

**Factores que Afectan la Duración de la Estancia Hospitalaria en Pacientes con
Dependencia Funcional y Comorbilidades en el Hospital María Inmaculada, Florencia
(2025)**

Brisbanny Zharick Roa Gomez

Asesora

Sandra Patricia Hurtado Orduz

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD

Escuela Ciencias de la Salud ECISA

Especialización en Gerencia y Auditoria de la Calidad en Salud

2025

Resumen

El presente estudio analiza los factores sociales, económicos y médicos que influyen en la duración de la estancia hospitalaria de pacientes con dependencia funcional y comorbilidades en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá, durante abril de 2025. A través de un enfoque cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, se aplicaron la Escala de Barthel para medir la dependencia funcional y la Escala de Gijón para valorar las condiciones socioeconómicas. Los datos se procesarán mediante estadística descriptiva e inferencial (correlación y regresión) con el fin de identificar relaciones entre grado de dependencia, número de comorbilidades, factores sociales y económicos, y la duración de la hospitalización.

Se espera demostrar que la estancia hospitalaria prolongada se asocia principalmente con dependencia funcional grave, presencia de múltiples comorbilidades, ausencia de apoyo familiar y limitaciones económicas. Los resultados permitirán proponer recomendaciones para optimizar la gestión hospitalaria, mejorar la planificación del egreso, fortalecer la atención domiciliaria y promover intervenciones sociales que contribuyan a una atención más eficiente y humanizada.

Palabras clave: Calidad de la Atención, Factores de Riesgo, Estancia Hospitalaria, Comorbilidades, Dependencia Funcional.

Abstract

This study analyzes the social, economic, and medical factors that influence the length of hospital stay of patients with functional dependency and comorbidities at the María Inmaculada Hospital in Florencia, Caquetá, during April 2025. Using a quantitative, descriptive, and cross-sectional approach, the Barthel Scale was used to measure functional dependency and the Gijón Scale to assess socioeconomic conditions. The data will be processed using descriptive and inferential statistics (correlation and regression) to identify relationships between the degree of dependency, the number of comorbidities, social and economic factors, and the length of hospital stay.

It is expected to show that prolonged hospital stay is primarily associated with severe functional dependency, the presence of multiple comorbidities, lack of family support, and financial limitations. The results will allow for recommendations to optimize hospital management, improve discharge planning, strengthen home care, and promote social interventions that contribute to more efficient and humane care.

Keywords: Quality of Care, Risk Factors, Hospital Stay, Comorbidities, Functional Dependence.

Tabla de Contenido

Introducción	7
Planteamiento del Problema	9
Justificación	11
Objetivos	12
Objetivo General	12
Objetivo Especifico	12
Marco Teórico	13
Escala de Barthel	13
Escala de Gijón	13
Marco Conceptual	15
Dependencia Funcional	15
Comorbilidad	15
Estancia Hospitalaria	15
Factores Sociales	16
Factores Médicos	16
Calidad de Vida	17
Rehabilitación	17
Recursos Hospitalarios	18
Calidad de la Atención	18
Planificación del Alta	18
Redes de Apoyo Social	19
Metodología	20
Tipo de estudio	20
Población	20
Tamaño de la Muestra	20
Criterios de inclusión	21
Criterios de Exclusión	21
Técnica e Instrumento de Recolección de Información	21
Las Herramientas Utilizadas	22
Análisis de Información	23
Estadística Descriptiva	23
Duración de la Estancia Hospitalaria	24

Análisis de Correlación	24
Análisis de Regresión	24
Consideraciones Adicionales	24
Control de Sesgos	25
Aspectos Éticos y Bioéticos	26
Consentimiento Informado y Autonomía	26
Confidencialidad	26
Resultados	28
Tabla 1	28
<i>Tabulación General (Resumen Estadístico)</i>	28
Tabla 2	28
<i>distribuciones Categóricas</i>	28
Tabla 3	29
<i>Análisis de correlación</i>	29
Análisis de Regresión	30
Tabla 4	30
<i>Análisis de Regresión Lineal Múltiple</i>	30
Correlaciones	31
Análisis de Resultados	31
Discusión	33
Conclusiones	36
Referencias Bibliográficas	38

Lista de Tablas

Tabla 1 <i>Tabulación General (Resumen Estadístico)</i>	28
Tabla 2 <i>Distribuciones Categóricas</i>	28
Tabla 3 <i>Análisis de correlación</i>	29
Tabla 4 <i>Análisis de Regresión Lineal Múltiple</i>	30

Introducción

La atención hospitalaria de pacientes con dependencia funcional y múltiples comorbilidades representa uno de los principales desafíos en los sistemas de salud actuales, especialmente en regiones con recursos limitados como el departamento del Caquetá. En este contexto, el Hospital María Inmaculada de Florencia, por su ubicación estratégica y relevancia regional, se ha convertido en un centro de referencia para la atención de esta población creciente. Sin embargo, el aumento sostenido de pacientes con alta complejidad clínica y social ha generado una presión significativa sobre su capacidad instalada, evidenciando la necesidad de optimizar los recursos hospitalarios y garantizar una atención segura, oportuna y humanizada.

