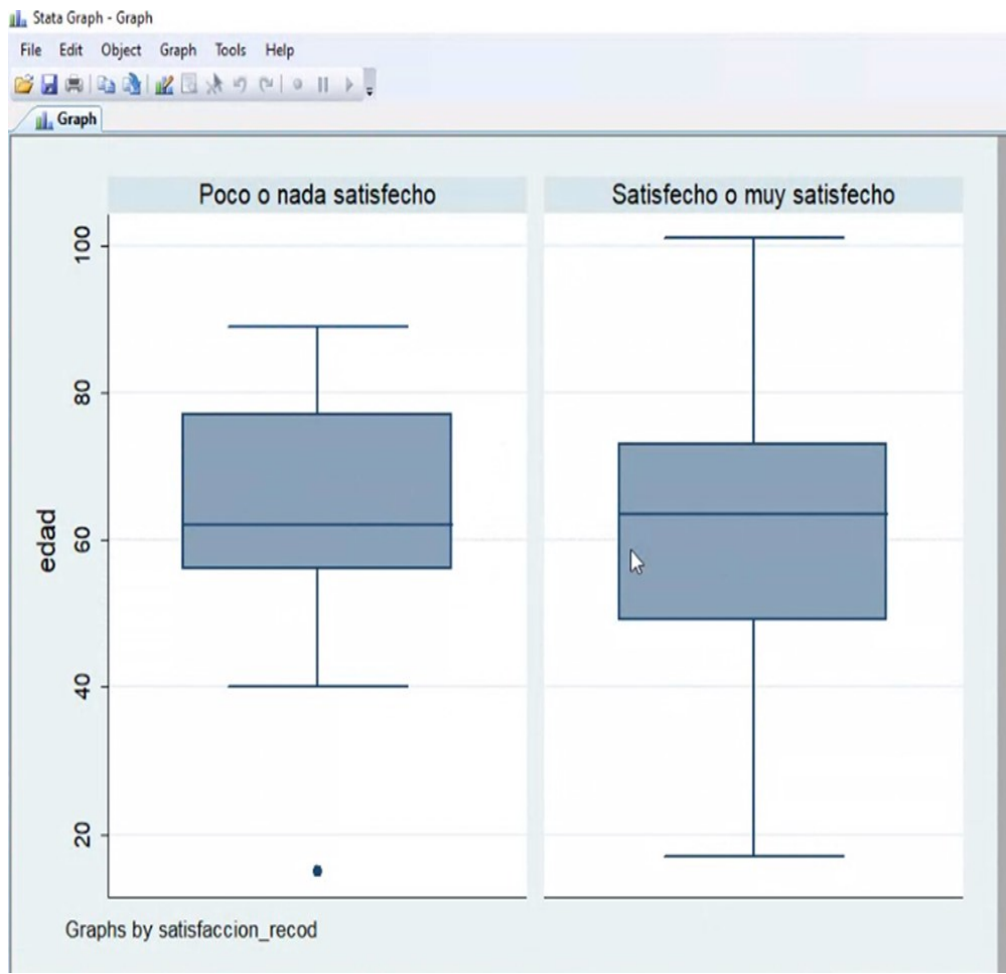
Contar Copiar Pegar Copiar formato Portapapeles Fuente Alineación Número Formato condicional Dar formato como tabla Estilos Celdas Autosuma Rellenar Borrar Ordenar y filtrar Buscar y seleccionar Modificar

| | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J | K | L | M | N | O | P | Q | R | S | T | U | V | W | X | Y |
|-----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 76 | 75 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 77 | 76 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 78 | 77 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 79 | 78 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 80 | 79 | 3 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 81 | 80 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 82 | 81 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 83 | 82 | 3 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 84 | 83 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 85 | 84 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 86 | 85 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 87 | 86 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 88 | 87 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 89 | 88 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 90 | 89 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 91 | 90 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 92 | 91 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 93 | 92 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 94 | 93 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 95 | 94 | 4 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 96 | 95 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 97 | 96 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 98 | 97 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 99 | 98 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| 100 | 99 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 101 | 100 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 102 | 101 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 103 | 102 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 104 | 103 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| 105 | 104 | 4 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 106 | 105 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 |
| 107 | 106 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 108 | 107 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 109 | 108 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 110 | 109 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 111 | 110 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 112 | 111 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| 113 | 112 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 114 | 113 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 115 | 114 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 116 | 115 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 117 | 116 | 4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Continuación del Anexo 5

data válida estudio de estancia hospitalaria y reingreso relacionada con la satisfacción de paciente - Microsoft Excel

