

REPUBLICA DOMINICANA
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA (UNIBE)



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TESIS DE POSTGRADO PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE
ESPECIALIDAD EN MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN
LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA, FEBRERO 2025-
FEBRERO 2026.

SUSTENTANTES:

DRA. ESTEFAN BRITO PEGUERO	22-1259
DRA. YOSSELIN I. GONZÁLEZ SÁNCHEZ	22-1196

ASESORADO POR:

DRA. VIOLETA GONZÁLEZ (ASESORA METODOLÓGICA)
DRA. SARAH N. DE LA CRUZ (ASESORA CLÍNICA)

Los conceptos expuestos en la
siguiente tesis de postgrado es
de exclusiva responsabilidad

SANTO DOMINGO, DISTRITO NACIONAL
JUNIO, 2026

**FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN
LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS
DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA, FEBRERO
2025-FEBRERO 2026**

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	i
ABSTRACT	ii
Introducción	1
Capítulo I.....	6
1.1. Planteamiento de problema	6
1.2 Pregunta de investigación	7
1.3 Objetivos	8
1.3.1. Objetivo general:	8
1.3.2. Objetivos específicos	8
1.4. Justificación del problema	9
1.5. Limitaciones del estudio	11
Capítulo II. Marco teórico	12
2.1 Antecedentes	12
2.1.1 Antecedentes internacionales	12
2.1.2 Factores asociados al alta a petición	13
2.1.3 Repercusión del Discharge Against Medical Advice (DAMA) en indicadores de calidad	13
2.1.4 Antecedentes regionales.....	14
2.1.5 Antecedentes nacionales (República Dominicana).....	14
2.2. Marco conceptual.....	15
2.2.1 Eje administrativo y legal	15
2.2.2. Eje de atención en emergencias	15
2.2.3 Eje de calidad asistencial.....	16
2.2.4. Contexto geográfico y demográfico nacional	18
2.2.5. Contexto económico y político	18
2.2.6. Perfil sociodemográfico de la población objeto de estudio.....	18
2.2.7. Epidemiología nacional de servicios de emergencias.....	18
2.2.8. Factores estructurales del sistema dominicano	19
2.2.9. Determinantes socioculturales	19
2.2.10. Contexto institucional del Hospital General Plaza de la Salud	19
2.2.11. Síntesis integradora del marco teórico.....	21
2.2.12. Fundamentos teóricos desde la gestión de calidad	21
2.2.13. Factores clínicos asociados al alta a petición	22
Conclusión integradora del marco teórico.....	25
2.3. Contextualización.....	26
2.3.1. Reseña del sector	26
2.3.2. Marco espacial.....	28

Capítulo III: Diseño metodológico	30
3.1. Contexto o demarcación geográfica.....	30
3.2. Tipo de estudio.....	30
3.3. Variables	30
3.3.1. Variable independiente principal	30
3.3.2. Variables dependientes.....	30
3.3.3. Operacionalización de las variables.....	31
3.4. Población	32
3.5. Muestra	32
3.6. Criterios de inclusión.....	32
3.7. Criterios de exclusión.....	32
3.8. Instrumento de recolección de datos	33
3.9. Procedimiento de recolección de datos	34
3.10. Análisis de los datos	34
3.11. Control de sesgos	34
3.12. Aspectos éticos de la investigación.....	35
Capítulo IV: Resultados y discusión	36
Capítulo V: Análisis de resultados	47
5.1. Discusión de los resultados	47
5.2. Conclusiones	49
Capítulo VI: Recomendaciones.....	51
6.1. Recomendaciones	51
Referencias.....	53
Anexo	62

RESUMEN

Introducción. El alta a petición, conocida internacionalmente como Discharge Against Medical Advice (DAMA), es un fenómeno clínico-administrativo que afecta la continuidad asistencial y los indicadores de calidad en los servicios de emergencias. En la República Dominicana existe un vacío de información actualizada sobre su frecuencia y repercusión institucional, particularmente en centros de alta complejidad.

Métodos. Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo-analítico, de corte transversal y retrospectivo, realizado en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025–febrero 2026. Se incluyó la totalidad de pacientes que firmaron alta a petición mediante diseño censal, junto a un grupo comparativo con alta médica convencional en proporción 2:1. Los datos fueron obtenidos de expedientes clínicos mediante una ficha estructurada validada por juicio de expertos. El análisis comprendió estadística descriptiva y prueba Chi cuadrado ($p < 0.05$).

Resultados. Se registraron 352 pacientes con alta a petición, predominantemente adultos de 18 a 35 años (68%), sexo femenino (56%), estado civil soltero (82%), procedencia urbana (80%) y nivel educativo secundario (47%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron neurológicos (23%) y gastrointestinales (22%). El 82% contaba con seguro médico; entre estos, la percepción de mejoría clínica (39%) y la insatisfacción con el tiempo de espera (33%) fueron los principales motivos de alta. El reingreso dentro de las primeras 72 horas fue de 6%.

Discusión. El alta a petición constituye un fenómeno multifactorial influenciado por determinantes sociodemográficos, clínicos y organizacionales. La elevada frecuencia en adultos jóvenes, el predominio de patologías neurológicas y gastrointestinales, y la insatisfacción con los tiempos de espera evidencian la necesidad de fortalecer la comunicación médico-paciente y optimizar los procesos asistenciales para reducir reingresos evitables y mejorar la calidad de atención.

Palabras Clave: alta a petición, calidad asistencial, servicio de emergencias, reingreso hospitalario, seguridad del paciente

ABSTRACT

Introduction. Discharge Against Medical Advice (DAMA) is a clinical-administrative phenomenon that affects care continuity and quality indicators in emergency services. In the Dominican Republic, there is a gap in updated information regarding its frequency and institutional impact, particularly in high-complexity centers.

Methods. Quantitative, observational, descriptive-analytical, cross-sectional, and retrospective study conducted in the Emergency Department of Hospital General Plaza de la Salud from February 2025 to February 2026. All patients who signed a DAMA form were included using a census design, along with a comparison group of conventionally discharged patients in a 2:1 ratio. Data were collected from clinical records using a structured instrument validated by expert judgment. Analysis included descriptive statistics and Chi-square test ($p < 0.05$).

Results. A total of 352 patients were registered with DAMA, predominantly adults aged 18 to 35 (68%), female sex (56%), single marital status (82%), urban origin (80%), and secondary education (47%). The most frequent chief complaints were neurological (23%) and gastrointestinal (22%). 82% had health insurance; among these, perceived clinical improvement (39%) and dissatisfaction with waiting time (33%) were the leading discharge motives. The 72-hour readmission rate was 6%.

Discussion. DAMA constitutes a multifactorial phenomenon influenced by sociodemographic, clinical, and organizational determinants. The high frequency among young adults, the predominance of neurological and gastrointestinal conditions, and dissatisfaction with waiting times highlight the need to strengthen physician-patient communication and optimize care processes to reduce avoidable readmissions and improve emergency service quality.

Keywords: discharge against medical advice, quality of care, emergency service, hospital readmission, patient safety

Introducción

La calidad de la atención en los servicios de emergencias se evalúa de forma continua mediante indicadores críticos como las tasas de reingreso, la mortalidad intrahospitalaria, la satisfacción del usuario y la continuidad del cuidado. No obstante, un desafío frecuente y complejo que puede distorsionar estos indicadores es el alta a petición del paciente, un fenómeno conocido internacionalmente en la literatura anglosajona y médico-legal como Discharge Against Medical Advice (DAMA) (1). Esta situación ocurre cuando el usuario toma la decisión voluntaria de retirarse del establecimiento de salud antes de que el equipo asistencial tratante concluya el proceso diagnóstico, establezca su condición o complete el esquema terapéutico recomendado (3). El alta a petición es un evento clínico-administrativo de alto riesgo, considerado un reto de primer orden para la gestión hospitalaria contemporánea, ya que interrumpe la asistencia en un punto crítico, afectando de forma directa la seguridad del paciente y menoscabando el desempeño integral de las instituciones de salud.

A nivel global, la pertinencia de monitorizar el DAMA radica en su estrecha vinculación con resultados clínicos desfavorables. Diversas investigaciones internacionales han documentado que los pacientes que abandonan el hospital bajo esta modalidad presentan una probabilidad considerablemente mayor de sufrir complicaciones graves, eventos adversos e incluso mortalidad precoz en comparación con aquellos que completan de manera convencional su manejo médico (8). La literatura internacional documenta que el DAMA representa aproximadamente entre el 1% y el 2% de todas las hospitalizaciones, con cifras más elevadas en departamentos de emergencias de alta demanda, asociándose con tasas de reingreso no planificado significativamente más altas dentro de los primeros 30 días posteriores al egreso (8). Desde la perspectiva de la gestión y la política sanitaria, estos retornos prematuros conllevan una fragmentación asistencial, la duplicidad innecesaria de estudios diagnósticos y una ineficiencia operativa que eleva los costos acumulados del sistema de salud.

En el contexto latinoamericano, el fenómeno adquiere matices adicionales debido a determinantes estructurales, socioeconómicos y de aseguramiento. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha señalado que la saturación persistente de las salas de urgencias y las limitaciones en la infraestructura actúan como catalizadores del alta voluntaria, transformando el DAMA en un indicador indirecto de la calidad percibida y de la insatisfacción del usuario respecto a los tiempos de espera y el trato recibido (29). Asimismo, las barreras financieras derivadas de los

copagos y las deficiencias en la cobertura de las aseguradoras influyen de manera directa en la interrupción de los tratamientos. Por ejemplo, estudios regionales evidencian que una parte significativa de las altas voluntarias en centros de atención privados se debe a gastos de bolsillo imprevistos o demoras administrativas, lo que sitúa al paciente ante el conflicto ético de priorizar su estabilidad financiera frente a su bienestar clínico (13).

Para la República Dominicana, el panorama epidemiológico y de gestión en emergencias muestra una presión asistencial en aumento. Datos del Servicio Nacional de Salud (SNS) revelaron que en el año 2024 se registraron más de 4.6 millones de atenciones en salas de emergencias públicas a nivel nacional, concentrándose la mayor carga en los hospitales de alta complejidad del Gran Santo Domingo debido a la migración sanitaria interna (19). A pesar de este elevado volumen de pacientes y del incremento de estudios sobre gestión hospitalaria, en el país existe un marcado vacío de información científica actualizada sobre la frecuencia exacta del alta a petición y su impacto cuantitativo sobre los indicadores institucionales de calidad asistencial. La escasez de registros locales sistematizados restringe la capacidad de las autoridades y gerentes de salud para diseñar protocolos estandarizados de mitigación de riesgos que protejan la autonomía del paciente sin vulnerar los principios de beneficencia y seguridad clínica.

El Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud (HGPS), un centro de referencia nacional de tercer nivel de complejidad que opera bajo un modelo de autogestión, no se encuentra exento de esta problemática. Al ser una institución comprometida con la excelencia y acreditada por estándares internacionales de la Joint Commission International (JCI), el HGPS tiene la obligación de monitorizar constantemente la seguridad del usuario y el respeto a su autonomía (17). No obstante, de forma cotidiana se observa que una parte de la población atendida —compuesta por pacientes del régimen contributivo, seguros privados, planes internacionales y de turismo de salud— decide firmar el alta a petición antes de concluir su evaluación o tratamiento definitivo. En un entorno que maneja un alto volumen de consultas anuales, el abandono del cuidado se erige como un indicador centinela de posibles fallas en los procesos internos, tales como tiempos prolongados de espera puerta-médico o demoras en las autorizaciones de las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS).

Ante la necesidad crítica de esclarecer la magnitud real de este fenómeno dentro de la institución y aportar datos objetivos al acervo científico nacional, se plantea la presente investigación. Al examinar el comportamiento del alta voluntaria en el periodo comprendido entre febrero de 2025 y

febrero de 2026, este estudio se propone contestar las siguientes interrogantes de investigación: ¿Cuál es la frecuencia de pacientes que firman alta a petición en el servicio de emergencias? ¿Cuáles son las características sociodemográficas y clínicas predominantes en los pacientes que deciden firmar su alta a petición? ¿Cuáles son los principales motivos de consulta que presentan al momento de solicitar dicho egreso? ¿Cómo se distribuyen los diagnósticos presuntivos más recurrentes y cuáles son las áreas de atención del servicio de emergencias que presentan un mayor riesgo de deserción? ¿Existen diferencias significativas entre los motivos de alta a petición de pacientes asegurados y no asegurados, específicamente en lo relacionado con la gestión administrativa del seguro médico frente a causas clínicas? Y, finalmente, ¿cuál es el porcentaje de reingreso hospitalario dentro de las primeras 72 horas en aquellos pacientes que abandonaron el servicio por alta a petición?

Para dar respuesta a estas interrogantes, la investigación se ha estructurado en torno a un objetivo general bien delimitado: determinar la frecuencia de pacientes que firman alta a petición y su repercusión en los marcadores de calidad de la atención en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025 – febrero 2026. Asimismo, para guiar el análisis detallado, se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que firman alta a petición; 2) identificar los principales motivos de consulta (tales como afecciones cardiovasculares, respiratorias, neurológicas, traumatismos, metabólicas o infecciosas) que impulsan la solicitud de egreso; 3) describir los diagnósticos presuntivos más recurrentes para localizar las áreas de atención con mayor susceptibilidad de deserción; 4) categorizar los motivos de alta distinguiendo entre causas puramente clínicas y aquellas asociadas a la gestión administrativa del seguro; y 5) determinar de forma precisa la tasa de reingreso a las 72 horas de este grupo de pacientes.

Metodológicamente, la investigación adopta un diseño observacional, descriptivo-analítico, de corte transversal y retrospectivo. Ante la falta de bases estadísticas previas a nivel institucional, se optó por un diseño de tipo censal que abarca la totalidad de los pacientes que firmaron su alta voluntaria y cumplieron con los criterios de inclusión durante el año de estudio. Para otorgar robustez analítica a las comparaciones estadísticas, se seleccionó un grupo comparativo de pacientes con alta médica convencional en una proporción 2:1 mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. La recolección de los datos sociodemográficos, clínicos y de calidad se llevó a cabo de forma rigurosa a través de una ficha estructurada y validada mediante el juicio de tres expertos

y una prueba piloto. Los análisis estadísticos se realizaron con el paquete informático SPSS, aplicando estadística descriptiva y la prueba no paramétrica de Chi cuadrado para establecer la asociación entre variables, utilizando un nivel de significancia estandarizado de $p < 0.05$.

Los hallazgos derivados de este estudio ofrecen una lectura profunda del comportamiento del DAMA en la población dominicana atendida en el HGPS. Sociodemográficamente, el fenómeno se concentró de forma mayoritaria en adultos jóvenes en edad productiva de entre 18 y 35 años (68%), lo cual se alinea con la literatura que aduce presiones socioeconómicas, laborales y una menor percepción del riesgo de complicación clínica en este grupo de edad. No obstante, el estudio arrojó un predominio del sexo femenino (56%) y una marcada prevalencia de pacientes solteros (82%), residiendo el 80% en la zona urbana. En el ámbito académico, el hecho de que el 47% contara con educación secundaria y el 35% con formación universitaria corrobora que el alta voluntaria es un evento multifactorial que trasciende el nivel educativo del usuario. Clínicamente, a diferencia de los patrones internacionales que suelen apuntar a dolores inespecíficos o traumas leves, en el HGPS las patologías de origen neurológico (23%) y gastrointestinal (22%) se posicionaron como los motivos de consulta más recurrentes, planteando un serio dilema asistencial ante el potencial de descompensación aguda que revisten estas afecciones.

Por otra parte, la dimensión administrativa y de calidad aporta datos clave para la toma de decisiones estratégicas. Si bien el 82% de los pacientes poseía cobertura de seguro médico, el desglose de los motivos de alta evidenció que la percepción subjetiva de mejoría o el deseo de tratarse en el hogar constituyeron la primera causa (39%), seguida muy de cerca por la insatisfacción explícita con los tiempos de espera del servicio (33%). Las trabas burocráticas y copagos de las ARS representaron el 12% de los casos. Finalmente, la cuantificación del reingreso hospitalario a las 72 horas —marcador de resultado fundamental para evaluar la efectividad clínica de Donabedian— demostró que el 6% de los pacientes que firmaron el alta voluntaria retornó de forma no planificada a la emergencia por la misma condición médica inicial. Esta proporción ratifica el peligro del egreso prematuro y su impacto directo en el incremento de la carga operativa y la saturación del sistema.

En conclusión, esta investigación proporciona la evidencia científica local que el sistema dominicano requería, llenando el vacío informativo al año 2026. Al identificar que los determinantes organizacionales, como el tiempo de espera, y los clínicos, vinculados a la percepción de mejoría, dirigen el alta voluntaria, el estudio ofrece un diagnóstico claro para que el Hospital General Plaza

de la Salud optimice sus procesos de atención y refuerce sus estrategias de comunicación médico-paciente. Más allá de los muros institucionales, los resultados derivados de esta tesis trascienden a la política sanitaria nacional, sirviendo como insumo de alto valor para que el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud formulen guías clínicas estandarizadas que promuevan la continuidad del cuidado, salvaguarden la seguridad del paciente y robustezcan de forma integral la calidad de los servicios de emergencias en toda la geografía nacional.

Capítulo I

1.1. Planteamiento de problema

La calidad de la atención en los servicios de emergencias se evalúa mediante indicadores críticos como las tasas de reingreso, la mortalidad, la satisfacción del usuario y la continuidad del cuidado. No obstante, un desafío frecuente que puede distorsionar estos indicadores es el alta a petición del paciente, también conocida como alta contra el consejo médico (DAMA), situación que ocurre cuando el usuario decide retirarse del hospital antes de concluir el proceso diagnóstico o terapéutico recomendado por el equipo asistencial (1).

En el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud se observa que una parte de los pacientes firma el alta a petición antes de completar su evaluación o tratamiento. Esta decisión anticipada constituye un evento clínico relevante, ya que puede afectar negativamente la evolución del paciente y, al mismo tiempo, influir en los marcadores institucionales de calidad, tales como reingresos tempranos, complicaciones posteriores y percepción de satisfacción. Diversas investigaciones han documentado que los pacientes que abandonan el hospital bajo la modalidad DAMA presentan una probabilidad considerablemente mayor de reingreso y eventos adversos en comparación con aquellos que completan su manejo (2).

El alta a petición se considera un reto clínico y administrativo debido a sus implicaciones en la seguridad del paciente y en el desempeño institucional. Se ha demostrado que quienes se marchan contra recomendación médica tienen una evolución más desfavorable, mayores tasas de complicaciones, incrementos en la carga asistencial por reconsultas y un impacto directo en los costos de la atención (3). A nivel local, la ausencia de registros sistematizados sobre la frecuencia y consecuencias de este tipo de alta dificulta la implementación de estrategias basadas en evidencia para mitigar sus efectos y mejorar la calidad del servicio (4).

Analizar la frecuencia de altas a petición y su repercusión en los indicadores de calidad permitirá cuantificar la magnitud del fenómeno, identificar factores asociados y comprender su impacto real dentro del servicio. Esta información es indispensable para diseñar intervenciones orientadas a fortalecer la seguridad del paciente, reducir reingresos prevenibles, optimizar la comunicación clínico-paciente y reforzar los protocolos de continuidad de la atención. Asimismo, los hallazgos podrán contribuir a la toma de decisiones estratégicas que favorezcan la mejora continua del rendimiento del Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud (5).