Las estancias hospitalarias prolongadas en este tipo de pacientes no solo impactan negativamente la eficiencia operativa del hospital al saturar camas y elevar los costos asistenciales, sino que también pueden agravar el estado de salud del paciente, aumentando el riesgo de complicaciones como infecciones nosocomiales, deterioro funcional o afectación emocional. Si bien los factores clínicos como la dependencia funcional y las comorbilidades han sido ampliamente reconocidos como determinantes clave en la duración de la hospitalización, otros elementos menos explorados, como los factores sociales y económicos, también juegan un papel fundamental en este fenómeno.

Aspectos como la falta de apoyo familiar, la precariedad económica, el bajo nivel educativo y las dificultades en el acceso a servicios extrahospitalarios pueden retrasar el egreso y limitar la continuidad del cuidado en el hogar. En consecuencia, surge la necesidad de analizar de manera integral cómo interactúan los factores médicos, sociales y económicos en la determinación del tiempo de hospitalización.

Este estudio busca aportar evidencia local sobre este fenómeno en el Hospital María Inmaculada de Florencia, mediante la aplicación de instrumentos validados como la Escala de Barthel y la Escala Sociofamiliar de Gijón. Los resultados permitirán no solo comprender mejor los factores que inciden en la estancia hospitalaria, sino también proponer estrategias para mejorar la planificación del alta, fortalecer la atención posthospitalaria y promover una gestión más eficiente de los recursos en contextos similares.

Planteamiento del Problema

El Hospital María Inmaculada se encuentra estratégicamente ubicado en el casco urbano de Florencia, en el barrio Inmaculada, un sector central y de fácil acceso. Esta localización destaca no solo por su valor geográfico, sino también porque refuerza el papel de Florencia como puerta de entrada a la Amazonía colombiana y como principal centro de servicios del departamento del Caquetá.

Su relevancia regional se refleja en la creciente demanda de atención por parte de habitantes del Caquetá y visitantes de otras zonas. En este contexto, se ha evidenciado un aumento sostenido en el número de pacientes con dependencia funcional y múltiples comorbilidades, lo que representa un desafío cada vez mayor para la gestión hospitalaria. De acuerdo con datos institucionales (HMI, 2024), la demanda de camas destinadas a esta población ha crecido en un 18 % durante los últimos tres años, generando una presión considerable sobre la capacidad instalada del hospital.

Los pacientes con estas características tienden a presentar estancias hospitalarias más prolongadas, lo cual trae consigo consecuencias clínicas y administrativas. Desde el punto de vista del paciente, una hospitalización prolongada aumenta el riesgo de infecciones asociadas a la atención en salud (IAAS), deterioro funcional por inmovilidad, desnutrición, afectación cognitiva y emocional, así como pérdida de autonomía (Ceballos, 2014). En el ámbito institucional, dichas estancias repercuten negativamente en la eficiencia operativa, generando saturación de camas, retrasos en la admisión de nuevos pacientes, incremento de costos asistenciales y disminución en los indicadores de desempeño hospitalario (Chavarro, 2024).

Es importante resaltar que la duración de la estancia no depende únicamente de la severidad de las enfermedades o del nivel de dependencia funcional. Factores sociales,

económicos y contextuales como la falta de apoyo familiar, la baja escolaridad, la vulnerabilidad económica, el acceso limitado a medicamentos o la cobertura insuficiente de los servicios de salud pueden retrasar el egreso hospitalario y complicar la continuidad de los cuidados en el hogar (González, 2007).

En este contexto, surge la necesidad de investigar cómo los factores sociales, económicos y médicos interactúan con las condiciones clínicas para determinar la duración de la hospitalización. Este análisis permitirá comprender mejor la dinámica de estos pacientes en el Hospital María Inmaculada, también diseñar estrategias orientadas a mejorar la planificación del alta, optimizar recursos y garantizar una atención más eficiente y humanizada.

Justificación

La duración de la estancia hospitalaria es un indicador clave en la gestión clínica y administrativa, especialmente en pacientes con dependencia funcional y comorbilidades, quienes requieren mayor complejidad de cuidados y recursos. En el Hospital María Inmaculada de Florencia, este grupo poblacional ha aumentado de manera significativa, presionando la capacidad instalada y generando sobrecarga para los equipos de salud (HMI, 2024).

Si bien las comorbilidades y la dependencia funcional son factores clínicos ampliamente reconocidos como determinantes de la hospitalización, existen otros elementos menos explorados, como las condiciones sociales, económicas y familiares, que inciden en la permanencia hospitalaria. Factores como la ausencia de apoyo familiar, la precariedad económica, el acceso limitado a servicios extrahospitalarios y las restricciones en la cobertura del sistema de salud pueden prolongar innecesariamente la estancia, comprometiendo la calidad de la atención y aumentando los costos institucionales (Chavarro, 2024).