| | DJ | DK | DL | DM | DN | DO | DP | DQ | DR | DS | DT | DU | DV | DW | DX | DY | DC | EA | EB | EC | ED | EE | EF | EG | EH |
|----|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 1 | diagre_35 | diagre_36 | diag_35 | diagre_36 | Reingreso | ecu1 | ecu2 | ecu3 | ecu4 | ecu5 | ecu6 | ecu7 | ecu8 | ecu9 | ecu10 | ecu11 | ecu12 | ecu13 | ecu14 | ecu15 | ecu16 | ecu17 | ecu18 | ecu19 | ecu20 |
| 2 | 0 | 0 | 3 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 3 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 4 | 1 | 0 | 6 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 5 | 0 | 0 | 7 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 6 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 7 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 2 | 3 | 3 |
| 8 | 0 | 0 | 7 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 9 | 0 | 0 | 11 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 10 | 0 | 0 | 12 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 11 | 0 | 0 | 11 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 1 |
| 12 | 0 | 0 | 13 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 13 | 0 | 0 | 14 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 14 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 15 | 0 | 0 | 19 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 |
| 16 | 0 | 0 | 10 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 3 |
| 17 | 0 | 0 | 9 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 1 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 18 | 0 | 0 | 8 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 19 | 0 | 0 | 8 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 20 | 0 | 0 | 8 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 21 | 0 | 0 | 12 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 22 | 0 | 0 | 7 | 1 | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 23 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 24 | 0 | 0 | 5 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 25 | 0 | 0 | 2 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 26 | 0 | 0 | 8 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 27 | 0 | 0 | 31 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 2 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 4 | 4 | 3 | 2 | 3 |
| 28 | 0 | 0 | 10 | 1 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 29 | 0 | 0 | 8 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 30 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 3 |
| 31 | 0 | 0 | 12 | 1 | 1 | 3 | 5 | 4 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 32 | 0 | 0 | 35 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 4 |
| 33 | 0 | 0 | 15 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 34 | 0 | 0 | 10 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 35 | 0 | 0 | 41 | 1 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 |
| 36 | 0 | 0 | 11 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 5 | 4 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 3 |
| 37 | 0 | 0 | 56 | 1 | 3 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 38 | 1 | 0 | 6 | 1 | 3 | 4 | 4 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 5 | 5 | 2 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 4 |
| 39 | 0 | 0 | 4 | 1 | 3 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 40 | 0 | 0 | 27 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 3 | 4 | 4 | 4 | 3 | 3 | 5 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 4 | 2 |
| 41 | 0 | 1 | 27 | 1 | 3 | 1 | 5 | 3 | 5 | 3 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 4 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 2 |
| 42 | 0 | 0 | 26 | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 1 | 1 | 3 | 4 | 1 | 5 | 1 | 1 | 4 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |
| 43 | 0 | 0 | 6 | 1 | 3 | 5 | 5 | 3 | 4 | 2 | 4 | 4 | 1 | 4 | 4 | 1 | 5 | 5 | 5 | 5 | 3 | 4 | 4 | 5 | 3 |



Stata/SE 11.1 - D:\Descargas\200908_base de datos Dr Neil.dta - [Results]

File Edit Data Graphics Statistics User Window Help

Review

```

30 do "C:\Users\Equi
31 roc satisfaccion_r
32 tab edad
33 gen grupo_etareo
34 tab grupo_et
35 recode grupo_e (C
36 tab grupo_e
37 label define grupc
38 label values grupc
39 tab grupo_e satisf
40 100/6
41 div: 100/6
42 coe 100/6

```

Variables

Name

- daexactodereingreso
- dia_recodificado
- siete
- recod_estancia
- calidad_subj
- calidad_obj
- satisfaccion_global
- reingreso
- satisfaccion_recod
- insatisfaccion
- grupo_etareo
- t_edad

```

. tab estancia_r satisfaccion_r, row
variable estancia_r not found
r(111);

. tab recod_estancia satisfaccion_r, row

```

| recod_estancia | satisfaccion_recod | | Total |
|-----------------------|---------------------|--------------|---------------|
| | Poco o na Satisfech | Satisfech | |
| Menor igual a 5 dias | 7 12.96 | 47 87.04 | 54 100.00 |
| De 6 a 11 dias | 11 16.92 | 54 83.08 | 65 100.00 |
| Mayor igual a 12 dias | 16 34.04 | 31 65.96 | 47 100.00 |
| Total | 34 20.48 | 132 79.52 | 166 100.00 |