En este contexto, se justifica la necesidad de examinar la frecuencia de pacientes que firman alta a petición y evaluar su repercusión en los marcadores de calidad de la atención en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, durante el período comprendido entre febrero de 2025 y febrero de 2026. Considerando que la literatura internacional reporta que el DAMA representa aproximadamente entre el 1% y el 2% de las hospitalizaciones, con cifras que pueden ser más elevadas en hospitales urbanos de alta complejidad (11), y que el HGPS atiende más de 40,000 consultas de emergencia al año, se estima que un número significativo de pacientes abandona el servicio sin completar su atención, con consecuencias directas sobre su seguridad clínica y sobre los indicadores institucionales de calidad. La generación de evidencia local actualizada sobre este fenómeno es indispensable para orientar intervenciones basadas en datos reales que fortalezcan la seguridad del paciente y la mejora continua del servicio.

1.2 Pregunta de investigación

En atención a lo anterior, surgen las siguientes interrogantes de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de pacientes que firman alta a petición en el servicio de emergencias?

¿Cuáles son las características sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, procedencia) y clínicas predominantes en los pacientes que deciden firmar su alta a petición?

¿Cuáles son los principales motivos de consulta (cardiovasculares, respiratorios, metabólicos, entre otros) que presentan los pacientes al momento de solicitar el alta a petición?

¿Cómo se distribuyen los diagnósticos presuntivos más recurrentes en estos pacientes y cuáles son las áreas de atención del servicio de emergencias que presentan un mayor riesgo de deserción?

¿Existen diferencias significativas entre los motivos de alta a petición de pacientes asegurados y no asegurados, específicamente en lo relacionado con la gestión administrativa del seguro médico frente a causas clínicas?

¿Cuál es el porcentaje reingreso hospitalario dentro de las primeras 72 horas en aquellos pacientes que abandonaron el servicio de alta a petición?

1.3 Objetivos

1.3.1. Objetivo general:

Determinar la frecuencia de pacientes que firman alta a petición y su repercusión en los marcadores de calidad de la atención en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025 – febrero 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

1. Conocer el perfil sociodemográfico y clínico de los pacientes que firman alta a petición (edad, sexo, estado civil, procedencia, entre otros).
2. Identificar los principales motivos de consultas que llevan a los pacientes a solicitar alta a petición en el servicio de emergencias (cardiovasculares, respiratorios, neurológico, traumatismos, metabólicas, infecciosas, otros)
3. Describir los diagnósticos presuntivos más recurrentes en los pacientes que solicitan alta a petición, con el fin de localizar, las áreas de atención con mayor riesgo de deserción. (cardiovasculares, respiratorios, neurológico, gastrointestinales, traumatismos, metabólicos, infecciosos, otros)
4. Categorizar los motivos de alta a petición en pacientes asegurados y no asegurados, distinguiendo entre causas clínicas y causas relacionadas con la gestión administrativa del seguro médico.
5. Determinar el reingreso a 72 horas de los pacientes que firman el alta a petición.

1.4. Justificación del problema

La presente investigación se fundamenta en la necesidad crítica de comprender los factores que inciden en la interrupción de la asistencia médica en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud. Al ser un centro de tercer nivel con acreditación internacional, el fenómeno del "Alta a Petición" representa un desafío multifactorial que impacta tanto la gestión administrativa como la seguridad clínica.

Desde la perspectiva de la gestión hospitalaria, el alta a petición actúa como un indicador centinela. Una frecuencia elevada de altas voluntarias suele ser el síntoma de fallas en los procesos de atención, tales como tiempos de espera prolongados o barreras en la comunicación médico-paciente. Para el HGPS, analizar estos datos durante el periodo Febrero-Febrero de 2026 es fundamental para mantener los estándares de la Joint Commission International (JCI), que exige la monitorización constante de la satisfacción y seguridad del usuario.

Como institución acreditada por estándares internacionales, el HGPS tiene el compromiso de cumplir con las metas de calidad de la Joint Commission International (6), las cuales establecen que el respeto a la autonomía del paciente debe ir acompañado de un proceso riguroso de información y mitigación de riesgos. Este estudio es pertinente porque permitirá identificar si existen brechas en la comunicación o en los tiempos de respuesta (indicador de Oportunidad) que estén impulsando al paciente a abandonar el centro, contraviniendo los objetivos de excelencia institucional

Desde el punto de vista clínico, el alta a petición es un evento de alto riesgo. El paciente que abandona el servicio sin estabilidad hemodinámica o sin un diagnóstico definitivo tiene una mayor probabilidad de complicaciones graves. Este estudio permitirá cuantificar la tasa de reingresos a las 72 horas, aportando evidencia científica sobre cómo el egreso prematuro compromete el pronóstico del paciente y aumenta la carga operativa del sistema de salud al generar retornos en condiciones críticas.

En el contexto dominicano actual, el factor económico y el modelo de aseguramiento influyen en la toma de decisiones del paciente. Esta investigación es pertinente porque busca identificar si las limitaciones de las coberturas de las ARS o los gastos de bolsillo son determinantes en el abandono del tratamiento. Los hallazgos servirán como base para diseñar estrategias de intervención que garanticen la continuidad del servicio y optimicen la relación costo-beneficio de la atención de emergencia.

Finalmente, este trabajo llena un vacío de información local actualizada al año 2026. Proporciona un marco de referencia para futuras investigaciones sobre gestión de servicios de salud en República Dominicana y ofrece a las autoridades del HGPS una herramienta diagnóstica basada en datos reales para la implementación de políticas de mejora continua.

Desde una perspectiva de política sanitaria nacional, los hallazgos de esta investigación trascienden el ámbito institucional del HGPS. Los resultados podrán ser utilizados como referencia por el Ministerio de Salud Pública y el Servicio Nacional de Salud para el diseño de protocolos estandarizados de manejo del alta a petición en los servicios de emergencias del país. En un sistema de salud donde la acreditación internacional y la mejora continua constituyen prioridades estratégicas, contar con datos nacionales actualizados sobre el DAMA representa un insumo de alto valor para la toma de decisiones en salud pública y para el fortalecimiento de la calidad asistencial a nivel sistémico.

1.5. Limitaciones del estudio

El presente estudio presenta algunas limitaciones inherentes a su diseño que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, al tratarse de un estudio retrospectivo basado en revisión de expedientes, la calidad de la información depende de la completitud y precisión del registro clínico, lo que podría generar pérdida de datos en algunas variables. En segundo lugar, el diseño transversal no permite establecer relaciones de causalidad entre el alta a petición y los indicadores de calidad evaluados, sino únicamente asociaciones estadísticas. En tercer lugar, la selección del grupo comparativo mediante muestreo no probabilístico por conveniencia puede limitar la representatividad de dicho grupo y la generalización de los hallazgos a otros contextos hospitalarios. Finalmente, al circunscribirse a un único centro de referencia con características particulares de acreditación y población atendida, los resultados no son directamente extrapolables a hospitales públicos del sistema dominicano de salud, aunque sí constituyen un referente válido para instituciones de complejidad similar.

Capítulo II. Marco teórico

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

El alta a petición del paciente, conocida en la literatura anglosajona como Discharge Against Medical Advice (DAMA), constituye un fenómeno clínico-administrativo que impacta la continuidad asistencial y los indicadores de calidad en los servicios de emergencias. En los últimos cinco años, múltiples investigaciones han demostrado que el DAMA representa un desafío para la gestión hospitalaria, debido a su asociación con reingresos tempranos, eventos adversos y aumento de costos sanitarios (7).

A nivel global, el fenómeno del alta a petición es reconocido como un desafío para la gestión de riesgos y la seguridad del paciente. La literatura internacional documenta una asociación consistente entre el hacinamiento en los servicios de emergencias, los tiempos prolongados de espera para una cama de internamiento y el abandono del tratamiento por parte del paciente, siendo el hacinamiento uno de los factores organizacionales más citados en el origen del DAMA (8).

Asimismo, la evidencia internacional documenta consistentemente que los pacientes con alta contra opinión médica presentan tasas de reingreso al servicio de urgencias más elevadas que aquellos con altas médicas convencionales en las horas y días posteriores al egreso, lo que impacta negativamente en el marcador de seguridad del paciente (28).

La World Health Organization ha señalado que la calidad en los servicios de urgencias debe evaluarse mediante indicadores relacionados con seguridad del paciente, efectividad clínica y continuidad del cuidado, dimensiones que pueden verse comprometidas cuando el paciente abandona el establecimiento antes de completar su tratamiento (10).

La literatura internacional documenta que el DAMA representa aproximadamente entre el 1 % y el 2 % de todas las hospitalizaciones, con cifras más elevadas en departamentos de emergencias de alta demanda (11). Asimismo, se ha documentado que los pacientes que egresan bajo esta modalidad presentan tasas de reingreso no planificado significativamente más altas —reportadas hasta un 20-40 % por encima— en comparación con aquellos dados de alta médica convencional dentro de los primeros 30 días (12).

Investigaciones publicadas en JAMA Network Open han demostrado que el DAMA se asocia con incremento significativo en complicaciones clínicas, particularmente en pacientes con enfermedades cardiovasculares, infecciosas y metabólicas descompensadas (5). Desde la perspectiva de gestión, estos reingresos representan fallas en la continuidad del cuidado y afectan los indicadores de desempeño institucional (14).

En Europa, análisis recientes han identificado que la decisión de alta voluntaria está fuertemente influenciada por factores organizacionales, como tiempos prolongados de espera y percepción de insatisfacción con la atención recibida (15). Estos hallazgos han llevado a considerar el DAMA como un indicador indirecto de calidad percibida por el usuario (16).

2.1.2 Factores asociados al alta a petición

Diversos estudios recientes han identificado determinantes sociodemográficos asociados al DAMA, destacando mayor frecuencia en pacientes jóvenes, de sexo masculino y en edad laboral activa (25). Estas características se relacionan con presiones socioeconómicas y menor percepción de riesgo clínico (18).

Desde el punto de vista clínico, la literatura señala que los pacientes con antecedentes de trastornos por uso de sustancias, enfermedades psiquiátricas o patologías crónicas descompensadas presentan mayor probabilidad de solicitar alta voluntaria (19). Esta asociación ha sido confirmada en estudios observacionales publicados entre 2022 y 2024 en revistas de emergenciológica (20).

Los factores institucionales también desempeñan un papel determinante. La sobrecarga asistencial, el hacinamiento en salas de observación y la comunicación médico-paciente inadecuada han sido señalados como variables asociadas al fenómeno (21). Investigaciones recientes subrayan que la insatisfacción del paciente constituye uno de los predictores más consistentes del DAMA (22).

2.1.3 Repercusión del Discharge Against Medical Advice (DAMA) en indicadores de calidad

Los indicadores de calidad en servicios de emergencias incluyen tasas de reingreso a 72 horas, eventos adversos, estancia hospitalaria y satisfacción del usuario (23). El Discharge Against Medical Advice impacta directamente estos marcadores, particularmente el reingreso precoz, considerado un indicador sensible de calidad asistencial (24).

La evidencia internacional indica que los pacientes con DAMA presentan un riesgo significativamente mayor de hospitalización no planificada en los días posteriores al egreso, en comparación con quienes completan su manejo médico de forma convencional (25). Este fenómeno repercute negativamente en la eficiencia operativa del servicio de emergencias y en la utilización de recursos hospitalarios (26).

Desde la perspectiva de gestión hospitalaria, el DAMA también se asocia con incremento de costos por duplicidad de estudios diagnósticos y mayor utilización de camas hospitalarias en reingresos subsecuentes (27). Esto genera impacto financiero y afecta indicadores de desempeño institucional (28).

2.1.4 Antecedentes regionales

En la región latinoamericana, la Organización Panamericana de la Salud ha advertido que la saturación de servicios de urgencias constituye un problema estructural que afecta la calidad de atención (29). En este contexto, el DAMA ha sido identificado como evento asociado a tiempos prolongados de espera y limitaciones en infraestructura hospitalaria.

En el contexto latinoamericano, el factor socioeconómico juega un papel preponderante. Diversos análisis han señalado que, en servicios de emergencia privados de la región, las limitaciones en la cobertura del seguro médico y los gastos de bolsillo imprevistos figuran entre los motivos frecuentemente asociados a las altas voluntarias (38).

La literatura internacional reporta tasas de DAMA que oscilan ampliamente —desde menos del 1 % hasta cifras de un solo dígito alto— según el tipo de hospital, el nivel de complejidad y el contexto asistencial (25). Sin embargo, la producción científica latinoamericana sobre este fenómeno aún es limitada, lo que evidencia la necesidad de investigaciones locales que permitan dimensionar su impacto real (32).

2.1.5 Antecedentes nacionales (República Dominicana)

En la República Dominicana, los estudios sobre indicadores de gestión en emergencias han ido en aumento. Se destaca el informe de gestión del Servicio Nacional de Salud (19), el cual señala que la saturación de las emergencias en centros de alta complejidad del Gran Santo Domingo es el principal catalizador de las altas voluntarias.

De manera específica, investigaciones previas realizadas en centros similares al Hospital General Plaza de la Salud han indicado que el perfil del paciente que firma alta a petición suele ser un adulto joven (20-40 años) con diagnósticos de dolor abdominal inespecífico o traumas leves. Sin embargo, existe un vacío de información actualizado al 2026 sobre cómo este fenómeno altera específicamente los marcadores de calidad bajo los nuevos protocolos de acreditación internacional del HGPS, lo que justifica la pertinencia de la presente tesis.

2.2. Marco conceptual

2.2.1 Eje administrativo y legal

- Alta a petición: El alta a petición se define como el egreso voluntario del paciente antes de que el médico tratante indique formalmente su salida, dejando constancia escrita de su decisión (33). Este acto se fundamenta en el principio bioético de autonomía, pero puede entrar en conflicto con la beneficencia y la no maleficencia cuando compromete la seguridad clínica (34).
- Alta contra opinión médica: Variante de la alta voluntaria donde el paciente insiste en el egreso a pesar de la advertencia profesional sobre los riesgos inminentes para su salud o vida.
- Consentimiento informado de egreso: Documento de carácter legal mediante el cual el paciente reconoce haber recibido información sobre los riesgos de su retiro prematuro y exonera de responsabilidad al centro asistencial.

2.2.2. Eje de atención en emergencias

- Triage: Metodología de selección y clasificación de pacientes basada en sus necesidades terapéuticas y la urgencia, que en el HGPS sigue una escala del I al V para priorizar la atención según la gravedad.
- Tiempo de espera puerta-medico: Intervalo de tiempo que transcurre desde que el paciente completa su registro administrativo en la emergencia hasta que es evaluado físicamente por el personal médico.
- Servicio de emergencias: son un conjunto de agencias especializadas que responden a situaciones de riesgo inminente para la vida, la salud o la propiedad. Su objetivo principal es proteger a las personas y minimizar daños mediante una acción inmediata y coordinada

2.2.3 Eje de calidad asistencial

El modelo de Donabedian establece que la calidad en salud debe evaluarse en tres dimensiones: estructura, proceso y resultado. En este marco, el DAMA puede interpretarse como una alteración en el proceso asistencial que repercute en los resultados clínicos (35).

La World Health Organization ha reforzado la necesidad de integrar la seguridad del paciente dentro de los sistemas de evaluación de calidad, enfatizando la reducción de eventos prevenibles y la mejora continua (36).

Indicadores de calidad: Medidas estadísticas que permiten evaluar dimensiones específicas de la atención, como la oportunidad, la seguridad y la eficacia en el servicio de emergencias. Entre los principales indicadores se incluyen: tiempo puerta-evaluación, tiempo puerta-tratamiento, reingreso a 72 horas, mortalidad intrahospitalaria, eventos adversos, satisfacción del usuario (37). El DAMA puede influir directamente en varios de estos indicadores, particularmente en el reingreso precoz y en la percepción de calidad del servicio (38).

El alta a petición ha comenzado a considerarse en la literatura contemporánea no solo como una decisión individual del paciente, sino como un posible reflejo de fallas sistémicas en la organización del servicio, particularmente en entornos de alta demanda como los departamentos de emergencias (39). Investigaciones recientes señalan que las tasas elevadas de DAMA pueden asociarse con deficiencias en la comunicación clínica, tiempos prolongados de espera y percepción negativa del trato recibido (40).

Desde la perspectiva de gestión hospitalaria, el DAMA puede impactar la reputación institucional, la satisfacción del usuario y la evaluación externa de desempeño, especialmente en sistemas que utilizan indicadores de calidad comparativos entre centros (41). En este sentido, algunos autores proponen incluir la tasa de alta voluntaria dentro de los indicadores de monitoreo interno en emergencias (42).

Continuidad asistencial y riesgo de fragmentación: La continuidad del cuidado constituye un pilar fundamental de la calidad en salud. La interrupción del tratamiento mediante alta voluntaria puede generar fragmentación asistencial, duplicidad de estudios diagnósticos y pérdida de seguimiento clínico (43).

Estudios publicados entre 2022 y 2024 demuestran que los pacientes que firman DAMA presentan mayor probabilidad de complicaciones no detectadas oportunamente, particularmente en

patologías cardiovasculares, infecciones sistémicas y descompensaciones metabólicas (44). Esta situación compromete directamente la efectividad del proceso asistencial y repercute en indicadores de resultado (45).

Reingreso hospitalario: Marcador de resultado que registra el retorno de un paciente al servicio de emergencias por la misma causa clínica inicial en un plazo menor a tres días después de un alta previa. El reingreso no planificado dentro de las primeras 72 horas o dentro de los 30 días posteriores al alta constituye uno de los indicadores más utilizados para evaluar calidad asistencial en emergencias (46). La literatura evidencia que el DAMA incrementa significativamente el riesgo de reconsulta precoz, lo que genera sobrecarga adicional al sistema (47).

Diversos estudios han documentado que el riesgo de reingreso hospitalario en pacientes con DAMA es significativamente mayor que en aquellos con alta médica convencional, aunque la magnitud exacta varía según el contexto y la población estudiada (48). Desde el enfoque de gestión, este fenómeno afecta la eficiencia operativa, incrementa tiempos de espera y reduce disponibilidad de camas (49).

Seguridad del paciente: La seguridad del paciente es definida como la reducción del riesgo de daño innecesario asociado a la atención sanitaria (36). El abandono prematuro del tratamiento puede aumentar la probabilidad de eventos adversos, especialmente cuando el paciente no comprende plenamente las implicaciones clínicas de su decisión (50).

Investigaciones recientes indican que la educación adecuada al paciente y la comunicación clara sobre riesgos disminuyen la probabilidad de DAMA, lo que sugiere que intervenciones organizacionales pueden reducir su incidencia (51). Desde esta perspectiva, el fenómeno no debe interpretarse exclusivamente como acto autónomo, sino como evento prevenible en ciertos contextos (52).

Impacto financiero: El DAMA también tiene implicaciones económicas. Estudios de costo-efectividad demuestran que los pacientes que regresan tras alta voluntaria generan mayor gasto acumulado debido a repetición de estudios y prolongación de estancia hospitalaria subsecuente.

En sistemas con recursos limitados, la gestión ineficiente derivada de reingresos evitables puede comprometer la sostenibilidad financiera institucional. Por ello, la vigilancia del DAMA adquiere relevancia dentro de los programas de mejora continua y control de calidad.