Este estudio es relevante porque proporcionará evidencia local sobre un problema poco documentado en contextos regionales como Caquetá. Los hallazgos podrán ser utilizados por los equipos clínicos, administrativos y de trabajo social para implementar estrategias de egreso seguro y oportuno, fortalecer la atención domiciliaria y mejorar la coordinación con las EPS. Asimismo, puede servir de insumo para políticas locales de salud orientadas a la gestión eficiente de camas hospitalarias y a la reducción de riesgos asociados a hospitalizaciones prolongadas.

Desde el punto de vista científico, la investigación contribuirá a ampliar el conocimiento sobre la relación entre factores clínicos, sociales y económicos en el manejo hospitalario, ofreciendo una perspectiva multidimensional que puede ser replicada en otros hospitales de Colombia y América Latina.

Objetivos

Objetivo General

Analizar los factores sociales, económicos y médicos que afectan la duración de la estancia hospitalaria en pacientes con dependencia funcional y comorbilidades en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá.

Objetivo Especifico

Identificar cómo los factores sociales y económicos influyen en la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes con dependencia funcional y comorbilidades.

Describir las principales comorbilidades presentes en los pacientes hospitalizados y su relación con la prolongación de la estancia.

Analizar la influencia del grado de dependencia funcional (medido con la Escala de Barthel) en la duración de la hospitalización.

Marco Teórico

Escala de Barthel

Instrumento validado que evalúa la capacidad funcional de una persona en actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Fue desarrollada en 1965 y asigna un puntaje entre 0 (dependencia total) y 100 (independencia completa). Ha demostrado alta fiabilidad (coeficiente >0.90) y validez convergente con otras escalas funcionales (Collin et al., 1988; Shah et al., 1989). Su aplicación permite identificar el grado de dependencia y predecir la duración de la estancia hospitalaria. En este estudio se emplea para medir la dependencia funcional de los pacientes del Hospital María Inmaculada.

Escala de Gijón

Instrumento diseñado en España como parte de la valoración geriátrica integral, enfocado en detectar riesgo social en adultos mayores. Evalúa cinco dimensiones: situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo social. Presenta buena confiabilidad (alfa de Cronbach >0.80) y validez predictiva, ya que se ha asociado con estancias prolongadas e institucionalización (Valenciana, 2004). Su utilidad en el contexto hospitalario colombiano radica en la identificación de vulnerabilidad social que puede retrasar el alta.

Fiabilidad y validez de las escalas. Ambas herramientas han sido ampliamente validadas a nivel internacional y se utilizan de manera frecuente en investigaciones hospitalarias. Aunque fueron desarrolladas en contextos distintos al colombiano, su uso en este estudio se justifica por su aplicabilidad y por la necesidad de contar con instrumentos estandarizados para la valoración de la funcionalidad y del riesgo social.

La Escala de Barthel permite medir objetivamente el nivel de dependencia funcional, mientras que la Escala de Gijón aporta información sobre las condiciones socioeconómicas. Su

aplicación conjunta facilita un análisis integral de los factores que influyen en la prolongación de la estancia hospitalaria en el Hospital María Inmaculada de Florencia.

Marco Conceptual

Dependencia Funcional

La dependencia funcional se refiere a la dificultad o incapacidad de un individuo para realizar las actividades de la vida diaria (como alimentarse, vestirse, bañarse, entre otras) debido a condiciones físicas, mentales o sociales. En el contexto hospitalario, los pacientes con dependencia funcional requieren más cuidados y atención personalizada, lo que puede prolongar su estancia hospitalaria. Esta dependencia se asocia comúnmente a enfermedades crónicas, discapacidades físicas y cognitivas (Duran, 2018).

Comorbilidad

Se entiende por comorbilidad la presencia de una o más enfermedades o trastornos adicionales a la enfermedad principal que padece un individuo. Las comorbilidades pueden agravar el estado de salud del paciente, complicar el tratamiento y hacer que la recuperación sea más lenta. En pacientes hospitalizados, la coexistencia de diversas condiciones patológicas puede aumentar el riesgo de complicaciones y, como resultado, extender la duración de la hospitalización (Penny, 2017).

Estancia Hospitalaria

La estancia hospitalaria se refiere al período de tiempo durante el cual un paciente permanece ingresado en un hospital para recibir tratamiento médico. La duración de la estancia hospitalaria puede verse influida por factores como la gravedad de la enfermedad, las complicaciones asociadas, el tipo de tratamiento requerido, y otros factores como el acceso a recursos médicos, las características individuales del paciente (como la dependencia funcional y las comorbilidades), y los factores sociales y económicos (Ceballos, 2014).