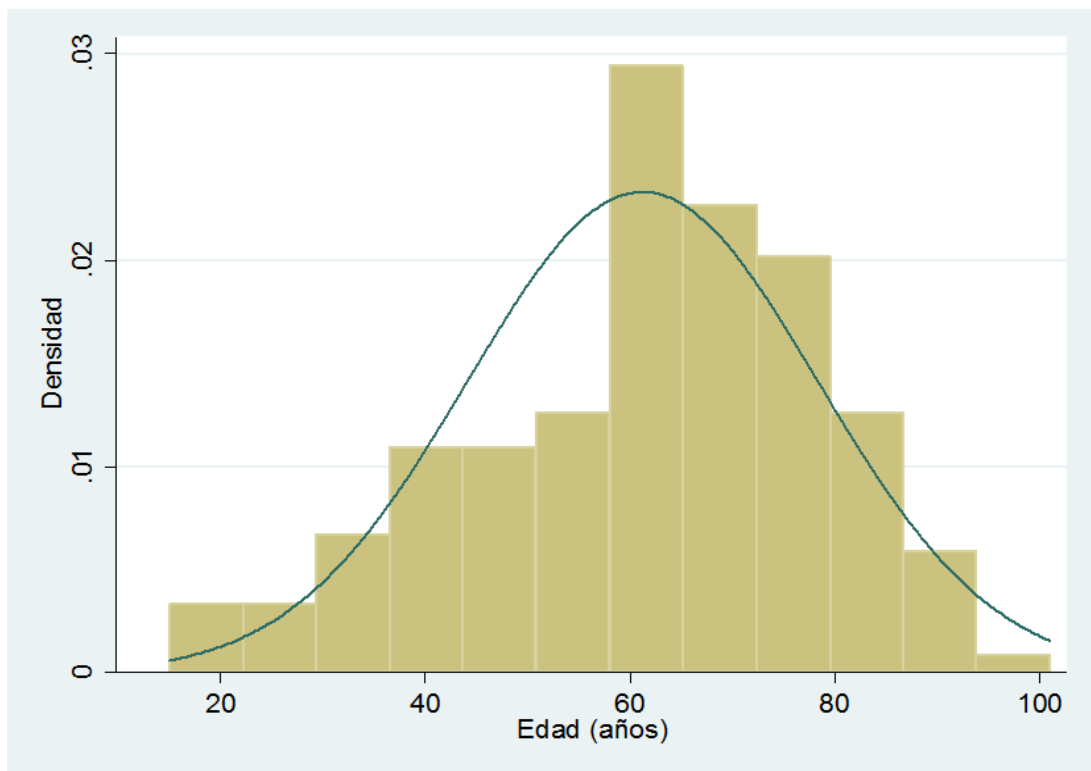
Key

frequency
row percentage

Command

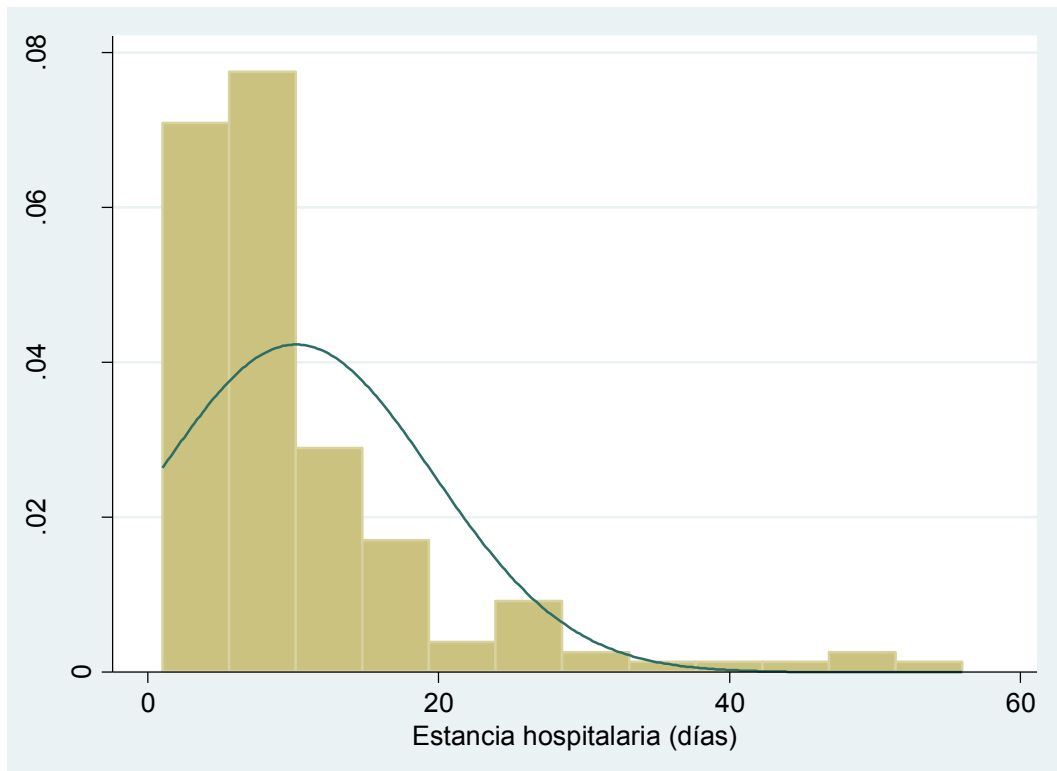
D:\Investigación\GIS LIMA\Stata11

Anexo 7. Figuras complementarias



Histograma de la variable edad

La asimetría de este histograma apoya la posición de que la variable edad tiene una distribución no normal.



Histograma de la variable Estancia Hospitalaria en días

La asimetría de este histograma apoya la posición de que la variable estancia en días muestra una distribución no normal.