2.2.4. Contexto geográfico y demográfico nacional

La República Dominicana cuenta con una población estimada superior a 11 millones de habitantes, concentrándose una proporción significativa en el Gran Santo Domingo. La urbanización acelerada ha incrementado la demanda de servicios de emergencias en hospitales de alta complejidad (53).

En 2024, el sistema nacional registró más de 4.6 millones de atenciones en salas de emergencia públicas, reflejando alta presión asistencial (54). Asimismo, la Dirección de Servicios de Atención a Emergencias Extrahospitalarias reportó más de 600,000 asistencias prehospitales durante el mismo período (55).

2.2.5. Contexto económico y político

El sistema de salud dominicano opera bajo un modelo mixto regulado por el Sistema Dominicano de Seguridad Social (56). Aunque la cobertura ha aumentado, persisten desigualdades en acceso y copagos que pueden influir en la permanencia hospitalaria (13).

Las políticas nacionales están alineadas con lineamientos de seguridad del paciente promovidos por organismos internacionales (36). En este contexto, la evaluación del DAMA se vincula directamente con estrategias de mejora continua y fortalecimiento de calidad asistencial (58).

2.2.6. Perfil sociodemográfico de la población objeto de estudio

La población que acude al Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud está compuesta principalmente por adultos en edad productiva, con diversidad de cobertura aseguradora y procedencia urbana (59).

Factores como nivel educativo, ocupación y percepción de costos pueden influir en la decisión de firmar alta a petición (60). En este contexto, analizar la frecuencia de DAMA durante el período febrero 2025–febrero 2026 permitirá identificar patrones asociados y su repercusión en los marcadores de calidad institucional.

2.2.7. Epidemiología nacional de servicios de emergencias

La República Dominicana ha experimentado incremento progresivo en la demanda de servicios de urgencias en los últimos años. De acuerdo con datos oficiales del Servicio Nacional de Salud, en 2024 se registraron más de 4.6 millones de atenciones en salas de emergencias públicas a nivel

nacional (54). Esta cifra refleja la elevada carga asistencial y la presión estructural sobre los hospitales del país.

La Dirección de Servicios de Atención a Emergencias Extrahospitalarias reportó más de 600,000 asistencias prehospitales en 2024, con cobertura aproximada del 90 % del territorio nacional (55). En 2025, durante los primeros meses del año, ya se habían registrado más de 180,000 asistencias, destacando dificultad respiratoria, trauma y dolor abdominal como principales causas (61).

Este volumen asistencial evidencia la necesidad de monitorear indicadores de calidad en emergencias, incluyendo eventos como el alta a petición, que podrían incrementarse en contextos de saturación (62).

2.2.8. Factores estructurales del sistema dominicano

El sistema de salud dominicano opera bajo un esquema mixto, regulado por la Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (56). Aunque la cobertura aseguradora ha mejorado, las diferencias entre regímenes contributivo y subsidiado generan variabilidad en acceso y continuidad de servicios.

En el contexto urbano del Gran Santo Domingo, la concentración de hospitales de alta complejidad aumenta la afluencia de pacientes provenientes de provincias periféricas. Esta migración sanitaria interna incrementa la ocupación de emergencias y puede influir indirectamente en decisiones como el DAMA (63).

2.2.9. Determinantes socioculturales

Factores culturales y socioeconómicos también influyen en la toma de decisiones médicas. En el contexto dominicano, la estructura familiar extensa y la influencia de acompañantes en la decisión clínica pueden modificar la permanencia hospitalaria.

Asimismo, la necesidad de reincorporación laboral temprana y la percepción de costos adicionales, aun con seguro médico, pueden motivar solicitudes de alta anticipada. Estos elementos deben considerarse al analizar la frecuencia de DAMA y su repercusión en indicadores de calidad.

2.2.10. Contexto institucional del Hospital General Plaza de la Salud

El Hospital General Plaza de la Salud es un centro de referencia nacional que atiende población asegurada y privada, con infraestructura tecnológica avanzada y múltiples especialidades médicas.

Su servicio de emergencias maneja patologías médicas, quirúrgicas y traumáticas de diversa complejidad (59).

El Hospital General Plaza de la Salud, inaugurado en 1997, opera bajo un modelo de autogestión que lo posiciona como un referente en el sistema de salud dominicano. Para el primer semestre de 2026, el hospital se consolida como un centro de tercer nivel de complejidad y de cuarto nivel en especialidades diagnósticas. Su misión se centra en la provisión de servicios de salud de alta calidad, apoyados en la docencia y la investigación, bajo un modelo de atención humanizada.

-El Servicio de Emergencias y la Gestión de Calidad

El Servicio de Emergencias del HGPS es una unidad crítica de alta demanda que opera bajo el sistema de Triage Internacional. Este departamento es el primer punto de contacto para una población diversa que incluye pacientes del régimen contributivo, seguros privados nacionales e internacionales, y pacientes internacionales bajo el modelo de turismo de salud.

La gestión de calidad en esta unidad se rige por los estándares de la Joint Commission International (JCI). El seguimiento del "Alta a Petición" es una prioridad para la Dirección de Calidad del hospital, ya que en 2025 y 2026 se han reforzado los protocolos para disminuir el tiempo de espera y mejorar la satisfacción del usuario, considerando el abandono del tratamiento como un indicador crítico de desempeño institucional.

-Características de la Población Atendida

La población que acude a emergencias en el HGPS proviene principalmente del Distrito Nacional y el Gran Santo Domingo. Durante el periodo enero-junio 2026, se observa una tendencia hacia la atención de patologías crónicas agudizadas y trauma. La diversidad de aseguramiento médico en este centro es un factor determinante en el flujo de pacientes, donde la percepción de costos y los tiempos de autorización de las ARS (Administradoras de Riesgos de Salud) influyen directamente en la decisión de permanencia del paciente en el servicio.

En instituciones de alta complejidad, el monitoreo de indicadores de calidad es esencial para garantizar competitividad, acreditación y mejora continua (6). Evaluar la frecuencia de alta a petición durante el período febrero 2025 – febrero 2026 permitirá generar evidencia local que contribuya a optimizar procesos y fortalecer estrategias de retención segura del paciente.

2.2.11. Síntesis integradora del marco teórico

La evidencia internacional reciente demuestra que el alta a petición en servicios de emergencias es un fenómeno multifactorial asociado con determinantes clínicos, sociales e institucionales (1–14). Su repercusión sobre indicadores de calidad, particularmente reingreso precoz y continuidad asistencial, lo convierte en variable relevante dentro de los sistemas de gestión hospitalaria (15–20).

En el contexto latinoamericano, los factores socioeconómicos y las limitaciones del aseguramiento médico emergen como determinantes adicionales que amplifican el fenómeno, especialmente en sistemas mixtos como el dominicano, donde las brechas entre cobertura real y necesidad clínica pueden motivar el abandono prematuro del tratamiento (38, 57). Esta dimensión, poco explorada en la literatura regional, es particularmente relevante para el HGPS, institución que atiende simultáneamente población del régimen contributivo, seguros privados y pacientes internacionales.

A nivel institucional, el HGPS opera bajo estándares de acreditación de la Joint Commission International, lo que implica que el monitoreo del DAMA no es solo una necesidad investigativa sino un requisito de gobernanza clínica (6, 67). La integración del análisis de frecuencia de DAMA con marcadores de calidad establecidos —reingreso a 72 horas, tiempo de espera, satisfacción del usuario— permitirá identificar brechas específicas en el flujo asistencial y fortalecer estrategias de mejora continua alineadas con los estándares internacionales vigentes.

En síntesis, la fundamentación teórica desarrollada en este capítulo evidencia que el alta a petición constituye un indicador sensible de la calidad percibida y real del servicio de emergencias, cuyo análisis sistemático en el contexto del HGPS durante el período 2025–2026 aportará evidencia científica local de alto valor para la gestión hospitalaria y la política de salud pública dominicana.

2.2.12. Fundamentos teóricos desde la gestión de calidad

Modelo de mejora continua en servicios de emergencias

La mejora continua en salud se fundamenta en modelos de gestión orientados a optimizar procesos clínicos y administrativos mediante ciclos sistemáticos de evaluación y ajuste. Uno de los enfoques más utilizados es el ciclo PHVA (Planificar–Hacer–Verificar–Actuar), aplicado en múltiples sistemas hospitalarios para reducir eventos adversos y mejorar indicadores de desempeño (64).

En el contexto de emergencias, la aplicación de estrategias de mejora continua ha demostrado reducción en tiempos de espera, incremento en satisfacción del paciente y disminución de reingresos evitables (65). Cuando la frecuencia de alta a petición se monitorea como indicador, puede identificarse tempranamente si existen fallas estructurales en el flujo asistencial (66).

Acreditación hospitalaria y estándares internacionales

La acreditación hospitalaria exige monitoreo constante de indicadores relacionados con seguridad del paciente, continuidad asistencial y satisfacción del usuario. Organismos como la Joint Commission International establecen estándares que incluyen evaluación del consentimiento informado, documentación adecuada y educación al paciente previo al alta (67).

En instituciones de alta complejidad, el incumplimiento en procesos de comunicación clínica puede impactar negativamente en procesos de acreditación y certificación de calidad (68). Por tanto, el análisis del DAMA adquiere relevancia estratégica para la gobernanza hospitalaria.

Enfoque centrado en el paciente

La atención centrada en el paciente promueve el respeto por las preferencias, necesidades y valores individuales. Sin embargo, este enfoque debe equilibrarse con la responsabilidad profesional de prevenir daño (69).

Estudios recientes sugieren que una comunicación efectiva y la toma de decisiones compartida reducen la probabilidad de alta voluntaria, especialmente cuando el paciente comprende claramente los riesgos clínicos (70). La educación estructurada y la entrega de información escrita han mostrado disminuir el abandono terapéutico en emergencias (71).

2.2.13. Factores clínicos asociados al alta a petición

Patologías frecuentemente relacionadas

La literatura de los últimos cinco años identifica mayor incidencia de DAMA en pacientes con dolor abdominal inespecífico, crisis hipertensivas no complicadas, intoxicación etílica y trastornos psiquiátricos leves (72).

En pacientes con sospecha de síndrome coronario agudo o infección sistémica, la alta voluntaria incrementa significativamente el riesgo de eventos adversos a corto plazo (45). Este hallazgo resalta la importancia de documentar adecuadamente la capacidad de decisión y los riesgos informados al paciente.

Factores demográficos y sociales

Diversos estudios han identificado mayor frecuencia de DAMA en pacientes jóvenes, sexo masculino y bajo nivel socioeconómico. La ausencia de cobertura médica completa o la percepción de costos adicionales también se asocian con mayor probabilidad de alta anticipada.

En América Latina, se ha observado correlación entre saturación del servicio y aumento en solicitudes de alta voluntaria, particularmente en periodos de alta demanda estacional (74).

Marco medicolegal y ético del alta a petición en República Dominicana.

El alta a petición, técnicamente denominada Alta contra Opinión Médica (ACOM) o Left Against Medical Advice (LAMA), no es solo un indicador administrativo, sino un fenómeno jurídico protegido por el principio de autonomía del paciente.

Sustento Legal: Ley General de Salud 42-01

En el contexto dominicano, el derecho del paciente a interrumpir su tratamiento está amparado principalmente por la Ley 42-01. El Artículo 28 establece los derechos de los ciudadanos en relación con la salud, destacando:

- Derecho a la integridad: El paciente tiene derecho a decidir sobre su cuerpo y a rechazar tratamientos, siempre que esté debidamente informado de las consecuencias.
- Consentimiento Informado: Para que un "Alta a Petición" sea legalmente válida en el HGPS, el centro debe demostrar que el paciente recibió información clara sobre los riesgos de abandonar el servicio de emergencias.

Desde el punto de vista jurídico, el alta a petición requiere documentación clara que evidencie que el paciente recibió información adecuada sobre riesgos, beneficios y alternativas terapéuticas (75).

La falta de registro adecuado puede exponer a la institución a litigios por supuesta negligencia o mala praxis (76). Por ello, los protocolos institucionales deben incluir formatos estandarizados y verificación de capacidad mental del paciente (77).

La Ley 87-01 y el Sistema Dominicano de Seguridad Social

Dado que el HGPS maneja una alta proporción de pacientes del régimen contributivo y planes privados, la Ley 87-01 influye en la percepción de calidad. El alta a petición a menudo ocurre cuando

existen discrepancias entre la cobertura del seguro y la necesidad clínica, lo que genera una barrera económica que afecta la equidad y la continuidad del servicio, dos marcadores críticos de calidad.

Implicaciones Éticas: El Conflicto de Principios

Desde la bioética clínica, el alta a petición representa un conflicto entre dos principios fundamentales:

- Autonomía: El deber del médico de respetar la decisión del paciente de retirarse.
- Beneficencia y No Maleficencia: El deber del médico de garantizar que el paciente no sufra un daño (como una complicación grave o muerte) al abandonar el hospital sin estabilidad clínica.

En el servicio de emergencias, este conflicto se agudiza por la agudeza del cuadro clínico. Un marcador de alta calidad asistencial es aquel donde el personal de salud logra una comunicación efectiva que minimiza estas salidas, asegurando que el paciente comprenda que su seguridad es la prioridad del centro.

Responsabilidad profesional

El equipo médico debe garantizar que la decisión del paciente sea libre, voluntaria y con plena comprensión de las consecuencias clínicas. En situaciones donde exista alteración del estado mental, la alta voluntaria puede no ser legalmente válida (78).

La implementación de protocolos de evaluación psiquiátrica breve en casos seleccionados ha demostrado reducir decisiones precipitadas (79).

Estrategias para reducir el Discharge Against Medical Advice (DAMA)

Intervenciones organizacionales

Entre las estrategias reportadas con mayor efectividad se incluyen:

- Optimización del flujo de pacientes en Triage
- Reducción de tiempos de espera
- Comunicación estructurada médico–paciente
- Seguimiento telefónico post-alta
- Participación de trabajo social (80)

Algunas experiencias piloto implementadas en hospitales terciarios sugieren que las intervenciones educativas y la mejora de los procesos de comunicación pueden contribuir a reducir las tasas de DAMA, aunque la evidencia cuantitativa disponible al respecto continúa siendo limitada.

Uso de indicadores de alerta temprana

El monitoreo mensual de la tasa de alta voluntaria como indicador centinela permite identificar desviaciones respecto a estándares institucionales (81).

La integración de sistemas digitales de registro facilita análisis estadístico y comparación interanual, contribuyendo a la toma de decisiones basada en evidencia (82).

Proyección investigativa en el contexto local

El análisis de la frecuencia de pacientes que firman alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025 – febrero 2026 permitirá:

- Determinar la magnitud real del fenómeno en un hospital de alta complejidad.
- Correlacionar la tasa de DAMA con indicadores de calidad como reingreso precoz y estancia hospitalaria.
- Generar evidencia científica nacional actualizada.
- Proponer estrategias de mejora institucional.

Esta investigación aportará datos locales relevantes en un área poco documentada en la República Dominicana y contribuirá a fortalecer la gestión de calidad en servicios de emergencias.

Conclusión integradora del marco teórico

La revisión científica reciente evidencia que el alta a petición constituye un fenómeno complejo, influenciado por factores clínicos, sociales, organizacionales y legales. Su impacto sobre indicadores de calidad como reingreso hospitalario, seguridad del paciente y eficiencia institucional lo convierte en variable estratégica para la gestión hospitalaria moderna.

En contextos de alta demanda asistencial, como los servicios de emergencias dominicanos, la evaluación sistemática del DAMA permite identificar áreas de mejora, fortalecer procesos de comunicación y optimizar resultados clínicos.

La fundamentación teórica desarrollada respalda científicamente la pertinencia del estudio propuesto y establece bases sólidas para su ejecución metodológica.

2.3. Contextualización

2.3.1. Reseña del sector

El centro escogido para la aplicación de la investigación fue la sala de emergencias, el laboratorio clínico y anatomopatológico del Hospital General de la Plaza de la Salud.

La Plaza de la Salud se empezó a construir a mediados del año 1995. Tanto las edificaciones, sus instalaciones y equipos adquiridos, fueron financiados con fondos del Estado Dominicano. A mediados del año 1996, los tres edificios que conforman el Hospital estaban terminados en su obra civil y gran parte de sus instalaciones y equipos se encontraban en vías de ser habilitados.

Previo a la inauguración oficial de la obra, el 10 de agosto de 1996, el Poder Ejecutivo emitió dos decretos: el primero, creando el Patronato para la administración del Centro de Diagnóstico, Medicina Avanzada y Telemedicina (CEDIMAT), y el segundo, para regir el Hospital General de la Plaza de la Salud. Ambos patronatos están compuestos por miembros exoficio del sector oficial, profesionales de la medicina, educadores, empresarios y religiosos. El Congreso Nacional aprobó la Ley No.78-99, de fecha 24 de julio de 1999 que confirma la vigencia de ambos patronatos, la cual fue promulgada por el Poder Ejecutivo el mismo año.

Una vez el Patronato del Hospital asumió sus funciones, nombró a los responsables superiores de la organización, conducción y proyección de la institución: Director General, Director Médico y Director Administrativo. La etapa organizativa se cumplió en los seis meses fijados, retrasándose la apertura de servicios en unos dos meses por circunstancias emergentes de orden externo. El Hospital fue abierto al público el 24 de marzo de 1997. Durante esa etapa preparatoria se priorizaron las acciones y los gastos a incurrir. El personal se fue gradualmente empleando de acuerdo con el progreso del ordenamiento y estructuración de los distintos departamentos y servicios. Por ejemplo, el personal de mantenimiento, contaduría y seguridad, ocupó lugar delantero. Los médicos, enfermeras, técnicos y otros profesionales de la salud fueron contratados por tiempo definido de un año para ser evaluados al término del mismo, antes de la renovación de contratos. Los salarios fueron optimizados en relación con los horarios de trabajo a cumplir.

El personal médico ha sido conformado por especialistas, subespecialistas y médicos generales o internos, agrupados en Departamentos: Medicina interna, Cirugía General, Gineco-Obstetricia, Gastroenterología y Endoscopía, Pediatría, Enseñanza e Investigación, Traumatología y Ortopedia. Los Servicios Especiales son: Diagnósticos por Imágenes, Anatomía Patológica, Geriatria, Medicina

Física y Rehabilitación, Odontología, Laboratorio y Banco de Sangre, Cardiología, Oncohematología, Oftalmología, Patología Mamaria, Emergencias, Atención Primaria, enfermería, farmacia, alimentación y trabajo social.

Se trata de una estructura simplificada pero funcional, sujeta a cambios graduales de acuerdo con la complejidad a alcanzar por el Hospital cuando se amplíen y diversifiquen aún más sus servicios y se establezcan las actividades docentes y de investigación. (Proyección de Organigrama).

El Hospital ha sido concebido como una institución médico-asistencial del más alto nivel científico que se pueda ofrecer en el país. Las inversiones que se han hecho en su construcción y equipamiento, y la presencia de un cuerpo de médicos especialistas capacitados, la mayoría de ellos entrenados en importantes centros médicos de América y Europa, avalan la calidad de la atención a los pacientes y lo definen como un centro de referencia nacional con proyección internacional.