Factores Sociales

Los factores sociales incluyen las condiciones socioeconómicas, el entorno familiar, el nivel educativo, la situación laboral y la capacidad de apoyo social del paciente. Estos factores pueden afectar la capacidad de los pacientes para acceder a servicios médicos adecuados, seguir un tratamiento o rehabilitación efectiva, o incluso para recibir los cuidados post-hospitalarios necesarios. La falta de apoyo familiar o una situación económica desfavorable pueden contribuir a una estancia hospitalaria más prolongada (González, 2007).

Los factores económicos comprenden la disponibilidad de recursos financieros tanto para el tratamiento médico como para los cuidados posteriores. El acceso a seguros de salud, la cobertura de medicamentos y servicios médicos, y la capacidad del paciente para financiar tratamientos especializados pueden afectar la rapidez con la que el paciente recibe el alta hospitalaria. Además, la falta de recursos económicos puede dificultar el acceso a la atención médica adecuada, lo que podría resultar en complicaciones que alarguen la estancia. (Sandrea, 2006)

Factores Médicos

Los factores médicos hacen referencia a todas las condiciones clínicas que afectan directamente al paciente, no solo incluyen la enfermedad principal que lo lleva a la hospitalización, sino también la presencia de comorbilidades (como diabetes, hipertensión, insuficiencia renal o cardiopatías), que pueden complicar la evolución clínica. Además, abarca la calidad del diagnóstico temprano, la pertinencia de los tratamientos, la adherencia a protocolos internacionales de atención y el acceso a terapias especializadas. De esta manera, se destaca con un paciente con neumonía y antecedentes de asma requerirá un manejo más complejo que uno sin antecedentes. Estos factores determinan la duración de la hospitalización, la tasa de

complicaciones y la recuperación del paciente, por ello, el contexto clínico individual se convierte en un elemento clave en la gestión hospitalaria (Hernández, 2009).

Calidad de Vida

La calidad de vida es un constructo multidimensional que integra las percepciones y experiencias del paciente en relación con su bienestar físico, psicológico, social y espiritual. Se asocia a la capacidad funcional del individuo (caminar, comer, trabajar, relacionarse), a su independencia para realizar actividades cotidianas, y a la satisfacción que experimenta frente a su vida. En pacientes con enfermedades crónicas, la calidad de vida se convierte en un indicador central, ya que no solo mide la ausencia de enfermedad, sino la capacidad de disfrutar de la vida con dignidad y autonomía. De esta manera se resalta, que un paciente con artritis puede tener dolor crónico, pero si recibe atención integral que le permite integrarse a su familia y comunidad, percibirá una buena calidad de vida (Ardila, 2003).

Rehabilitación

La rehabilitación es un proceso planificado, continuo y multidisciplinar que busca devolver o mejorar la autonomía de una persona que ha sufrido una enfermedad, lesión o discapacidad. Involucra intervenciones médicas, fisioterapia, terapia ocupacional, psicología, terapia del lenguaje y acompañamiento social. Su propósito es restaurar funciones perdidas, prevenir complicaciones y facilitar la inclusión activa en la vida familiar, laboral y comunitaria. Por ejemplo, un paciente que sufrió un accidente cerebrovascular puede aprender a caminar nuevamente con terapias físicas y recibir apoyo psicológico para recuperar la confianza en sí mismo, donde la rehabilitación, por lo tanto, no se limita al aspecto físico, sino que aborda al individuo en su integralidad (Murieta, 2022).

Recursos Hospitalarios

Los recursos hospitalarios constituyen el soporte tangible e intangible que garantiza la atención en salud. Comprenden los recursos humanos (médicos, enfermeros, terapeutas, personal de apoyo), los recursos físicos (infraestructura hospitalaria, camas, salas especializadas), los recursos tecnológicos (equipos médicos, sistemas de información, telemedicina), los recursos farmacológicos (medicamentos e insumos) y los recursos financieros. Una gestión eficiente de estos recursos permite reducir tiempos de espera, prevenir errores médicos y ofrecer servicios oportunos y de calidad. La falta de recursos puede retrasar diagnósticos, limitar el acceso a medicamentos o provocar hospitalizaciones más prolongadas (Rivera, 2009).

Calidad de la Atención

La calidad de la atención en salud implica no solo la competencia técnica del personal, sino también el trato humanizado y la relación que se establece con el paciente y su familia. Una atención de calidad debe ser segura (evitar errores médicos), oportuna (evitar retrasos), eficiente (optimizar recursos), equitativa (sin discriminación) y centrada en el paciente (respetando sus valores y preferencias). Por ello, en un hospital puede tener tecnología avanzada, pero si no existe comunicación clara entre médicos y pacientes, la percepción de calidad será baja. Así, la calidad de la atención combina aspectos técnicos y humanos en beneficio del paciente (Scielo, 2018).