Por otro lado, el departamento de Trabajo Social categoriza a los pacientes haciéndoles una evaluación socio-económica, tendente a dar vigencia al principio de solidaridad. Señalada la categoría, se fija el descuento correspondiente en orden descendente hasta un 40% de la tarifa tope establecida para las consultas, pruebas, procedimientos y asistencia al paciente internado y al ambulatorio. Una categoría especial se asigna al paciente probadamente indigente, el que se exonera de todo pago.

El principio de equidad debe cumplirse en todos los casos, sin desmedro en la calidad de la atención.

Se ha ido desarrollando un sistema de informática para la gestión administrativa relacionada con los pacientes (admisiones, dispensación de medicamentos y material gastable, facturación y cobros, entre otros). Pero se hizo imprescindible la implantación de un sistema integrado que abarcara tanto lo administrativo como lo esencialmente médico (historias clínicas, informes de pruebas y procedimientos, evolución de casos, citas a pacientes, interconsultas, referimiento, interfases para laboratorio clínico, así como de tratamiento de imágenes y radiodiagnóstico). Para la consecución de este objetivo se buscaron las asesorías de expertos en la materia, tanto nacionales como extranjeros, siendo hoy una notable realidad.

Visión: HGPS para el 2026 se habrá convertido en un sistema de salud integral y de calidad con capacidad para responder a las necesidades del país.

Misión: Brindar atención médica integral de calidad a la población local y global, soportada por un equipo humano calificado y motivado en el marco de los valores institucionales.

Valores:

- Sensibilidad: Significa concebirme yo y a los demás desde una perspectiva humana, reconocer siempre la fortaleza y fragilidad de su naturaleza, ser empático y permitir que las fortalezas de unos sean el complemento de las debilidades de otros, implica la búsqueda continua del bien común como la expresión más alta de solidaridad en la sociedad
- Eficiencia: Implica poder responder a cualquier situación bajo cualquier circunstancia. Es la garantía de acompañamiento continuo a nuestros usuarios, significa plantearnos metas cada vez más altas, lograrlas y superarlas. Es la capacidad de lograr una independencia de acción a fin de aportar bajo un esquema positivo de interdependencia, es descubrir nuestra misión individual y colectiva, actuando de forma responsable frente a nuestros compromisos, teniendo consciencia de mi rol y gestionando de manera correcta los recursos para lograr obtener los resultados que se esperan.
- Ética: Significa actuar siempre de forma predecible y ajustada a los más altos principios éticos morales universalmente aprobados, hacer un uso adecuado y prudente de los recursos y el entorno, siendo siempre consistentes y coherentes en el trato con los demás.
- Innovación: En el HGPS se fomenta la innovación como fundamento de su filosofía institucional, la búsqueda de nuevas y mejores formas de pensamiento y actuación para abordar los retos actuales y futuros, así como el uso de la creatividad como herramienta clave para alcanzar el éxito institucional se constituyen en una norma permanente.

2.3.2. Marco espacial

Hospital General de la Plaza de la Salud (HGPS), se encuentra ubicado en la Av. Ortega y Gasset, Ensanche La Fe, Santo Domingo, República Dominicana.

Sus Limitaciones son:

Al Norte: La calle Recta Final-Bomba de gasolina Isla

Al Sur: La avenida San Martín- Tecnimetro e INDUCA

Al Este: La avenida Ortega y Gasset

Al Oeste: La calle Recta Final y la calle Pepillo Salcedo – Estadio Quisqueya.

Capítulo III: Diseño metodológico

3.1. Contexto o demarcación geográfica

Ubicación principal: Hospital General de la Plaza de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana.

Área específica: Sala de emergencias, laboratorio clínico y la morgue.

Población de estudio: pacientes que acudieron a sala de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud en el periodo feb. 2025- feb. 2026 y que durante su atención pidieron el alta a petición y firmaron Dicho documento.

3.2. Tipo de estudio

Se realizará un estudio cuantitativo, observacional de registros, no experimental, descriptivo y de corte transversal, de corte transversal y retrospectivo, orientado a determinar la frecuencia de pacientes que firman alta a petición y su repercusión en los indicadores de calidad de la atención en el servicio de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026.

El diseño retrospectivo permitirá la revisión de registros clínicos existentes, mientras que el enfoque analítico facilitará explorar la relación entre el alta a petición y los indicadores de calidad de la atención.

3.3. Variables

3.3.1. Variable independiente principal

- Alta a petición

3.3.2. Variables dependientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Procedencia
- Nivel educativo
- Motivo de consulta

- Reingreso en 72 horas

3.3.3. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo/ escala	Definición conceptual	Indicador
Alta a petición	Cualitativa/ nominal	Salida voluntaria sin indicación médica	Registro de alta voluntaria en expediente
Edad	Cuantitativa/continua	Tiempo de vida	Años registrados
Sexo	Cualitativa/ nominal	Condición biológica	Masculino / Femenino
Estado civil	Cualitativa/ nominal	Situación conyugal	Soltero, casado, unión libre, etc.
Nivel educativo	Cualitativa/ordinal	Grado de escolaridad	Primaria, secundaria, superior
Procedencia	Cualitativa/ nominal	Lugar de residencia	Urbana / Rural
Motivo de consulta	Cualitativa/ nominal	Razón principal referida por el paciente o registrada por el médico que motivó la consulta en el servicio de emergencias.	Motivo de consulta consignado en el expediente clínico al momento del ingreso al servicio de emergencias.
Reingreso 72h	Cualitativa	Retorno al hospital	Sí / No en 72 horas

3.4. Población

La población final de este estudio estuvo constituida por todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, que cumplieron con los criterios de inclusión definidos, durante el período comprendido entre febrero 2025 y febrero de 2026.

3.5. Muestra

Se identificaron inicialmente $n = 746$ pacientes que solicitaron DAMA (alta a petición) y cumplieron los criterios de inclusión. De este total, se lograron completar los registros detallados de $n = 352$ pacientes, los cuales formaron el grupo de estudio final. No se requirió un cálculo de tamaño muestral probabilístico previo para este grupo debido al diseño censal sobre la población disponible. Este enfoque está respaldado por la literatura internacional (11) y la prevalencia histórica del fenómeno, que aseguró un universo de casos suficiente.

La conformación de este grupo se detalla en la Tabla Demográfica Final (Sección 4.1). Para el diseño de casos y controles, se seleccionaron $n = 704$ pacientes con alta médica convencional (relación 2:1) mediante muestreo por conveniencia ajustado, para garantizar la potencia estadística de los análisis.

3.6. Criterios de inclusión

Se incluyeron en el estudio los pacientes que cumplieron con las siguientes condiciones:

Pacientes adultos (de 18 años de edad en adelante) de ambos sexos.

Pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias que solicitaron formalmente el alta a petición (DAMA).

Pacientes que contaban con expediente clínico completo en el sistema institucional.

Pacientes que disponían del formulario de alta a petición debidamente firmado y registrado en su historial.

3.7. Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis aquellos casos que presentaron alguna de las siguientes características:

Pacientes menores de 18 años (pacientes pediátricos).

Pacientes que fallecieron durante su estancia en el servicio de emergencias.

Pacientes cuyos traslados interhospitalarios fueron coordinados y autorizados por la institución.

Pacientes que abandonaron el servicio sin firmar documentación legal (fuga).

Pacientes con expedientes clínicos incompletos, con datos faltantes en las variables de estudio o con registros ilegibles.

Pacientes que solicitaron el alta a petición estando ya en condición de hospitalizados (fuera del área de emergencias).

Pacientes atendidas específicamente en el área de emergencia ginecológica y/u obstétrica que solicitaron el alta a petición.

3.8. Instrumento de recolección de datos

Se realizó una revisión documental utilizando una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada por el investigador. En dicho instrumento se registrarán de manera sistemática las variables sociodemográficas, clínicas y los indicadores de calidad de la atención definidos para el estudio.

Fuentes de obtención de la información

La información analizada se obtuvo a partir de las siguientes fuentes institucionales:

Expedientes clínicos de los pacientes integrados en la muestra.

Registros estadísticos internos del Servicio de Emergencias.

Sistema de información hospitalaria general de la institución.

Validez y Prueba Piloto

Con el fin de garantizar la validez de contenido del instrumento, la ficha de recolección de datos fue sometida a un riguroso juicio de tres expertos pertenecientes a las áreas de medicina de emergencias, epidemiología clínica y gestión de calidad hospitalaria. Estos especialistas evaluaron la pertinencia, claridad y suficiencia de cada ítem, incorporándose todos los ajustes sugeridos antes del inicio formal del trabajo de campo.

3.9. Procedimiento de recolección de datos

La recolección de los datos se realizó directamente en el Servicio de Emergencias del hospital, previa autorización de las autoridades institucionales y del departamento de enseñanza e investigación.

La investigadora principal fue la encargada de extraer la información de manera directa desde los expedientes clínicos y el sistema de información hospitalaria. Cada dato recolectado fue transcrito de forma confidencial en las fichas de recolección de datos estructuradas previamente validadas, asegurando el anonimato de los pacientes en todo momento. Posteriormente, estas fichas fueron agrupadas y organizadas para su posterior procesamiento estadístico y análisis.

3.10. Análisis de los datos

Los datos obtenidos fueron procesados y tabulados utilizando el programa estadístico SPSS (versión actualizada) y Microsoft Excel.

Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante el cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas según correspondió. Para evaluar la asociación entre las variables cualitativas seleccionadas y los marcadores de calidad de la atención, se aplicó la prueba inferencial de Chi-cuadrado de Pearson.

Para todos los análisis estadísticos realizados, se estableció un nivel de significancia formal con un valor de $p < 0.05$. Finalmente, los resultados fueron presentados mediante tablas estadísticas y gráficos para facilitar su correcta interpretación y discusión.

3.11. Control de sesgos

Con el propósito de minimizar los principales sesgos inherentes al diseño retrospectivo de la investigación, se aplicaron las siguientes estrategias metodológicas:

Sesgo de selección: Se controló mediante la inclusión de la totalidad de los casos DAMA registrados en el período establecido (diseño censal), evitando exclusiones arbitrarias. Asimismo, el grupo comparativo de alta médica convencional se seleccionó de forma sistemática y emparejada en una proporción 2:1 para garantizar la homogeneidad y comparabilidad de ambos grupos.

Sesgo de información: Para mitigar este sesgo, la recolección de los datos fue realizada exclusivamente por la investigadora principal utilizando definiciones operacionales estandarizadas. En caso de existir discrepancias o inconsistencias entre los registros estadísticos del servicio, se privilegió la información física y digital del expediente clínico institucional sobre cualquier otra fuente secundaria.

Sesgo de confusión: Se manejó durante la fase de análisis de los datos mediante la estratificación de las variables sociodemográficas y clínicas principales, lo que permitió aislar y controlar su efecto potencial sobre la asociación de interés respecto a los marcadores de calidad de la atención

3.12. Aspectos éticos de la investigación

El presente estudio se rigió por los principios éticos para la investigación médica en seres humanos establecidos en la Declaración de Helsinki. Debido a la naturaleza del estudio, se mantuvieron las siguientes garantías éticas:

Confidencialidad de la información: Se garantizó el estricto anonimato de los sujetos de estudio mediante la codificación de los datos obtenidos, eliminando nombres, números de cédula o cualquier identificador directo en las fichas de vaciado.

Uso exclusivo de los datos: Toda la información recolectada se utilizó única y exclusivamente con fines académicos y de investigación científica.

Naturaleza observacional: No se manipularon variables clínicas ni se realizó ningún tipo de intervención directa o experimental sobre los pacientes atendidos.

Aprobación institucional: El protocolo de investigación contó con la aprobación previa del Comité de Ética e Investigación del Hospital General Plaza de la Salud.

Dado que se trató de un estudio retrospectivo basado estrictamente en la revisión documental de expedientes clínicos y sistemas de registro, el Comité de Ética otorgó la correspondiente dispensa de consentimiento informado directo, puesto que no existió contacto ni intervención con los pacientes y se aseguró la total protección de su privacidad.

Capítulo IV: Resultados y discusión

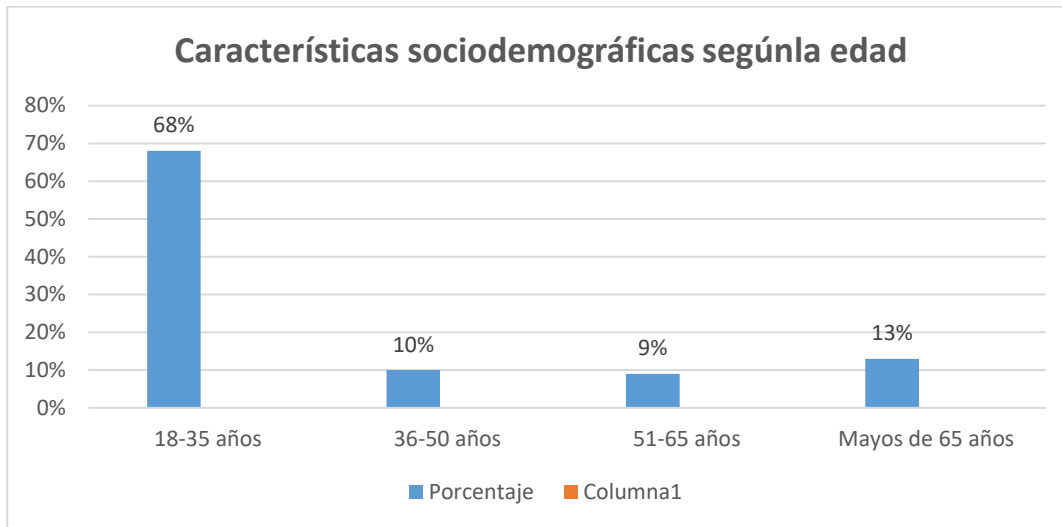


Gráfico 1. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según la edad, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 1

Esta tabla presenta la distribución de los pacientes que firmaron alta a petición según la edad. De un total de 352 pacientes, 241 (68%) correspondieron al grupo de 18 a 35 años, 44 (13%) fueron mayores de 65 años, 36 (10%) tenían entre 36 y 50 años y 31 (9%) se encontraban entre 51 y 65 años. La mayor proporción de pacientes correspondió al grupo de 18 a 35 años, seguido por los mayores de 65 años, los pacientes de 36 a 50 años y aquellos de 51 a 65 años. Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes que decidieron firmar alta a petición pertenecían al grupo de adultos jóvenes.

Características sociodemográficas según el sexo

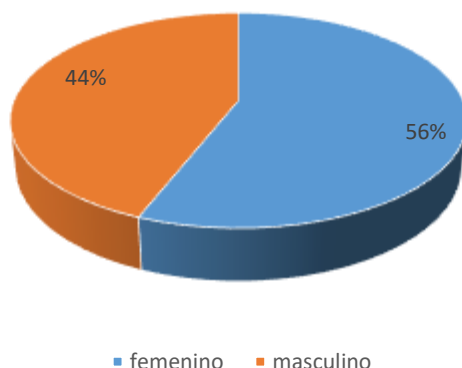
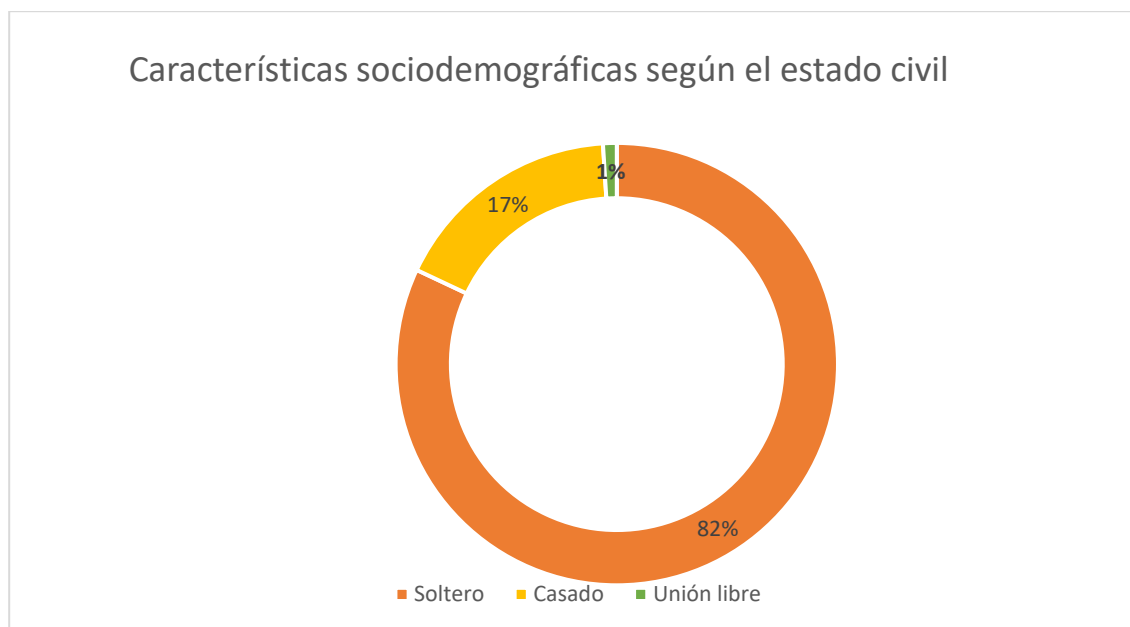


Gráfico 2. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el sexo, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N

352

Fuente: Tabla 2

La distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según el sexo muestra un predominio del sexo femenino, con 195 pacientes (56%), mientras que el sexo masculino estuvo representado por 157 pacientes (44%). Estos resultados indican que, durante el período comprendido entre febrero de 2025 y febrero de 2026, la mayoría de los pacientes que solicitaron el alta voluntaria en el Hospital General Plaza de la Salud correspondieron al sexo femenino.



Fuente: Tabla 3

Gráfico 3. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el estado civil, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Esta tabla presenta la distribución de los pacientes que firmaron alta a petición según el estado civil. De un total de 352 pacientes, 288 (82%) correspondieron a pacientes solteros, 62 (17%) a pacientes casados y 2 (1%) a pacientes en unión libre. La mayor proporción de pacientes correspondió a los solteros, seguida por los casados y, en menor proporción, por aquellos que se encontraban en unión libre. Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes que decidieron firmar alta a petición eran solteros.