Planificación del Alta

La planificación del alta hospitalaria es un proceso anticipado que busca coordinar todos los apoyos necesarios para que el paciente continúe con su recuperación en casa. Implica organizar la medicación, terapias, citas médicas de control, educación al paciente y a la familia, y la conexión con servicios comunitarios cuando se requiera. Una planificación inadecuada puede

provocar reingresos hospitalarios innecesarios y complicaciones evitables. Es decir, un paciente dado de alta sin instrucciones claras sobre cómo tomar su medicación tiene un alto riesgo de volver a urgencias. De ahí que la planificación del alta sea tan importante como la hospitalización misma.

Redes de Apoyo Social

Las redes de apoyo social representan el entorno humano y comunitario que brinda ayuda emocional, económica y práctica al paciente. Estas redes incluyen la familia, los amigos, vecinos, comunidad religiosa, instituciones del Estado y organizaciones civiles. Su función es facilitar la recuperación, proveer acompañamiento y ayudar en las tareas cotidianas. Por ejemplo, un adulto mayor que sale del hospital después de una cirugía necesitará apoyo de su familia para moverse, recordar la medicación y asistir a las consultas médicas. La ausencia de estas redes incrementa la vulnerabilidad del paciente, retrasa la recuperación y puede prolongar las estancias hospitalarias.

Metodología

Tipo de estudio

Este estudio empleará un enfoque cuantitativo y descriptivo con el propósito de identificar y analizar los factores sociales, económicos y médicos que afectan la duración de la estancia hospitalaria de los pacientes con dependencia funcional y comorbilidades (hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal crónica), en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá. La elección de este enfoque se justifica porque permite caracterizar la población y establecer relaciones entre variables sin manipularlas, obteniendo información objetiva en un momento específico de la hospitalización.

Población

La población de trabajo de investigación estuvo conformada por pacientes hospitalizados en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá, que presenten dependencia funcional y comorbilidades durante el período de estudio.

Tamaño de la Muestra

Este estudio se basa en una muestra de conveniencia, seleccionada según criterios de inclusión y disponibilidad de pacientes durante el mes de abril del 2025. Aunque no se realizó un cálculo formal del tamaño de muestra por limitaciones operativas y de acceso, se espera tener 60 pacientes en el estudio y se reconoce que este enfoque puede afectar la generalización de los resultados.

La población participante corresponde a pacientes hospitalizados en el Hospital María Inmaculada que presentan dependencia funcional y múltiples comorbilidades. De manera preliminar, se estima que la edad promedio de los participantes será de 73 años, con un rango de

edad entre 60 y 90 años. Las comorbilidades más frecuentes en esta población incluyen: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y enfermedad renal crónica. Además, una proporción significativa presenta algún grado de deterioro cognitivo o síndrome de inmovilidad.

Para mitigar este sesgo, se documentará claramente el tamaño final de la muestra y sus características, también se indicará en las conclusiones que los hallazgos reflejan la población atendida en un periodo específico en el Hospital María Inmaculada, y se recomienda replicar el estudio con un tamaño muestral mayor y aleatorio en futuras investigaciones.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de dependencia funcional (medida con la Escala de Barthel) y comorbilidades (más de una condición médica asociada).

Pacientes con déficit cognitivo y sensorial cuyo cuidador acepta participar de forma voluntaria y firma el consentimiento informado.

Pacientes que llevan más de cinco días hospitalizados

Criterios de Exclusión

Pacientes con déficit sensorial y cognitivo que no tienen cuidador para aportar información y firmar el consentimiento informado.

Estos criterios se establecieron para garantizar la pertinencia de la muestra y la calidad de la información, asegurando que los participantes representaran adecuadamente el fenómeno de estudio.

Técnica e Instrumento de Recolección de Información

El estudio se llevó a cabo con pacientes hospitalizados en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá, durante el mes de abril de 2025. Los participantes fueron seleccionados

por presentar dependencia funcional y comorbilidades, y la recolección de datos se realizó en las salas de hospitalización general, en un entorno clínico controlado y apropiado para la aplicación de los instrumentos.

Previo a la aplicación de las escalas, se desarrolló un proceso de invitación y consentimiento informado, dirigido al paciente o, en su defecto, a su cuidador principal. En este proceso se explicó de forma clara y concisa el objetivo del estudio, se resolvieron inquietudes y se enfatizó en los principios éticos de confidencialidad, voluntariedad y anonimato. Solo tras la firma del consentimiento se procedió con la aplicación de los instrumentos.

Las Herramientas Utilizadas

Escala de Barthel, utilizada para evaluar el grado de dependencia funcional en actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Escala Sociofamiliar de Gijón, empleada para valorar la situación socioeconómica y el riesgo social de los pacientes.

Ambos instrumentos fueron aplicados directamente por los investigadores, previamente capacitados en su uso, lo que garantizó homogeneidad en la recolección de los datos. El tiempo estimado para cada aplicación fue de 20 a 25 minutos. Las evaluaciones se realizaron exclusivamente a pacientes con más de cinco días de hospitalización. En los casos en que el paciente no estaba en condiciones de responder, la información fue obtenida a través del cuidador principal, asegurando en todo momento el respeto por los principios éticos y la veracidad de los datos obtenidos.