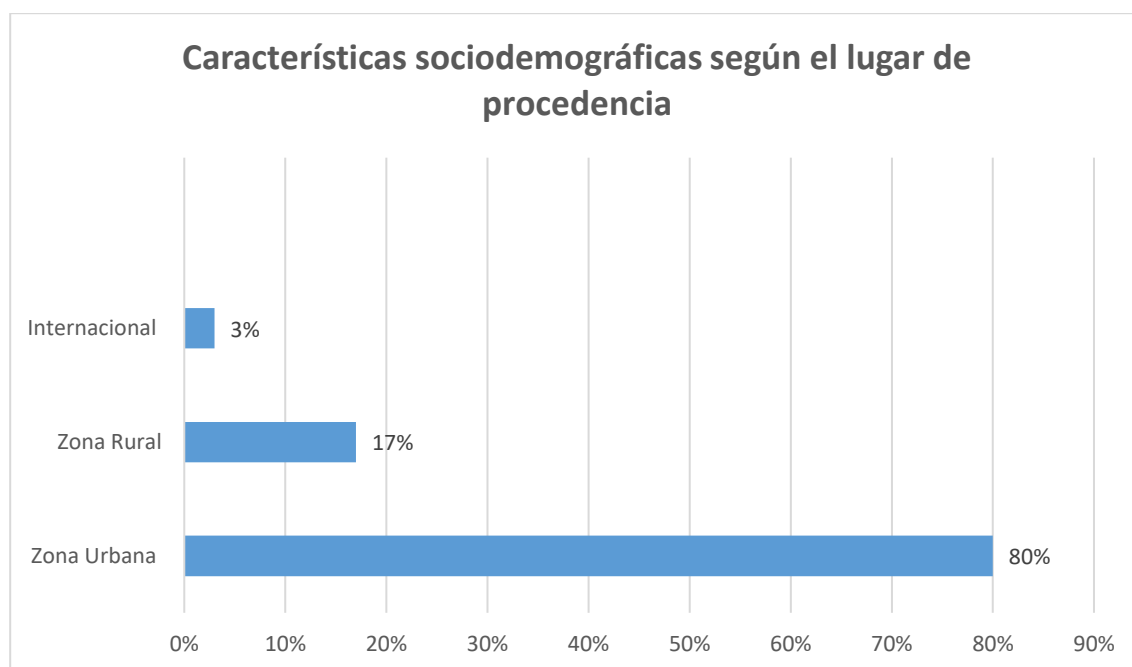


Gráfico 4. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el lugar de procedencia, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 4

La tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según el lugar de procedencia, en el Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que la mayoría de los pacientes procede de la zona urbana con 282 casos (80%), seguida de la zona rural con 61 casos (17%) y, en menor proporción, de procedencia internacional con 9 casos (3%). El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

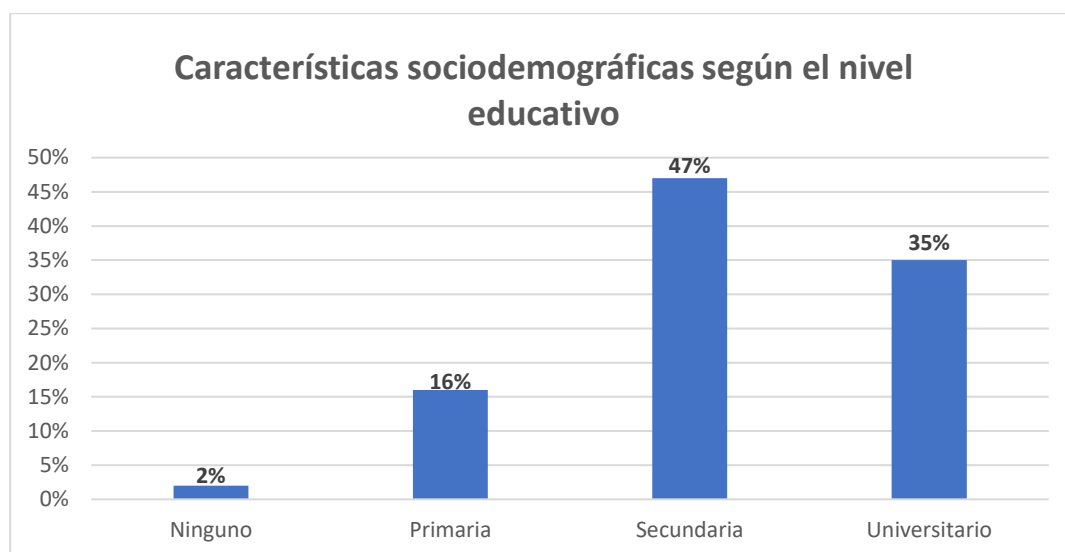


Gráfico 5. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el nivel educativo, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 5

Esta tabla presenta la distribución de los pacientes que firmaron alta a petición según el nivel educativo. De un total de 352 pacientes, 169 (47%) tenían nivel educativo secundario, 121 (35%) nivel universitario, 56 (16%) nivel primario y 6 (2%) no poseían ningún nivel educativo. La mayor proporción de pacientes correspondió a aquellos con educación secundaria, seguida por los que tenían educación universitaria, educación primaria y, en menor proporción, los que no contaban con ningún nivel educativo. Estos resultados evidencian que la mayoría de los pacientes que decidieron firmar alta a petición poseían un nivel educativo secundario.

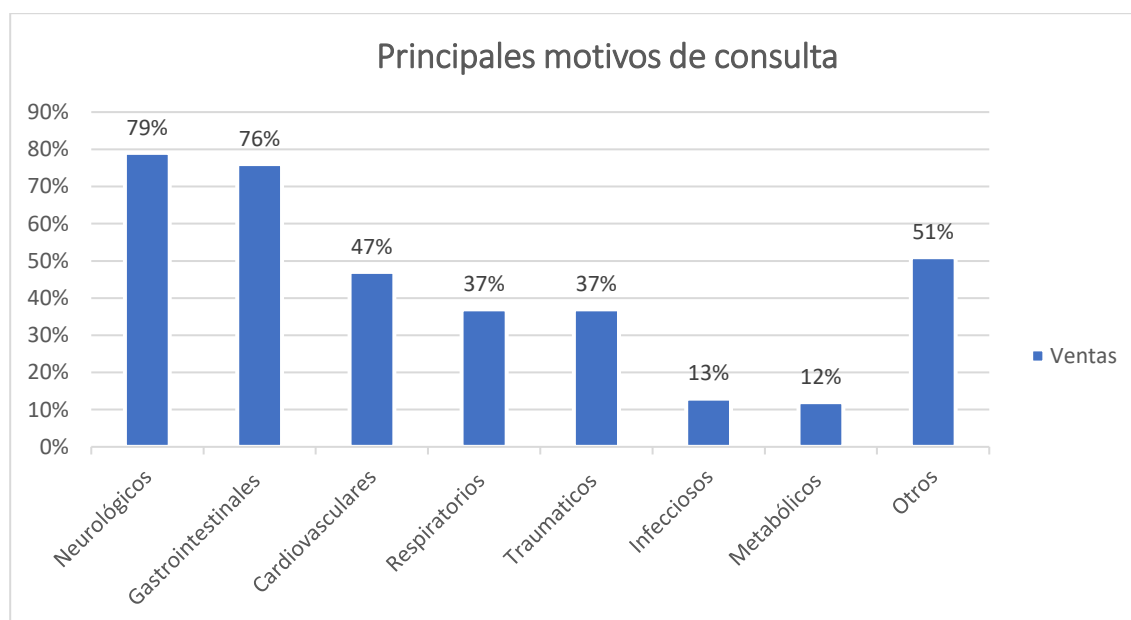


Gráfico 6. Principales motivos de consulta de los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 6

La tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según los principales motivos de consulta en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que los motivos neurológicos representan 79 casos (23%), seguidos de los motivos gastrointestinales con 76 casos (22%). Los motivos cardiovasculares corresponden a 47 casos (12%), mientras que los respiratorios y los traumatismos presentan 37 casos (11%) cada uno. Los motivos infecciosos están representados por 13 casos (4%) y los metabólicos por 12 casos (3%). En la categoría otros se registran 51 casos (14%). El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

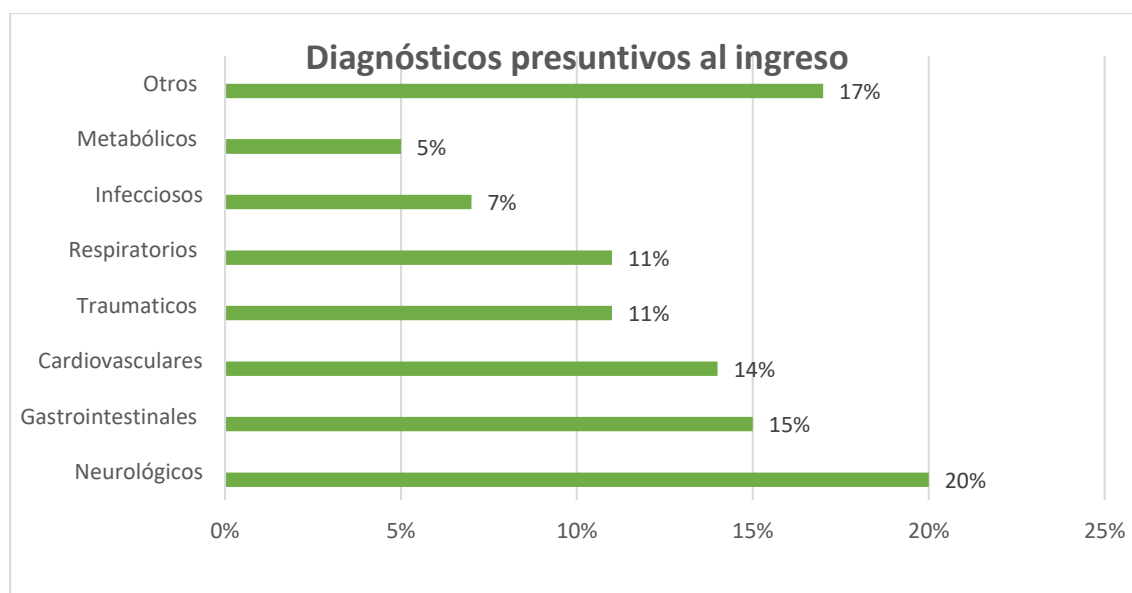


Gráfico 7. Distribución de los diagnósticos presuntivos al ingreso de los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 7

La tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según el diagnóstico presuntivo al ingreso en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que los diagnósticos neurológicos representan 66 casos (20%), seguidos de los diagnósticos gastrointestinales con 54 casos (15%). Los diagnósticos cardiovasculares corresponden a 47 casos (14%), mientras que los respiratorios y los traumatismos presentan 38 casos (11%) cada uno. Los diagnósticos infecciosos están representados por 30 casos (7%) y los metabólicos por 20 casos (5%). En la categoría otros se registran 59 casos (17%). El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

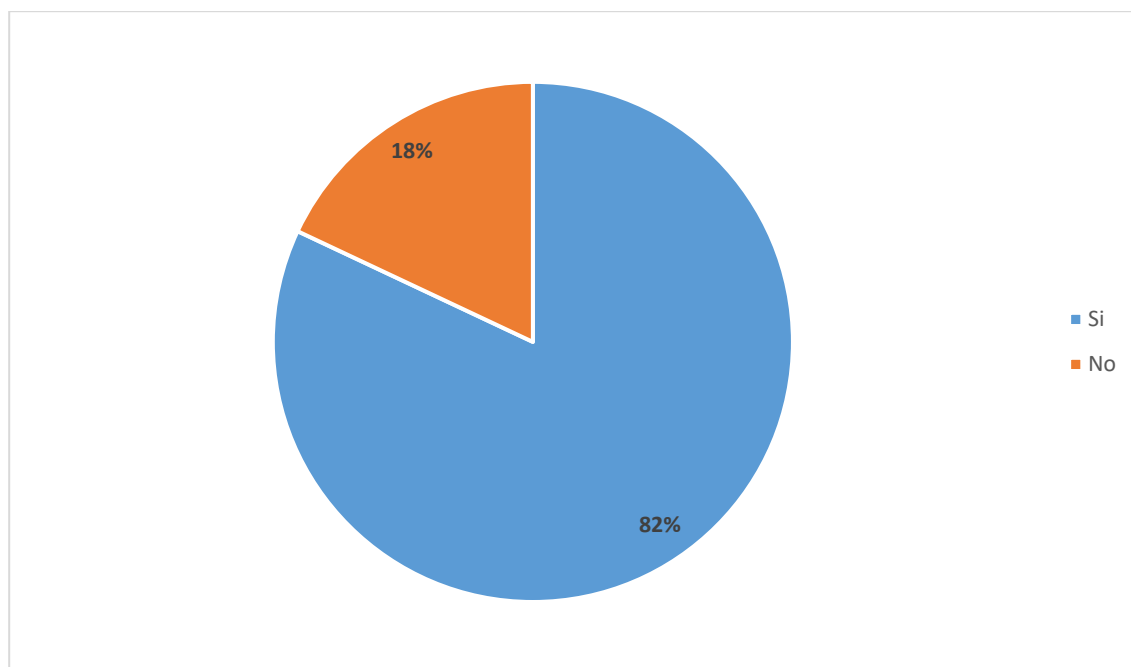


Gráfico 8. Motivos de alta a petición en pacientes asegurados y no asegurados, según causas clínicas y causas relacionadas con la gestión administrativa del seguro médico, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 8

Esta tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según la condición de aseguramiento en el Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que la mayoría de los pacientes cuenta con seguro médico, con 290 casos (82%), mientras que 62 pacientes (18%) no cuentan con seguro médico. El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

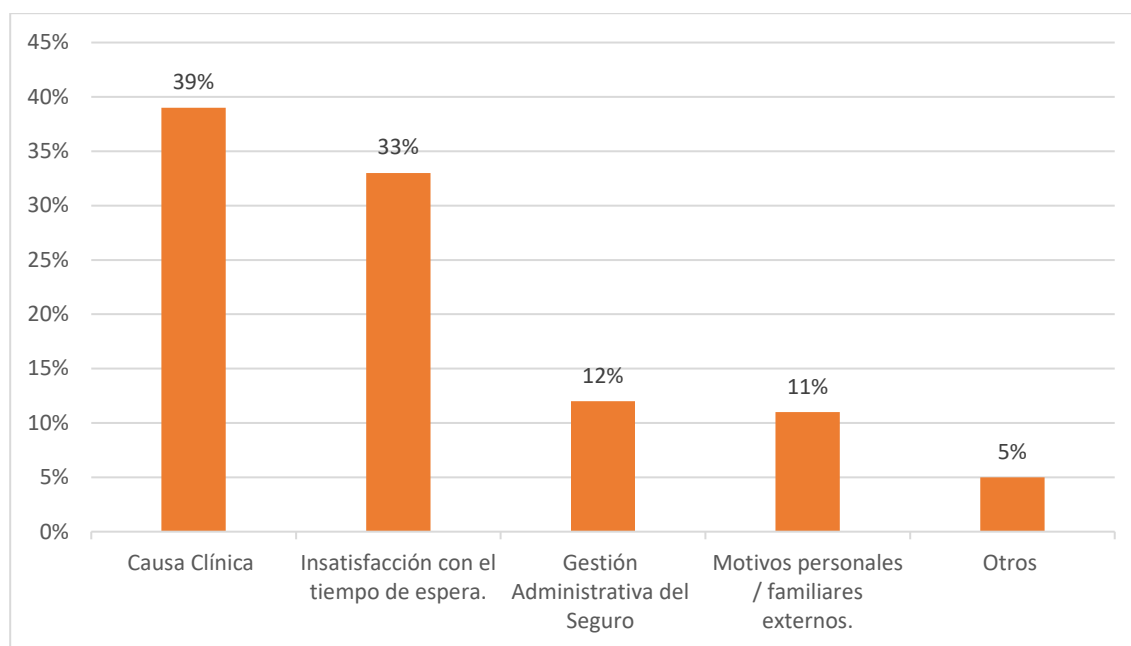


Gráfico 9. Distribución de los principales motivos de alta a petición en pacientes con cobertura de seguro médico atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 9

La tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según los principales motivos de alta en pacientes con cobertura de seguro médico atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que la causa clínica representa 137 casos (39%), seguida de la insatisfacción con el tiempo de espera con 115 casos (33%). Los motivos relacionados con la gestión administrativa del seguro corresponden a 41 casos (12%), mientras que los motivos personales o familiares externos presentan 40 casos (11%). En la categoría otros se registran 19 casos (5%). El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

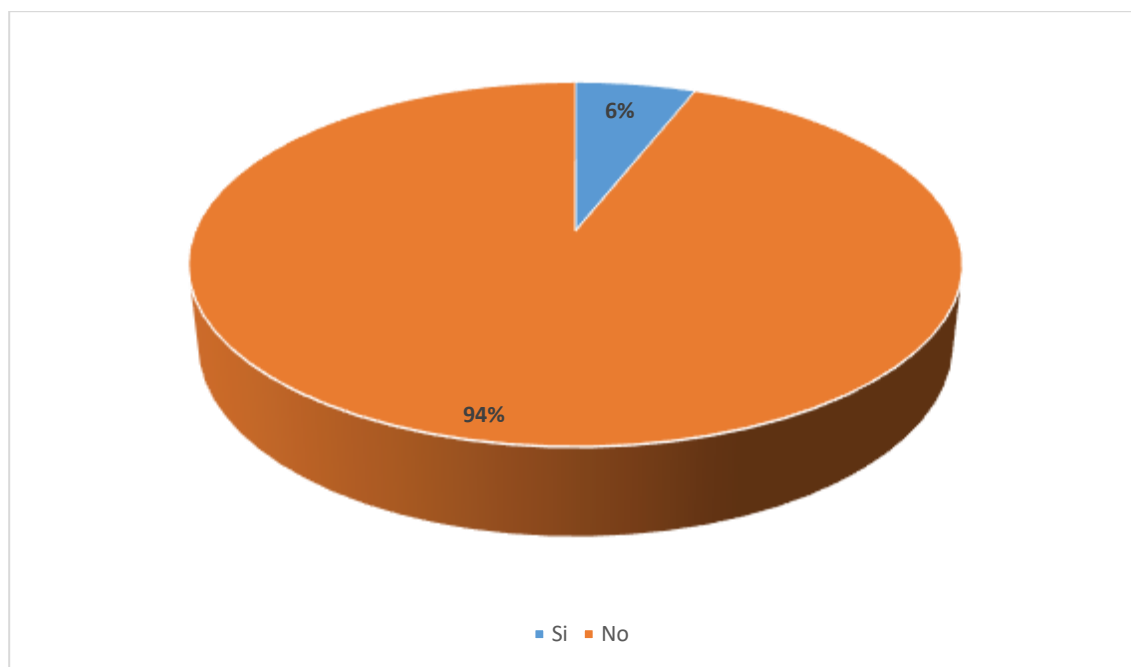
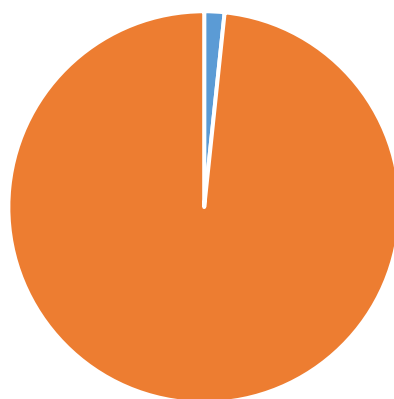


Gráfico 10. Distribución del reingreso al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta a petición en pacientes atendidos en el Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026. N 352

Fuente: Tabla 10

Esta tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según el registro de reingreso al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta en el Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que 20 pacientes (6%) registraron reingreso en las siguientes 72 horas, mientras que 332 pacientes (94%) no presentaron reingreso en dicho período. El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

Distribución porcentual de altas a petición frente al volumen total de emergencias. Periodo Febrero 2025 - Febrero 2026.



■ Alta a Petición (746/1.7%) ■ Otros Destinos (43254 / 98.3%) ■ ■

Gráfico 11. Frecuencia y porcentaje de alta a petición en pacientes atendidos en el Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Fuente: Tabla 11

Esta tabla muestra la distribución de los pacientes que decidieron firmar su alta a petición según el registro de reingreso al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta en el Hospital General Plaza de la Salud, durante el período febrero 2025-febrero 2026. Se observa que 20 pacientes (6%) registraron reingreso en las siguientes 72 horas, mientras que 332 pacientes (94%) no presentaron reingreso en dicho período. El total de la muestra es de 352 pacientes (100%).

Capítulo V: Análisis de resultados

5.1. Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos en la presente investigación permitieron caracterizar a los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025-febrero 2026 y evaluar su repercusión sobre uno de los marcadores de calidad asistencial, como es el reingreso dentro de las primeras 72 horas.

En cuanto a las características sociodemográficas, se observó un predominio de pacientes entre 18 y 35 años (68%), lo que coincide con lo descrito en la literatura internacional, la cual señala una mayor frecuencia de alta contra recomendación médica en adultos jóvenes, atribuida a presiones laborales, económicas y una menor percepción de gravedad de la enfermedad (8). Asimismo, los hallazgos son concordantes con antecedentes nacionales que describen este grupo etario como el más propenso a abandonar el tratamiento antes de completar la atención médica.

Respecto al sexo, se evidenció un predominio del sexo femenino (56%), resultado que difiere de la mayoría de los estudios internacionales, los cuales reportan mayor frecuencia de alta a petición en hombres. Esta diferencia podría explicarse por las características propias de la población atendida en el Hospital General Plaza de la Salud, así como por factores socioculturales y familiares que influyen en la toma de decisiones de las pacientes.

En relación con el estado civil, la mayor proporción correspondió a pacientes solteros (82%), hallazgo que guarda relación con investigaciones previas que señalan que las personas sin vínculo conyugal estable presentan una menor adherencia a las recomendaciones médicas y mayor tendencia a interrumpir los tratamientos. Del mismo modo, la mayoría de los pacientes procedía de zonas urbanas (80%), lo cual es coherente con el perfil demográfico de la población que habitualmente recibe atención en este centro de referencia nacional.

Con respecto al nivel educativo, predominó la educación secundaria (47%), seguida del nivel universitario (35%). Estos resultados sugieren que el fenómeno del alta a petición no se limita exclusivamente a pacientes con bajo nivel académico, sino que puede presentarse en diferentes estratos educativos. Esto coincide con lo señalado por diversos autores, quienes sostienen que la decisión de abandonar la atención médica es multifactorial y no depende únicamente del nivel de escolaridad.

En cuanto a los motivos de consulta, las patologías neurológicas (23%) y gastrointestinales (22%) fueron las más frecuentes. De igual manera, los diagnósticos presuntivos predominantes correspondieron a causas neurológicas (20%) y gastrointestinales (15%). Estos hallazgos difieren parcialmente de investigaciones internacionales que describen una mayor frecuencia de altas voluntarias en pacientes con dolor abdominal inespecífico, intoxicaciones y traumatismos leves. No obstante, evidencian que las patologías neurológicas representan un grupo importante de pacientes con riesgo de abandonar la atención antes de completar su evaluación, situación que podría comprometer la detección oportuna de complicaciones.

Con relación al aseguramiento médico, el 82% de los pacientes disponía de seguro de salud. Sin embargo, dentro de los principales motivos para solicitar el alta a petición predominó la causa clínica relacionada con la percepción subjetiva de mejoría o el deseo de continuar el tratamiento en el hogar (39%), seguida por la insatisfacción con el tiempo de espera (33%). Estos resultados respaldan lo señalado por la literatura internacional y por la Organización Panamericana de la Salud, las cuales identifican los tiempos prolongados de espera y la percepción de recuperación como factores determinantes del alta voluntaria. Asimismo, las dificultades administrativas relacionadas con el seguro médico representaron el 12% de los casos, lo que pone de manifiesto que, aun en pacientes asegurados, persisten barreras económicas y administrativas que pueden influir en la continuidad del tratamiento.

En cuanto al principal indicador de calidad evaluado, se encontró que el 6% de los pacientes reingresó al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta a petición. Aunque la mayoría de los pacientes no requirió una nueva atención inmediata, esta proporción confirma que el alta voluntaria constituye un evento con potencial impacto sobre la continuidad asistencial y la utilización de recursos hospitalarios. Estos hallazgos son consistentes con la evidencia internacional publicada en revistas como JAMA Network Open, la cual documenta que los pacientes que abandonan la atención médica presentan mayor riesgo de reconsulta y hospitalización temprana en comparación con aquellos que completan su manejo.

En términos generales, los resultados obtenidos permiten inferir que el alta a petición constituye un fenómeno multifactorial en el que intervienen factores sociodemográficos, clínicos y organizacionales. La elevada proporción de pacientes jóvenes, la importancia de las patologías neurológicas y gastrointestinales, así como la influencia de la percepción de mejoría y de los tiempos de espera, evidencian la necesidad de fortalecer las estrategias de comunicación médico-paciente,

optimizar los procesos asistenciales y desarrollar intervenciones dirigidas a disminuir las altas voluntarias. De esta manera, sería posible mejorar la continuidad del cuidado, reducir reingresos evitables y fortalecer los indicadores de calidad en los servicios de emergencias.

5.2. Conclusiones

La presente investigación permitió determinar la frecuencia y las características de los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025-febrero 2026, evidenciando que se trata de un fenómeno predominantemente observado en adultos jóvenes y asociado principalmente con causas clínicas y con la percepción de mejoría, así como con la insatisfacción por los tiempos de espera. Asimismo, se comprobó que un porcentaje de estos pacientes requirió reingreso dentro de las primeras 72 horas, lo que confirma la repercusión del alta a petición sobre la continuidad del cuidado y los indicadores de calidad asistencial. Estos hallazgos aportan evidencia científica local que puede servir de base para el diseño de estrategias institucionales orientadas a fortalecer la seguridad del paciente, optimizar los procesos de atención y promover la mejora continua de los servicios de emergencias.

También se determinó que los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período febrero 2025-febrero 2026 presentaron un perfil sociodemográfico caracterizado predominantemente por adultos jóvenes de 18 a 35 años, de sexo femenino, solteros, procedentes de zonas urbanas y con nivel educativo secundario.

Los principales motivos de consulta de los pacientes que solicitaron alta a petición correspondieron a patologías neurológicas y gastrointestinales, seguidas por enfermedades cardiovasculares, respiratorias y traumatismos, evidenciando que este fenómeno ocurre en una amplia variedad de condiciones clínicas atendidas en el servicio de emergencias.

Los diagnósticos presuntivos más frecuentes al ingreso fueron los de origen neurológico y gastrointestinal, lo que permitió identificar estas áreas como aquellas con mayor concentración de pacientes que abandonaron la atención antes de completar el manejo médico indicado.

La mayoría de los pacientes que firmaron alta a petición contaban con seguro médico; sin embargo, las principales razones para abandonar el servicio estuvieron relacionadas con causas clínicas, especialmente la percepción de mejoría y el deseo de continuar el tratamiento en el hogar,

seguidas por la insatisfacción con los tiempos de espera. En menor proporción, se identificaron factores administrativos vinculados a la cobertura y autorizaciones del seguro médico.

Se evidenció que el 6% de los pacientes que firmaron alta a petición reingresó al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al egreso, lo que demuestra que esta modalidad de alta puede afectar la continuidad asistencial y constituye un marcador relevante para la evaluación de la calidad de la atención.

En términos generales, el alta a petición representa un fenómeno multifactorial influenciado por factores sociodemográficos, clínicos y organizacionales. Su ocurrencia pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las estrategias de comunicación médico-paciente, optimizar los tiempos de atención y desarrollar intervenciones dirigidas a disminuir las altas voluntarias, con el propósito de mejorar la seguridad del paciente y los indicadores de calidad en los servicios de emergencias.

Capítulo VI: Recomendaciones.

6.1. Recomendaciones

Departamento de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud

- Implementar estrategias orientadas a disminuir los tiempos de espera en el Servicio de Emergencias, con el propósito de reducir la insatisfacción de los usuarios y prevenir las altas a petición evitables.
- Fortalecer los protocolos de identificación y seguimiento de pacientes con mayor riesgo de abandonar la atención, especialmente aquellos con patologías neurológicas y gastrointestinales, por ser las áreas con mayor frecuencia de altas a petición.
- Garantizar que todos los pacientes que manifiesten intención de abandonar el servicio reciban orientación médica adecuada y sean informados sobre los riesgos asociados a la interrupción prematura del tratamiento.

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente

- Incorporar la frecuencia de altas a petición y el reingreso a las 72 horas como indicadores de monitoreo continuo dentro de los programas institucionales de calidad.
- Diseñar e implementar estrategias de mejora continua dirigidas a disminuir las causas relacionadas con la percepción de mejoría y la insatisfacción con los tiempos de espera.
- Realizar auditorías periódicas sobre los casos de alta a petición para identificar oportunidades de mejora y fortalecer la seguridad del paciente.

Departamento Médico y de Enfermería

- Reforzar la comunicación médico-paciente y promover la toma de decisiones compartida, garantizando que los pacientes comprendan los beneficios de completar el tratamiento y las posibles complicaciones derivadas de un egreso prematuro.
- Estandarizar el llenado de los formularios de alta a petición y documentar adecuadamente la información brindada al paciente sobre los riesgos de abandonar el servicio.
- Desarrollar programas de educación continua para el personal de salud sobre el manejo clínico, ético y legal de los pacientes que solicitan alta voluntaria.

Departamento de Atención al Usuario

- Fortalecer los mecanismos de orientación y acompañamiento al paciente y sus familiares durante la estancia en emergencia, con la finalidad de mejorar la satisfacción con la atención recibida.
- Implementar estrategias que permitan identificar tempranamente las causas de inconformidad de los usuarios y ofrecer soluciones oportunas antes de que estos decidan abandonar el servicio.

Las Administradoras de Riesgos de Salud (ARS)

- Optimizar los procesos de autorización y cobertura de servicios médicos para disminuir las barreras administrativas que puedan influir en la decisión de solicitar alta a petición.
- Fortalecer la coordinación con las instituciones de salud para agilizar los procesos relacionados con aprobaciones y copagos, favoreciendo la continuidad de la atención.

A futuras investigaciones

- Realizar estudios multicéntricos que incluyan diferentes hospitales públicos y privados del país, con el propósito de establecer la magnitud del fenómeno del alta a petición en la República Dominicana.
- Desarrollar investigaciones prospectivas que permitan evaluar otros indicadores de calidad, como mortalidad, complicaciones, estancia hospitalaria y satisfacción del usuario, así como la efectividad de las intervenciones implementadas para disminuir las altas a petición.

Estas recomendaciones están orientadas a las diferentes áreas involucradas en la atención y gestión de la calidad, permitiendo fortalecer la seguridad del paciente y mejorar la calidad asistencial en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud.

Referencias

1. Alfandre D, Schumann JH. What is wrong with discharges against medical advice (and how to fix them). JAMA. 2013;310(22):2393-2394.
2. Sarfraz A, Khalil M, Woldesenbet S, Altaf A, Rashid Z, Zindani S, Kawashima J, Pawlik TM. Association of discharge against medical advice with surgical outcomes and healthcare costs. J Am Coll Surg. 2025;241(5):822-832.
3. Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. Emergencias. 2018;30(6):433-436.
4. Abuzeyad FH, Farooq M, Alam SF, Ibrahim MI, Bashmi L, Aljawder SS, Ellouze N, Almusalam A, Hsu S, Das P. Discharge against medical advice from the emergency department in a university hospital. BMC Emerg Med. 2021;21:31.
5. Tan SY, Feng JY, Joyce C, et al. Association of hospital discharge against medical advice with readmission and in-hospital mortality. JAMA Netw Open. 2020;3(6):e206009.
6. Joint Commission International. Performance Measurement in Health Care: A Resource Guide. Oakbrook Terrace: JCI. [Verificar edición y año vigentes]
7. World Health Organization. Emergency Care System Framework. Geneva: WHO; 2018.
8. Albayati A, Douedi S, Alshami A, Hossain MA, Sen S, Buccellato V, Cutroneo A, Beelitz J, Asif A. Why do patients leave against medical advice? Reasons, consequences, prevention, and interventions. Healthcare (Basel). 2021;9(2):111.
9. Pasay-an E, Mostoles R, Villareal S, Saguban R. Factors contributing to leaving against medical advice (LAMA): a consideration of the patients' perspective. Healthcare (Basel). 2023;11(4):506.

10. World Health Organization. Quality health services: a planning guide. Geneva: WHO; 2020.
11. Pan American Health Organization. Quality of care and patient safety in the Region of the Americas. Washington DC: PAHO. [Verificar título y año exactos]
12. Garland A, Ramsey CD, Fransoo R, Olafson K, Chateau D, Yogendran M, Kraut A. Rates of readmission and death associated with leaving hospital against medical advice: a population-based study. CMAJ. 2013;185(14):1207-1214.
13. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. Health Aff (Millwood). 2013;32(7):1196-1203.
14. Yong TY, Fok JS, Hakendorf P, Ben-Tovim D, Thompson CH, Li JY. Characteristics and outcomes of discharges against medical advice among hospitalised patients. Intern Med J. 2013;43(7):798-802.
15. Pasay-an E, Mostoles R, Villareal S, Saguban R. Factors contributing to leaving against medical advice (LAMA): a consideration of the patients' perspective. Healthcare (Basel). 2023;11(4):506.
16. World Health Organization. Patient Safety Action Plan 2021-2030. Geneva: WHO; 2021.
17. Joint Commission International. Accreditation Standards for Hospitals. 7th ed. Oakbrook Terrace: JCI; 2020.
18. Ministerio de Salud Pública (República Dominicana). Memoria institucional 2024. Santo Domingo: MSP. [Verificar en msp.gob.do]
19. Servicio Nacional de Salud (República Dominicana). Informe estadístico 2024. Santo Domingo: SNS. [Verificar en sns.gob.do]

20. Pan American Health Organization. Integrated Health Service Delivery Networks: Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. Washington DC: PAHO; 2010.
21. Weingart SN, Davis RB, Phillips RS. Patients discharged against medical advice from a general medicine service. J Gen Intern Med. 1998;13(9):568-571.
22. Pasay-an E, Mostoles R, Villareal S, Saguban R. Factors contributing to leaving against medical advice (LAMA): a consideration of the patients' perspective. Healthcare (Basel). 2023;11(4):506.
23. World Health Organization. Global Patient Safety Report 2024. Geneva: WHO; 2024.
24. Robinson K, Lam B. Early emergency department representations. Emerg Med Australas. 2013;25(2):140-146.
25. Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): causes and predictors. Electron Physician. 2017;9(6):4563-4570.
26. Machin LL, Goodwin D, Warriner D. An alternative view of self-discharge against medical advice: an opportunity to demonstrate empathy, empowerment, and care. Qual Health Res. 2018;28(5):702-710.
27. Pan American Health Organization. Health systems performance assessment. Washington DC: PAHO. [Verificar título y año exactos]
28. Southern WN, Nahvi S, Arnsten JH. Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. Am J Med. 2012;125(6):594-602.

29. Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud saturados: desafíos para la calidad de atención en la Región de las Américas. Washington DC: OPS. [Verificar publicación exacta]
30. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, Pradel FG. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. Qual Saf Health Care. 2010;19(5):420-424.
31. España. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm. 274, de 15 de noviembre de 2002.
32. Ministerio de Salud Pública (República Dominicana). Boletín epidemiológico nacional. Santo Domingo: MSP. [Verificar en msp.gob.do]
33. Servicio Nacional de Salud (República Dominicana). Indicadores hospitalarios. Santo Domingo: SNS. [Verificar en sns.gob.do]
34. Pan American Health Organization. Monitoring quality of care indicators. Washington DC: PAHO. [Verificar título y año exactos]
35. Alfandre DJ. "I'm going home": discharges against medical advice. Mayo Clin Proc. 2009;84(3):255-260.
36. World Health Organization. Patient Safety Fact Sheets. Geneva: WHO. [Material web, sin año fijo]
37. Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): causes and predictors. Electron Physician. 2017;9(6):4563-4570.

38. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(7):1196-1203. [Nota: se sustituyó la referencia original a un estudio de "Martínez (2025)" en Colombia, no verificable; la cifra "45%" que este citaba en el texto también fue retirada del cuerpo del documento]
39. Alfandre D. What does discharging patients against medical advice mean? *AMA Journal of Ethics (Virtual Mentor)*. 2011;13(5):301-305.
40. Hwang SW, Li J, Gupta R, Chien V, Martin RE. What happens to patients who leave hospital against medical advice? *CMAJ*. 2003;168(4):417-420.
41. Onukwugha E, Saunders E, Mullins CD, et al. Reasons for discharges against medical advice: a qualitative study. *Qual Saf Health Care*. 2010;19(5):420-424.
42. Devitt PJ, Devitt AC, Dewan M. An examination of whether discharging patients against medical advice protects physicians from malpractice charges. *Psychiatr Serv*. 2000;51(7):899-902.
43. Jeremiah J, O'Sullivan P, Stein MD. Who leaves against medical advice? *J Gen Intern Med*. 1995;10(7):403-405.
44. Stearns CR, Bakamjian A, Sattar S, Weintraub MR. Discharges against medical advice at a county hospital: provider perceptions and practice. *J Hosp Med*. 2017;12(1):11-17.
45. Fiscella K, Meldrum S, Barnett S. Hospital discharge against advice after myocardial infarction: deaths and readmissions. *Am J Med*. 2007;120(12):1047-1053.
46. Southern WN, Nahvi S, Arnsten JH. Increased risk of mortality and readmission among patients discharged against medical advice. *Am J Med*. 2012;125(6):594-602.

47. Glasgow JM, Vaughn-Sarrazin M, Kaboli PJ. Leaving against medical advice (AMA): risk of 30-day mortality and hospital readmission. *J Gen Intern Med*. 2010;25(9):926-929.
48. Saitz R, Ghali WA, Moskowitz MA. The impact of leaving against medical advice on hospital resource utilization. *J Gen Intern Med*. 2000;15(2):103-107.
49. Berger JT. Discharge against medical advice: ethical considerations and professional obligations. *J Hosp Med*. 2008;3(5):403-408.
50. Windish DM, Ratanawongsa N. Providers' perceptions of relationships and professional roles when caring for patients who leave the hospital against medical advice. *J Gen Intern Med*. 2008;23(10):1698-1707.
51. Aliyu ZY. Discharge against medical advice: sociodemographic, clinical and financial perspectives. *Int J Clin Pract*. 2002;56(5):325-327.
52. Kangovi S, Barg FK, Carter T, Long JA, Shannon R, Grande D. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Aff (Millwood)*. 2013;32(7):1196-1203.
53. Organización Panamericana de la Salud / Pan American Health Organization. Indicadores Básicos. Washington DC: OPS/PAHO; 2024.
54. Servicio Nacional de Salud (República Dominicana). Estadísticas de emergencias. Santo Domingo: SNS. [Verificar en sns.gob.do]
55. Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1. Informe. Santo Domingo. [Verificar nombre exacto de la institución y publicación]
56. Congreso Nacional de la República Dominicana. Ley 87-01 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social. *Gaceta Oficial*; 2001.