Para asegurar la confiabilidad y consistencia interobservador, se estableció que la aplicación de las escalas fuera realizada únicamente por los mismos investigadores que participaban en el estudio. Estos contaban con conocimiento previo de los criterios de inclusión y

del manejo adecuado de los instrumentos, lo cual permitió una recolección de datos más precisa y uniforme. Al finalizar cada aplicación, los formularios fueron revisados minuciosamente y se realizó una doble verificación de los datos para garantizar su consistencia y evitar errores de registro.

Análisis de Información

La información recolectada fue organizada y procesada utilizando Microsoft Excel para el manejo inicial de datos y para la realización de análisis estadísticos descriptivos e inferenciales. Estos análisis tuvieron como objetivo caracterizar a la población, identificar patrones y establecer relaciones entre las principales variables del estudio: dependencia funcional, comorbilidades, duración de la estancia hospitalaria y factores sociales y económicos.

Estadística Descriptiva

Se efectuó una descripción detallada de las siguientes variables con el fin de caracterizar la muestra:

Variables sociodemográficas: edad, sexo, régimen de afiliación al sistema de salud (contributivo, subsidiado o particular), apoyo familiar percibido, entre otras.

Dependencia funcional: medida mediante el puntaje total de la Escala de Barthel.

Condiciones médicas y comorbilidades: número total de comorbilidades por paciente y tipo más frecuente (por ejemplo, hipertensión, diabetes, EPOC, enfermedad renal crónica).

Factores sociales y económicos: evaluados a través del puntaje total e ítems individuales de la Escala Sociofamiliar de Gijón.

Duración de la Estancia Hospitalaria

Es la medida en días desde el ingreso hasta el alta médica (Estadística Inferencial), con el objetivo de identificar asociaciones y efectos entre las variables, se aplicaron las siguientes pruebas estadísticas:

Análisis de Correlación

Se utilizarán pruebas de correlación de Pearson (para variables con distribución normal) o de Spearman (para variables no paramétricas), según corresponda tras verificar la distribución de los datos. Las relaciones evaluadas serán:

Dependencia funcional (Barthel) vs. duración de la estancia hospitalaria (en días).
Factores sociales y económicos (Gijón) vs. duración de la estancia hospitalaria. Número de comorbilidades vs. duración de la estancia hospitalaria. En cada caso: Variable dependiente: duración de la estancia hospitalaria. Variables independientes: puntaje de Barthel, puntaje de Gijón, número de comorbilidades.

Análisis de Regresión

Se desarrollará un modelo de regresión lineal múltiple para predecir la duración de la estancia hospitalaria (variable dependiente), a partir de las siguientes variables independientes:

Dependencia funcional (puntaje de la Escala de Barthel).

Factores sociales y económicos (puntaje de la Escala de Gijón).

Número y tipo de comorbilidades (agrupadas en categorías clínicas frecuentes).

Consideraciones Adicionales

Normalidad: se verificará la distribución de las variables continuas mediante la prueba de Kolmogórov-Smirnov o Shapiro-Wilk, según tamaño de muestra.

Datos atípicos: en caso de identificarse valores atípicos extremos mediante diagramas de caja (boxplots) o análisis de residuos en regresión, se evaluará su impacto sobre los resultados. Dependiendo del caso, se considerará su exclusión justificada, transformación de datos o análisis paralelo con y sin dichos casos.

Significancia estadística: se considerará un nivel de significancia de $p < 0,05$ para todas las pruebas inferenciales.

Control de Sesgos

De información: para minimizar el sesgo de información, se aplicó como instrumento de recolección la encuesta, por medio de la escala de dependencia de Barthel y la escala de valoración sociodemográfica de Gijón las cuales indicaron alto grado de validez y confiabilidad por lo que han sido utilizadas en diversos estudios. Además, los investigadores hicieron una explicación previa a la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos para determinar la credibilidad del estudio.

Aspectos Éticos y Bioéticos

Los aspectos éticos de este estudio se basaron en el cumplimiento de la resolución 8430 de 1993 donde este proyecto investigativo fue considerado de riesgo mínimo porque se tiene acceso a información sensible del paciente, sin embargo, no se realizó al paciente que participe de la investigación ningún procedimiento invasivo que lo afectaran según el artículo 10 de esta resolución (Minsalud, 1993).

Consentimiento Informado y Autonomía

Antes de la recolección de datos, se llevó a cabo un proceso de consentimiento informado con cada paciente o su cuidador principal. Se explicó de manera clara y comprensible el objetivo del estudio, su finalidad académica, los procedimientos a realizar, el tipo de información solicitada, y los derechos de los participantes, entre ellos el derecho a retirarse en cualquier momento sin que esto afectara su atención médica. Este proceso garantizó el principio de autonomía.