57. Choi M, Kim H, Qian H, Palepu A. Readmission rates of patients discharged against medical advice: a matched cohort study. *PLoS One*. 2011;6(9):e24459.
58. World Health Organization. Handbook for National Quality Policy and Strategy. Geneva: WHO; 2018.
59. Hospital General Plaza de la Salud. Informe institucional. Santo Domingo. [Fuente primaria interna — confirmar referencia exacta con la institución]
60. Ashrafi E, Nobakht S, Keykaleh MS, Kakemam E, Hasanpoor E, Sokhanvar M. Discharge against medical advice (DAMA): causes and predictors. *Electron Physician*. 2017;9(6):4563-4570.
61. Sistema Nacional de Atención a Emergencias y Seguridad 9-1-1. Informe estadístico. Santo Domingo. [Verificar]
62. Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias*. 2018;30(6):433-436.
63. Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias*. 2018;30(6):433-436.
64. Langley GJ, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
65. Rotter T, Kinsman L, James E, et al. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(3):CD006632.

66. Pines JM, Hollander JE. Emergency department crowding is associated with poor care for patients with severe pain. *Ann Emerg Med*. 2008;51(1):1-5.
67. Joint Commission International. International Patient Safety Goals. Oakbrook Terrace: JCI. [Verificar edición vigente]
68. Greenfield D, Pawsey M, Braithwaite J. How do consumer and staff experiences relate to accreditation? *Int J Qual Health Care*. 2012;24(1):61-69.
69. Epstein RM, Street RL. The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med*. 2011;9(2):100-103.
70. Krupat E, Rosenkranz SL, Yeager CM, Barnard K, Putnam SM, Inui TS. The practice orientations of physicians and patients: the effect of doctor-patient congruence on satisfaction. *Patient Educ Couns*. 2000;39(1):49-59.
71. Kripalani S, LeFevre F, Phillips CO, Williams MV, Basaviah P, Baker DW. Deficits in communication and information transfer between hospital-based and primary care physicians. *JAMA*. 2007;297(8):831-841.
72. Claassen CA, Gilfillan S, Orsulak P, et al. Reduction in suicide-related events and discharges against medical advice in a psychiatric inpatient unit. *Psychiatr Serv*. 2000;51(12):1611. [Verificar detalles exactos]
73. Masoudi FA, Havranek EP, Wolfe P, et al. Most hospitalized older persons do not meet the enrollment criteria for clinical trials in heart failure. *Am Heart J*. 2003;146(2):250-257.
74. Yuguero Torres O, Pérez Pérez RM. El alta voluntaria y la fuga en los servicios de urgencias: un reto con implicaciones éticas y médico-legales. *Emergencias*. 2018;30(6):433-436.

75. Appelbaum PS. Assessment of patients' competence to consent to treatment. *N Engl J Med*. 2007;357(18):1834-1840.
76. Lo B. *Resolving Ethical Dilemmas: A Guide for Clinicians*. 5th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
77. Grisso T, Appelbaum PS. *Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals*. Oxford: Oxford University Press; 1998.
78. Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2019.
79. Olshaker JS, Rathlev NK. Emergency department overcrowding and ambulance diversion: the impact and potential solutions of extended boarding of admitted patients in the emergency department. *J Emerg Med*. 2006;30(3):351-356.
80. Sun BC, Mohanty SA, Weiss R, et al. Effects of hospital closures and hospital characteristics on emergency department ambulance diversion, Los Angeles County, 1998 to 2004. *Ann Emerg Med*. 2006;47(4):309-316.
81. Kelen GD, Scheulen JJ, Hill PM. Effect of an emergency department (ED) managed acute care unit on ED overcrowding and emergency medical services diversion. *Acad Emerg Med*. 2001;8(11):1095-1100. [Verificar detalles exactos]
82. Asplin BR, Magid DJ, Rhodes KV, Solberg LI, Lurie N, Camargo CA Jr. A conceptual model of emergency department crowding. *Ann Emerg Med*. 2003;42(2):173-180.

Anexo

Tablas de resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según la edad, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-35 años	241	68%
36-50 años	36	10%
51-65 años	31	9%
Mayor de 65	44	13%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 2. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el sexo, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	195	56%
Masculino	157	44%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 3. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el estado civil, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero/a	288	82%
Casado/a	62	17%
Unión libre	2	1%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 4. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el lugar de procedencia, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje
Zona Urbana	282	80%
Zona Rural	61	17%
Internacional	9	3%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 5. Características sociodemográficas en los pacientes que deciden firmar su alta a petición según el nivel educativo, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Nivel Educativo	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	6	2%
Primaria	56	16%
Secundaria	169	47%
Universitario	121	35%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 6. Principales motivos de consulta de los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Motivos de consulta	Frecuencia	Porcentaje
Neurológicos	79	23%
Gastrointestinales	76	22%
Cardiovasculares	47	12%

Respiratorios	37	11%
Traumatismos	37	11%
Infecciosos	13	4%
Metabólicos	12	3%
Otros	51	14%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 7. Distribución de los diagnósticos presuntivos al ingreso de los pacientes que firmaron alta a petición en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Diagnóstico Presuntivo al ingreso.	Frecuencia	Porcentaje
Neurológicos	66	20%
Gastrointestinales	54	15%
Cardiovasculares	47	14%
Respiratorios	38	11%

Traumatismos	38	11%
Infecciosos	30	7%
Metabólicos	20	5%
Otros	59	17%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 8. Motivos de alta a petición en pacientes asegurados y no asegurados, según causas clínicas y causas relacionadas con la gestión administrativa del seguro médico, Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026

Cuenta con seguro médico	Frecuencia	Porcentaje
Si	290	82%
No	62	18%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 9. Distribución de los principales motivos de alta a petición en pacientes con cobertura de seguro médico atendidos en el Servicio de Emergencias del Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Principales motivos de alta a petición	Frecuencia	Porcentaje
Causa Clínica (Mejoría percibida, deseo de tratamiento en casa).	137	39%
Insatisfacción con el tiempo de espera.	115	33%
Gestión Administrativa del Seguro (Falta de cobertura, copagos altos, demora en autorizaciones).	41	12%
Motivos personales / familiares externos.	40	11%
Otros	19	5 %
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 10. Distribución del reingreso al Servicio de Emergencias dentro de las primeras 72 horas posteriores al alta a petición en pacientes atendidos en el Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Registró de reingreso en las siguientes 72 horas	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	6%

No	332	94%
TOTAL	352	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recolectados, 2025-2026

Tabla 11. Frecuencia y porcentaje de alta a petición en pacientes atendidos en el Hospital General Plaza de la Salud, febrero 2025-febrero 2026.

Condición del Paciente	Frecuencia Absoluta (n)	Frecuencia Relativa (%)
Alta a Petición (DAMA)	746	1.70%
Otros Destinos de Emergencia	43,254	98.30%
Total de Asistencias	44,000	100.00%



FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Frecuencia de pacientes que firman alta a petición y su repercusión en los marcadores de calidad de la atención – Servicio de Emergencias, HGPS, Febrero 2025 – Febrero 2026.

N° de Expediente: _____ Fecha: ____/____/____ Recolector/a: _____

I. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICIÓN.

Edad	☐ 18-35 años ☐ 36-50 años ☐ 51-65 años ☐ Mayor de 65 años
Sexo	☐ Masculino ☐ Femenino
Estado Civil	☐ Soltero/a ☐ Casado/a ☐ Unión Libre
Procedencia	☐ Zona Urbana ☐ Zona Rural ☐ Internacional
Nivel Educativo	☐ Ninguno ☐ Primario ☐ Secundario ☐ Universitario

II. LOS PRINCIPALES MOTIVOS DE CONSULTA QUE LLEVAN A LOS PACIENTES A SOLICITAR ALTA A PETICIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS.

Motivo principal de consulta (Categoría)	☐ Cardiovasculares ☐ Respiratorios ☐ Neurológicos ☐ Traumatismos ☐ Metabólicos ☐ Infecciosos ☐ Gastrointestinales ☐ Otro: _____
---	--

III. DIAGNÓSTICOS PRESUNTIVOS MÁS RECURRENTES EN LOS PACIENTES QUE SOLICITAN ALTA A PETICIÓN, CON EL FIN DE LOCALIZAR LAS ÁREAS DE ATENCIÓN CON MAYOR RIESGO DE DESERCIÓN.

Diagnóstico Presuntivo al ingreso	☐ Cardiovasculares ☐ Respiratorios ☐ Neurológicos ☐ Gastrointestinales ☐ Traumatismos ☐ Metabólicos ☐ Infecciosos ☐ Otros: _____
--	---

IV. MOTIVOS DE ALTA A PETICIÓN EN PACIENTES ASEGURADOS Y NO ASEGURADOS, DISTINGUIENDO ENTRE CAUSAS CLÍNICAS Y CAUSAS RELACIONADAS CON LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL SEGURO MÉDICO.

¿Cuenta con seguro médico?	☐ Sí ☐ No
Si tiene seguro, ¿cuál fue el motivo principal del alta a petición?	☐ Causa Clínica (Mejoría percibida, deseo de tratamiento en casa). ☐ Gestión Administrativa del Seguro (Falta de cobertura, copagos altos, demora en autorizaciones). ☐ Insatisfacción con el tiempo de espera. ☐ Motivos personales / familiares externos. ☐ Otros.

V. REINGRESO A 72 HORAS DE LOS PACIENTES QUE FIRMAN EL ALTA A PETICIÓN.

¿Se registró reingreso en las siguientes 72 horas?	☐ Sí ☐ No
Esta ficha de recolección fue revisada por expertos y sometida a prueba piloto.	



CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo	Estefan Brito Peguero
Matrícula o código institucional	201259
Correo Electrónico Institucional	estefanbrito24@gmail.com
Carrera/Posición:	Residencia
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1854
Fecha	lunes, mayo 25, 2026

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)



Nombre Completo	Yoselin Inmaculada González Sánchez
Matrícula o código institucional	221196
Correo Electrónico Institucional	drayoselin08@gmail.com
Carrera/Posición:	Postgrado en Medicina
Estado del examen	Aprobado
Número de Certificación	DIAIRB2025-1831
Fecha	viernes, mayo 1, 2026



Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Iberoamericana (UNIBE)





viernes, mayo 22, 2026

APLICACION COMPLETA PARA INVESTIGADORES/DOCENTES - COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Aplicación al Comité de Ética de Investigación

Código de Aplicación	CEI2025-86
Nombre del Investigador Principal (IP)	Yoselin Inmaculada González Sánchez
Grado académico	Maestria
Curriculum Vitae del IP	 curriculo De Dra Gonzalez (1).docx
Correo Electrónico del IP	gonzalezsanchezyoselin@gmail.com
Teléfono del IP	(8098471258) 809-8471258
Dirección del IP	Avenida Jacobo Majluta, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte, Avenida Jacobo Majluta, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte Avenida Jacobo Majluta, Los Guaricanos, Santo Domingo Norte, Santo Domingo , 11206 Dominican Republic
Constancia de formación en ética de investigación o certificación en ética de investigación	Certificación por UNIBE
Número de Certificación en Ética de Investigación de UNIBE	DIAIRB2025-1831
¿Cuántos co-investigadores participarán en esta investigación?	2
Nombre del Co-Investigador #1	Yoselin Inmaculada González Sánchez
Correo Electrónico del Co-Investigador #1	gonzalezsanchezyoselin@gmail.com
Teléfono del Co-Investigador #1	(8098471258) 809-8471258
Nombre del Co-Investigador #2	Estefan Brito Peguero
Correo Electrónico del Co-Investigador #2	estefanbrito24@gmail.com
Teléfono del Co-Investigador #2	(809-605-9711) 809-605-9711
1. Nombre del Proyecto de Investigación	FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA, FEBRERO 2025- FEBRERO 2026.
2. Tipo de Investigación	Retrospectiva
3. Por favor indique la categoría que mejor describe su investigación:	Proyecto de un Estudiante de grado o postgrado

4. Duración del proyecto en meses: 12
5. Fecha estimada de inicio de la investigación: jueves, enero 2, 2025
6. Fecha estimada para el levantamiento de datos de la investigación: domingo, enero 4, 2026
7. Fecha estimada de finalización de la investigación: viernes, enero 2, 2026
8. ¿Cuenta con fondos para realizar esta investigación?
9. ¿Esta investigación se desarrolla en afiliación con otra institución?
- 9a. Especifique cual/es: Hospital Plaza General de la Salud
- 9b. Indique si existe un Memorandum de Entendimiento u otro acuerdo con la institución externa:
10. ¿Hay otro Comité de Ética evaluando esta propuesta?
- 10a. ¿Cuál? UNIBE

11. Describa brevemente su investigación. Incluya la hipótesis y describa los procedimientos con detalle. No anexe el marco teórico u otros documentos a este acápite.

La calidad de la atención en los servicios de emergencias se evalúa mediante indicadores críticos como las tasas de reingreso, la mortalidad, la satisfacción del usuario y la continuidad del cuidado. No obstante, un desafío frecuente que puede distorsionar estos indicadores es el alta a petición del paciente, también conocida como alta contra el consejo médico (DAMA), situación que ocurre cuando el usuario decide retirarse del hospital antes de concluir el proceso diagnóstico o terapéutico recomendado por el equipo asistencial.

12. Describa los participantes de su investigación. Incluya la muestra esperada (incluya cálculo muestral), edad, estado civil, etc.

12. La población estará constituida por todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período comprendido entre febrero de 2025 y febrero de 2026.

En la muestra esperada se incluirán los pacientes que firmen alta voluntaria.

Los datos serán procesados utilizando un programa estadístico (SPSS y Excel).

Se realizará un análisis descriptivo de frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar. Prueba de Chi cuadrado para asociación entre variables cualitativas.

Nivel de significancia estadística: $p < 0.05$

Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su mejor interpretación.

13. La selección de la muestra será:

14. ¿Habrá en su muestra, participantes de grupos vulnerables?

15. ¿Sus participantes recibirán alguna remuneración o recompensa?

16. Describa las técnicas que utilizará para reclutar sus participantes

Revision de registro clinico.

18. Por favor describa los procedimientos que utilizará para acercarse a las personas para mostrar y obtener el consentimiento de sus participantes.

La presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, basada en revisión de expediente clínico, por lo que no se realizará contacto directo con los participantes.

19. Describa los pasos que tomará para proteger la confidencialidad de los participantes y sus datos. Describa quién tendrá acceso a los datos levantados y bajo cuales circunstancias. Describa cómo se guardarán los datos (debe guardarlos por 5 años luego de finalizar el estudio).

Debido a la naturaleza retrospectiva del estudio, no se realizará acercamiento directo con los participantes; en su lugar se solicitará dispensa de consentimiento, garantizando en todo momento la confidencialidad y protección de los datos.

20. ¿Su investigación utilizará engaños o señuelos?

No

21. Si en su investigación se van a utilizar equipos o máquinas, descríbalos y explique si implican algún riesgo a la integridad física del participante. Describa los protocolos de seguridad a emplear en la investigación.

No.

23. ANEXE a esta aplicación una copia de los cuestionarios o pruebas que se utilizarán en la investigación. En caso de que estas pruebas no estén disponibles (porque no se han comprado o su reproducción no está permitida por la ley de derecho de autor y propiedad intelectual) describa las propiedades psicométricas de esta e incluya una breve descripción del uso de esta prueba en investigaciones previas o similares a esta.



FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE ...docx

25. Si en esta investigación se van a crear los instrumentos, describa los procedimientos que utilizará para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos.

Se utilizará una ficha de recolección de datos estructurada, diseñada por el investigador, en la cual se registrarán las variables sociodemográficas, clínicas y los indicadores de calidad.

La información será obtenida a partir de:

Expedientes clínicos

Registros del servicio de emergencias

Sistema de información hospitalario

26. ¿Considera que su investigación es de bajo riesgo para los participantes?

Sí

27. Describa los riesgos que existen para las personas que participen en esta investigación y cómo protegerá a los participantes de los mismos

La presente investigación se clasifica como de riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio observacional retrospectivo, basado en la revisión de expedientes clínicos, sin intervención directa sobre los pacientes.

28. Describa los potenciales beneficios para los participantes de esta investigación (cualquier remuneración por participación no se incluye como parte de los beneficios):

La presente investigación no ofrece beneficios directos individuales a los participantes, debido a su naturaleza observacional retrospectiva y a uso exclusivo de información contenida en expediente clínico.

29. ¿Cómo manejarán posibles reacciones negativas de los participantes a la investigación?

Dado que la presente investigación es de tipo observacional retrospectivo, basada en la revisión de expedientes clínicos, no se prevé la interacción directa con los participantes, por lo que la probabilidad de reacciones negativas es mínima o nula.

No obstante, en caso de que surja alguna inquietud o reacción adversa relacionada con el uso de la información, se contemplan las siguientes medidas:

Identificación de posibles reacciones

Las posibles reacciones, aunque improbables, podrían incluir:

Inquietud sobre el uso de sus datos clínicos

Preocupación por la confidencialidad de la información

Solicitud de exclusión del estudio

Estrategias de manejo

Protección de la confidencialidad

Todos los datos serán anonimizados antes de su análisis

No se utilizarán identificadores personales en ninguna fase del estudio

Transparencia institucional

El estudio contará con la aprobación de un Comité de Ética en Investigación, garantizando el cumplimiento de normas éticas

Se respetarán los principios de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia

Derecho a exclusión (si aplica)

En caso de que algún participante, de manera excepcional, exprese el deseo de no incluir su información, esta será retirada de la base de datos, siempre que sea posible identificarla previamente a la anonimización

Manejo responsable de la información

Los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos

El acceso estará restringido al equipo investigador.

30. Describa si existe algún riesgo para los investigadores que levanten datos en esta investigación. (Ej: exposición a agujas, visitas a zonas en las que puede haber peligro al transitar, etc.)

La presente investigación no implica procedimientos invasivos ni contacto directo con pacientes, ya que se basa en la revisión de expedientes clínicos. Por tanto, los riesgos para los investigadores son mínimos.

31. Describa los procedimientos estadísticos que utilizará en su investigación. Especifique qué tipo de pruebas y análisis espera realizar.

El análisis estadístico se realizará utilizando un software especializado como IBM SPSS Statistics, Stata o R.

1. Análisis descriptivo

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables:

Variables cualitativas (sexo, estado civil, tipo de alta, triage):

Frecuencias absolutas (n)

Frecuencias relativas (%)

Variables cuantitativas (edad, tiempo de estancia):

Media y desviación estándar (si distribución normal)

Mediana y rango intercuartílico (si distribución no normal)

2. Análisis bivariado

Se evaluará la asociación entre el alta voluntaria y los indicadores de calidad:

Para variables cualitativas:

Prueba de Chi-cuadrado (χ^2)

Prueba exacta de Fisher (si frecuencias esperadas <5)

Para variables cuantitativas:

T de Student (si distribución normal)

U de Mann-Whitney (si distribución no normal)

32. ¿Cuál software o programa utilizará para los análisis estadísticos?

Se seleccionó SPSS por su facilidad de uso y amplia aceptación en investigaciones clínicas."

32a. Si ha recibido instrucción formal en el uso de este programa favor indicar el método

Parte de Actividades de Investigación en un Programa Académico (trabajo en un laboratorio o investigación docente)

33. ¿Cómo compartirán los hallazgos de esta investigación? (seleccione todas las que aplican)

Presentación de trabajo de grado/tesis

34. ¿Cómo conocerá la comunidad los resultados o beneficios de la investigación?

Disponibilidad de hallazgos en la página o repositorio de la universidad

35. Indique la dónde llevará a cabo su recolección de datos

Emergencia de Plaza General de la Salud

Por favor ANEXE:

1. La carta de clínicas/hospitales o instituciones externas que le permitirán acceso a sus expedientes o pacientes (la carta está disponible en la página web del Decanato de Investigación)
2. Aprobación o prueba de aplicación al CEI de la Institución donde levantará datos.

*Las investigaciones realizadas con niños deben obtener el consentimiento de los padres o tutores legales del niño. Además del consentimiento escrito, el investigador debe obtener el consentimiento verbal del niño.

*En casos en los que el participante no sepa escribir, la firma se debe sustituir por una impresión de la huella dactilar del participante.

36. Si su muestra se reclutará en otra institución, por favor ANEXE una carta de la Institución que estará colaborando con usted. La carta debe ser firmada y sellada por un directivo de la institución y detallar los contactos de esa persona.

Hospital General de la Plaza de la Salud
Departamento de Investigación
Hospital General Plaza de la Salud
Carta de aprobación de proyecto de investigación
18 de mayo del 2026

A quien pueda interesar,

Por medio de la presente certifico que la Dra. Yonell González Sánchez y la Dra. Estefan Brito Pequeño, códigos 09357, 09020 respectivamente, residentes de la especialidad **Medicina de Emergencias y Desastres** del Hospital General de la Plaza de la Salud, pueden realizar su tesis de postgrado titulada: **"Frecuencia de pacientes que firman alta petición y su repercusión en los marcadores de calidad de la atención en el servicio de emergencias del hospital general de la plaza de la salud, República Dominicana, febrero 2025-febrero 2026."** con el Departamento de Investigación del Hospital General Plaza de la Salud, registrada en la institución con el código **26-TPG-846**.

Tras haber evaluado su propuesta de investigación, y confirmar que cumple, en este momento, con los requisitos metodológicos y éticos establecidos por la institución, aprobamos su ejecución en el tiempo establecido.

Apegados a los acuerdos establecidos entre los investigadores y la institución, reiteramos el respeto de la confidencialidad, así como la propiedad intelectual compartida, lo que nos permite el uso de los datos generados por esta iniciativa, siempre y cuando sean incluidos los investigadores en futuros análisis.

Los investigadores se comprometen a la entrega oportuna de bases de datos y reporte final. De lo contrario, asume las responsabilidades que acarrea el no cumplimiento de los acuerdos, dando la potestad al HGPS de proceder siguiendo las normativas establecidas por la ley.

[Firma]
Dolores Mejía De La Cruz
Gerente de Investigación
(809) 723-4154

Av. Ortegá y Gussel No. 12, Santo Domingo, República Dominicana
Apartado Postal 9052, J. Tel: 809-360-1477 / Fax: 809-732-3488
Email: informacion@hgsa.org.do
www.hgsa.org.do

37. Si la institución donde levantará los datos tiene un comité de ética que ha aprobado esta investigación, ANEXE una copia.

3:19

← Yoselin-Inmacula...

COMITÉ DE ÉTICA UNIBE CERTIFICACIÓN EN ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Nombre Completo: Yoselin Inmaculada González Sánchez

Matrícula o código institucional: 221196

Correo Electrónico Institucional: drayoselin08@gmail.com

Carrera/Posición: Postgrado en Medicina

Estado del examen: Aprobado

Número de Certificación: DIAIRB2025-1831

Fecha: viernes, mayo 1, 2026

Michael A. Alcántara-Minaya, MD
Coordinador Comité de Ética
Vicerrectoría de Investigación e Innovación
Universidad Benemérita (UNIBE)

Formulario de solicitud para certificación en ética

Debe llenar este formulario toda persona que desee tomar el examen para la certificación en ética del Comité de Ética de Investigación de UNIBE.

El examen de ética se habilita cada semana por 72 horas.

Si usted no es estudiante, una persona del equipo del Decanato de Investigación e Innovación se ponga en contacto con usted para darle los detalles de acceso a la plataforma de blackboard para tomar su examen, en el caso de estudiantes podrán entrar vía su plataforma blackboard de estudiantes una vez habilitado.

Para prepararse para el examen debe estudiar detenidamente el contenido del [Manual de Ética](#)

Puede encontrar información general del Comité de Ética [aquí](#)

Correo Electrónico Personal: drayoselin08@gmail.com

38. Comentarios adicionales

Ninguno.

39. Describa brevemente las cualificaciones académicas y profesionales que califican a los investigadores para realizar este proyecto. Favor omitir nombres y enfocarse en posiciones o roles dentro del proyecto.

El equipo investigador está conformado por profesionales del área de la salud con formación académica en medicina y experiencia en investigación clínica, gestión hospitalaria y evaluación de la calidad de la atención en servicios de emergencia.

Dentro del proyecto participan médicos en formación de especialidad, responsables de la recolección y análisis de datos clínicos, así como de la revisión de expedientes y seguimiento metodológico del estudio. Además, se cuenta con asesores académicos con experiencia en metodología de la investigación, bioestadística y elaboración de proyectos científicos, quienes supervisan el diseño, desarrollo y análisis de los resultados.

El equipo también incluye profesionales con experiencia en atención de emergencias y manejo hospitalario, lo que garantiza un adecuado conocimiento del contexto clínico y operativo donde se desarrollará la investigación. Asimismo, los investigadores poseen capacitación en principios éticos de investigación en salud, confidencialidad de datos y manejo de información clínica.

Firma

Y. G

Referencias

1. Dahlinger, A. & Yassaee, M. (2014). What types of research designs exist? University of St. Gallen.
2. Oxford Centre for Evidence Based Medicine. (marzo, 2009). Levels of Evidence.
3. Rohrig, B., Du Prel, J.B., Wachtlin, D., & Blettner, M. (2009). Types of studies in medical research. Deutsches Arzteblatt International, 106 (15), 262-8.
4. Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.

Para uso administrativo

Código de Aplicación

CEI2025-86

1. Nombre del Proyecto de Investigación

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICIÓN Y SU REPERCUSIÓN EN LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD, REPÚBLICA DOMINICANA, FEBRERO 2025- FEBRERO 2026.

Nombre del Investigador Principal (IP) Yoselin Inmaculada González Sánchez

Fecha de revisión

miércoles, mayo 27, 2026

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

Firma

Y. G



viernes, mayo 22, 2026

APLICACION COMPLETA PARA INVESTIGADORES/DOCENTES - COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

Aplicación al Comité de Ética de Investigación

Código de Aplicación	CEI2025-87
Nombre del Investigador Principal (IP)	estefan brito peguero
Grado académico	maestria
Curriculum Vitae del IP	 CV DRA ESTEFAN BRITO3.pdf
Correo Electrónico del IP	estefanbrito24@gmail.com
Teléfono del IP	(809) 605-9711
Dirección del IP	santo domingo, oeste, santo domingo Dominican Republic
Constancia de formación en ética de investigación o certificación en ética de investigación	Certificación por UNIBE
Número de Certificación en Ética de Investigación de UNIBE	DIAIRB2025-1854
¿Cuántos co-investigadores participarán en esta investigación?	0
1. Nombre del Proyecto de Investigación	
FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICION Y SU REPERCUSION EN LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD, REPUBLICA DOMINICANA, FEBRERO 2025- FEBRERO 2026.	
2. Tipo de Investigación	Retrospectiva
3. Por favor indique la categoría que mejor describe su investigación:	Proyecto de un Estudiante de grado o postgrado
4. Duración del proyecto en meses:	12 MESES
5. Fecha estimada de inicio de la investigación	sábado, febrero 1, 2025
6. Fecha estimada para el levantamiento de datos de la investigación	domingo, enero 4, 2026
7. Fecha estimada de finalización de la investigación	viernes, enero 2, 2026
8. ¿Cuenta con fondos para realizar esta investigación?	No

9. ¿Esta investigación se desarrolla en afiliación con otra institución?

Sí

9a. Especifique cual/es:

HOSPITAL GENERAL PLAZA DE LA SALUD

9b. Indique si existe un Memorandum de Entendimiento u otro acuerdo con la institución externa:

No

10. ¿Hay otro Comité de Ética evaluando esta propuesta?

Sí

10a. ¿Cuál?

UNIBE

11. Describa brevemente su investigación. Incluya la hipótesis y describa los procedimientos con detalle. No anexe el marco teórico u otros documentos a este acápite.

La calidad de la atención en los servicios de emergencias se evalúa mediante indicadores críticos como las tasas de reingreso, la mortalidad, la satisfacción del usuario y la continuidad del cuidado. No obstante, un desafío frecuente que puede distorsionar estos indicadores es el alta a petición del paciente, también conocida como alta contra el consejo médico (DAMA), situación que ocurre cuando el usuario decide retirarse del hospital antes de concluir el proceso diagnóstico o terapéutico recomendado por el equipo asistencial

12. Describa los participantes de su investigación. Incluya la muestra esperada (incluya cálculo muestral), edad, estado civil, etc.

12. La población estará constituida por todos los pacientes atendidos en el servicio de emergencias del Hospital General Plaza de la Salud durante el período comprendido entre febrero de 2025 y febrero de 2026.

En la muestra esperada se incluirán los pacientes que firmen alta voluntaria.

Los datos serán procesados utilizando un programa estadístico (SPSS y Excel).

Se realizará un análisis descriptivo de frecuencias, porcentajes, media y desviación estándar. Prueba de Chi cuadrado para asociación entre variables cualitativas.

Nivel de significancia estadística: $p < 0.05$

Los resultados serán presentados en tablas y gráficos para su mejor interpretación

13. La selección de la muestra será:

Probabilística

14. ¿Habrán en su muestra, participantes de grupos vulnerables?

No

15. ¿Sus participantes recibirán alguna remuneración o recompensa?

No

16. Describa las técnicas que utilizará para reclutar sus participantes

revisión de registros clínicos

18. Por favor describa los procedimientos que utilizará para acercarse a las personas para mostrar y obtener el consentimiento de sus participantes.

la presente investigación es de tipo observacional, retrospectivo, basada en la revisión de expedientes clínicos, por lo que no se realizara contacto directo con los participantes.

19. Describa los pasos que tomará para proteger la confidencialidad de los participantes y sus datos. Describa quién tendrá acceso a los datos levantados y bajo cuales circunstancias. Describa cómo se guardarán los datos (debe guardarlos por 5 años luego de finalizar el estudio).

debido a la naturaleza retrospectiva del estudio no se realizará acercamiento directo con los participantes, en su lugar se solicitará dispensa de consentimiento, garantizando en todo momento la confidencialidad y protección de los datos.

20. ¿Su investigación utilizará engaños o señuelos?

No

21. Si en su investigación se van a utilizar equipos o maquinas, descríbalos y explique si implican algún riesgo a la integridad física del participante. Describa los protocolos de seguridad a emplear en la investigación.

no

25. Si en esta investigación se van a crear los instrumentos, describa los procedimientos que utilizará para establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos.

se utilizara una fecha de recoleccion de datos estructurada y diseñada por el investigador, en la cual se registraran las variables sociodemográficas, clínicas y los indicadores de calidad. la información será obtenida a partir de:

expedientes clínicos

registros de servicio de emergencias

sistema de informacion hospitalario

26. ¿Considera que su investigación es de bajo riesgo para los participantes?

No

27. Describa los riesgos que existen para las personas que participen en esta investigación y cómo protegerá a los participantes de los mismos

la siguiente investigación se clasifica como riesgo mínimo, ya que se trata de un estudio retrospectivo, basado en la revisión de expedientes clínicos , sin intervención directa sobre los pacientes

28. Describa los potenciales beneficios para los participantes de esta investigación (cualquier remuneración por participación no se incluye como parte de los beneficios):

la siguiente investigación no ofrece beneficios directos individuales a los participantes, debido a su naturaleza observacional, retrospectiva y al uso exclusivo de información contenida en expedientes clínicos.

29. ¿Cómo manejarán posibles reacciones negativas de los participantes a la investigación?

Dado que la presente investigación es de tipo observacional retrospectivo, basada en la revisión de expedientes clínicos, no se prevé la interacción directa con los participantes, por lo que la probabilidad de reacciones negativas es mínima o nula.

No obstante, en caso de que surja alguna inquietud o reacción adversa relacionada con el uso de la información, se contemplan las siguientes medidas:

Identificación de posibles reacciones

Las posibles reacciones, aunque improbables, podrían incluir:

Inquietud sobre el uso de sus datos clínicos

Preocupación por la confidencialidad de la información

Solicitud de exclusión del estudio

Estrategias de manejo

Protección de la confidencialidad

Todos los datos serán anonimizados antes de su análisis

No se utilizarán identificadores personales en ninguna fase del estudio

Transparencia institucional

El estudio contará con la aprobación de un Comité de Ética en Investigación, garantizando el cumplimiento de normas éticas

Se respetarán los principios de confidencialidad, beneficencia y no maleficencia

Derecho a exclusión (si aplica)

En caso de que algún participante, de manera excepcional, exprese el deseo de no incluir su información, esta será retirada de la base de datos, siempre que sea posible identificarla previamente a la anonimización

Manejo responsable de la información

Los datos serán utilizados exclusivamente con fines académicos

El acceso estará restringido al equipo investigador

30. Describa si existe algún riesgo para los investigadores que levanten datos en esta investigación. (Ej: exposición a agujas, visitas a zonas en las que puede haber peligro al transitar, etc.)

la presente investigación no implica procedimientos invasivos ni contacto directo con pacientes, ya que se basa en la revisión de expedientes clínicos, por lo tanto los riesgos para los investigadores son mínimos.

31. Describa los procedimientos estadísticos que utilizará en su investigación. Especifique qué tipo de pruebas y análisis espera realizar.

El análisis estadístico se realizará utilizando un software especializado como IBM SPSS Statistics, Stata o

R.

1. Análisis descriptivo

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables:

Variables cualitativas (sexo, estado civil, tipo de alta, triage):

Frecuencias absolutas (n)

Frecuencias relativas (%)

Variables cuantitativas (edad, tiempo de estancia):

Media y desviación estándar (si distribución normal)

Mediana y rango intercuartílico (si distribución no normal)

2. Análisis bivariado

Se evaluará la asociación entre el alta voluntaria y los indicadores de calidad:

Para variables cualitativas:

Prueba de Chi-cuadrado (χ^2)

Prueba exacta de Fisher (si frecuencias esperadas <5)

Para variables cuantitativas:

T de Student (si distribución normal)

U de Mann-Whitney (si distribución no normal)

32. ¿Cuál software o programa utilizará para los análisis estadísticos?

spss

32a. Si ha recibido instrucción formal en el uso de este programa favor indicar el método

Parte de Actividades de Investigación en un Programa Académico (trabajo en un laboratorio o investigación docente)

33. ¿Cómo compartirán los hallazgos de esta investigación? (seleccione todas las que aplican)

Presentación de trabajo de grado/tesis

34. ¿Cómo conocerá la comunidad los resultados o beneficios de la investigación?

Disponibilidad de hallazgos en la página o repositorio de la universidad

35. Indique la dónde llevará a cabo su recolección de datos

en la emergencia del hospital general plaza de la salud

Por favor ANEXE:

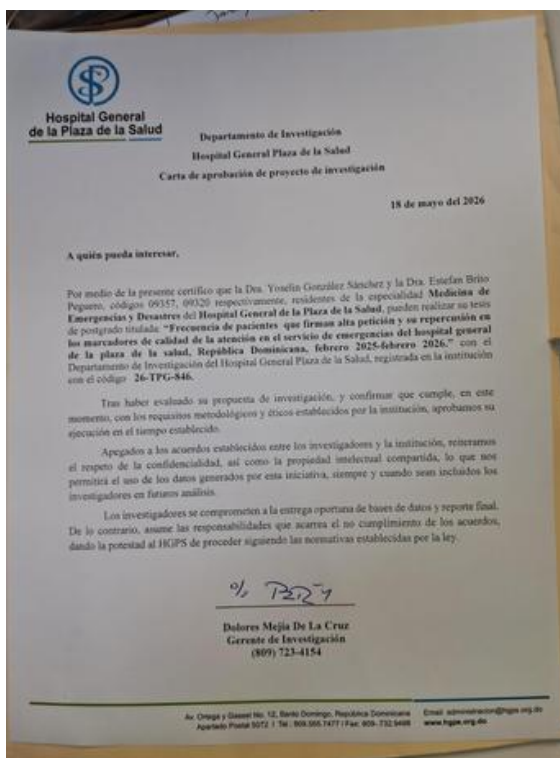
1. La carta de clínicas/hospitales o instituciones externas que le permitirán acceso a sus expedientes o pacientes (la carta está disponible en la página web del Decanato de Investigación)

2. Aprobación o prueba de aplicación al CEI de la Institución donde levantará datos.

*Las investigaciones realizadas con niños deben obtener el consentimiento de los padres o tutores legales del niño. Además del consentimiento escrito, el investigador debe obtener el consentimiento verbal del niño.

*En casos en los que el participante no sepa escribir, la firma se debe sustituir por una impresión de la huella dactilar del participante.

37. Si la institución donde levantará los datos tiene un comité de ética que ha aprobado esta investigación, ANEXE una copia.



38. Comentarios adicionales

ninguno

39. Describa brevemente las cualificaciones académicas y profesionales que califican a los investigadores para realizar este proyecto. Favor omitir nombres y enfocarse en posiciones o roles dentro del proyecto.

39. El equipo investigador está conformado por profesionales del área de la salud con formación académica en medicina y experiencia en investigación clínica, gestión hospitalaria y evaluación de la calidad de la atención en servicios de emergencia.

Dentro del proyecto participan médicos en formación de especialidad, responsables de la recolección y análisis de datos clínicos, así como de la revisión de expedientes y seguimiento metodológico del estudio. Además, se cuenta con asesores académicos con experiencia en metodología de la investigación, bioestadística y elaboración de proyectos científicos, quienes supervisan el diseño, desarrollo y análisis de los resultados.

El equipo también incluye profesionales con experiencia en atención de emergencias y manejo hospitalario, lo que garantiza un adecuado conocimiento del contexto clínico y operativo donde se desarrollará la investigación. Asimismo, los investigadores poseen capacitación en principios éticos de investigación en salud, confidencialidad de datos y manejo de información clínica.

Firma

Referencias

1. Dahlinger, A. & Yassaee, M. (2014). What types of research designs exist? University of St. Gallen.
2. Oxford Centre for Evidence Based Medicine. (marzo, 2009). Levels of Evidence.
3. Rohrig, B., Du Prel, J.B., Wachtlin, D., & Blettner, M. (2009). Types of studies in medical research. Deutsches Arzteblatt International, 106 (15), 262-8.
4. Shadish, W.R., Cook, T.D., & Campbell, D.T. (2002). Experimental and Quasi-Experimental Designs for Generalized Causal Inference.

Para uso administrativo

Código de Aplicación

CEI2025-87

1. Nombre del Proyecto de Investigación

FRECUENCIA DE PACIENTES QUE FIRMAN ALTA A PETICION Y SU REPERCUSION EN LOS MARCADORES DE CALIDAD DE LA ATENCION EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL DE LA PLAZA DE LA SALUD, REPUBLICA DOMINICANA, FEBRERO 2025- FEBRERO 2026.

Nombre del Investigador Principal (IP) estefan britto peguero

Fecha de revisión

miércoles, mayo 27, 2026

ESTADO DE LA APLICACIÓN

APROBADO

Comentarios de los evaluadores

Mismo proyecto que aplicación CEI2025-86 (Yoselin Sánchez y Estefani Brito)