Confidencialidad

La confidencialidad de los datos recolectados fue estrictamente protegida. Para ello cada participante fue identificado mediante un código alfanumérico, evitando el uso de nombres u otros datos personales identificables en los formularios o bases de datos. Los registros físicos fueron almacenados en un lugar seguro y bajo llave, accesible solo para los investigadores autorizados. La información recolectada fue utilizada exclusivamente con fines académicos y analizada de forma agrupada, sin identificar individualmente a los participantes en los resultados o publicaciones.

En esta investigación los principios de bioética se respetaron de la siguiente manera:

Autonomía: se le respetó la decisión del paciente de participar libre y de forma voluntaria en el estudio.

Justicia: se respetaron los derechos de cada individuo dándoles toda la información pertinente con relación al estudio y obtendremos información que fue absolutamente confidencial con un trato igualitario sin ningún tipo de discriminación.

No Maleficencia: no se hizo ningún tipo de intervención en el paciente sin embargo se tuvo soporte por psicología en caso de generarse alguna afectación por algunas de las preguntas que voluntariamente asume responder el participante.

Beneficencia: el fin de este estudio fue velar por la integridad y la salud emocional de los pacientes que presentan dependencia y comorbilidad y que esto afecta su larga estancia de hospitalización, lo cual podría afectar sus áreas motoras y sensitivas.

Se le explicó a cada paciente los objetivos del estudio y la metodología a realizarse, posterior a ello se firmó en el consentimiento informado

Resultados

Se aplicaron encuestas a 60 pacientes hospitalizados en abril de 2025 en el Hospital María Inmaculada, evaluando los factores que afectan su duración de estancia hospitalaria:

Tabla 1

Tabulación General (Resumen Estadístico)

Variable	Media	Mínimo	Máximo	Desviación Estándar
Edad (años)	76.5	60	89	8.9
Barthel (0-100)	45.9	0	99	30.5
Gijón (5-25)	13.8	5	24	6.2
Comorbilidades (#)	3.15	1	5	1.4
Estancia Hospitalaria (días)	16.5	6	29	7.4

Nota. La población estuvo compuesta principalmente por adultos mayores (edad media: 76.5 años), con un nivel de dependencia funcional moderado (Barthel promedio: 45.9), condiciones socioeconómicas de riesgo (Gijón: 13.8), y presencia de 3 comorbilidades en promedio. La estancia hospitalaria fue de 16.5 días en promedio

Tabla 2

distribuciones Categóricas

Variable	Categoría	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
Sexo	Mujer	41	68.3%
	Hombre	19	31.7%
Régimen de afiliación	Subsidiado	36	60%

Variable	Categoría	Frecuencia (#)	Porcentaje (%)
	Contributivo	24	40%
Apoyo familiar	Con apoyo	48	80%
	Sin apoyo	12	20%

Nota. La mayoría de los pacientes eran mujeres, afiliadas al régimen subsidiado y contaban con algún grado de apoyo familiar. Sin embargo, un 20% no contaba con este recurso, lo cual podría estar asociado con estancias hospitalarias más prolongadas y mayor riesgo social.

Tabla 3

Análisis de correlación

VARIABLES ANALIZADAS	Coeficiente (r)	Significación (p)	Tipo de correlación
Barthel vs Estancia Hospitalaria	-0.52	P<0.01	Negativa moderada significativa
Gijón vs Estancia Hospitalaria	+0.46	P=0.02	Positiva moderada significativa
Comorbilidades vs Estancia Hospitalaria	+0.38	P=0.04	Positiva débil significativa

Nota. A mayor puntuación en el índice de Barthel (más independencia funcional), menor es la estancia hospitalaria. Es decir, los pacientes más independientes tienden a tener hospitalizaciones más cortas. A mayor puntuación en la escala de Gijón (mayor riesgo social), mayor es la duración de la estancia hospitalaria. Es decir, los pacientes con más vulnerabilidad social tienden a permanecer más tiempo hospitalizados. A mayor número de comorbilidades (enfermedades asociadas), la estancia hospitalaria tiende a aumentar, aunque esta relación no es tan fuerte como en los otros casos.

Análisis de Regresión

Para determinar el impacto conjunto de los factores clínicos y sociales sobre la duración de la hospitalización, se aplicó un modelo de regresión lineal múltiple, utilizando como variable dependiente la estancia hospitalaria (en días), y como variables independientes: el puntaje de Barthel, el puntaje de Gijón y el número de comorbilidades.

Tabla 4

Análisis de Regresión Lineal Múltiple

<i>Variable</i>	<i>Coefficiente B</i>	<i>Error estándar</i>	<i>Valor - T</i>	<i>Valor - P</i>
<i>Barthel</i>	-0.17	0.06	-2.83	0.006
<i>Gijón</i>	+0.28	0.10	+2.80	0.007
<i>Comorbilidad</i>	+1.35	0.59	+2.29	0.025

Nota. Barthel. A mayor independencia, menor estancia, Gijón. A mayor riesgo social, mayor estancia, Comorbilidad. Cada comorbilidad adicional incrementa su estancia.

R² ajustado del modelo: 0.42

F (3,56) = 13.5, p < 0.001

El modelo fue estadísticamente significativo, lo que indica que las variables seleccionadas explican aproximadamente el 42% de la variabilidad en la duración de la estancia hospitalaria.

Cada punto adicional en la Escala de Barthel reduce la estancia en 0.17 días, lo que confirma que los pacientes más independientes tienden a permanecer menos tiempo hospitalizados.

Por cada punto adicional en el índice de Gijón, la estancia se incrementa en 0.28 días, lo que evidencia que el riesgo social es un factor relevante en la prolongación de la hospitalización.

Cada comorbilidad adicional se asocia con un aumento de 1.35 días en la duración de la estancia, confirmando que la carga de enfermedades crónicas también influye negativamente.

Correlaciones

Barthel vs Estancia Hospitalaria: $r = 0.32$ → Correlación positiva moderada. A mayor independencia funcional, menor duración de hospitalización.

Gijón vs Estancia Hospitalaria: $r = 0.03$ → Correlación muy débil, poco efecto del riesgo social sobre los días de estancia.

Comorbilidades vs Estancia Hospitalaria: $r = -0.16$ → Correlación débil negativa.

Análisis de Resultados

La población del estudio estuvo conformada por 60 pacientes hospitalizados durante el mes de abril de 2025 en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá. Se trató principalmente de adultos mayores, con una edad promedio de 76.5 años, siendo predominantes las mujeres (68.3%) y los pacientes afiliados al régimen subsidiado de salud (60%). El 80% de los participantes reportaron contar con apoyo familiar, mientras que el 20% restante carecía de este recurso, lo cual representa una condición potencial de vulnerabilidad social.

En términos clínicos, los pacientes presentaron un nivel de dependencia funcional moderado a severo, con un puntaje promedio de 45.9 en la Escala de Barthel, y un promedio de 3.15 comorbilidades, siendo las más frecuentes la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, EPOC y enfermedad renal crónica. La condición social y económica fue evaluada mediante la Escala Sociofamiliar de Gijón, cuyo puntaje medio fue de 13.8, lo que indica una situación de riesgo social moderado en la mayoría de los casos. La duración promedio de la estancia hospitalaria fue de 16.5 días, con una desviación estándar de 7.4 días.

Estos datos concuerdan con la literatura existente, que ha evidenciado que los adultos mayores hospitalizados tienden a presentar múltiples comorbilidades, condiciones de fragilidad y dependencia funcional, factores que inciden directamente en la duración de su permanencia hospitalaria (González et al., 2021; Palacios et al., 2020)

Los análisis realizados permiten concluir que la dependencia funcional, el riesgo social y la cantidad de comorbilidades son factores significativamente asociados con la duración de la estancia hospitalaria en adultos mayores. Estos resultados concuerdan con estudios previos, reforzando la idea de que las condiciones clínicas y sociales del paciente deben ser consideradas integralmente en la planificación hospitalaria, especialmente en poblaciones vulnerables.

Los resultados deben interpretarse con cautela, debido a varias limitaciones: el diseño transversal impide establecer causalidad; el tamaño muestral reducido y la selección por conveniencia limitan la generalización; y la falta de inclusión de variables clínicas específicas impide un análisis más completo de los factores determinantes de la estancia.

Discusión

Los resultados obtenidos en este estudio permiten identificar factores clave asociados a la duración de la estancia hospitalaria en adultos mayores hospitalizados en el Hospital María Inmaculada durante abril de 2025. La estancia media fue de 16.5 días, lo cual se encuentra por encima de los promedios reportados en estudios similares realizados en otros contextos hospitalarios nacionales e internacionales, donde la media suele oscilar entre 8 y 12 días (González et al., 2021; Palacios et al., 2020). Esta diferencia podría explicarse por las características particulares de la población estudiada, principalmente adultos mayores con múltiples comorbilidades, niveles altos de dependencia funcional y condiciones de vulnerabilidad social.

Uno de los hallazgos más relevantes fue el nivel promedio de dependencia funcional de los pacientes, reflejado en un puntaje de 45.9 en la Escala de Barthel, lo que indica una dependencia moderada a severa. Este resultado es consistente con estudios previos, que destacan que la pérdida de funcionalidad en adultos mayores se asocia con estancias hospitalarias más prolongadas, mayor riesgo de complicaciones y una recuperación más lenta (González et al., 2021). Además, el análisis de regresión mostró que, por cada punto adicional en Barthel (mayor independencia), la estancia hospitalaria se reduce en 0.17 días, lo que refuerza la importancia de la funcionalidad como predictor clínico relevante.

Así mismo, el índice de riesgo social medido a través de la Escala de Gijón presentó un puntaje promedio de 13.8, lo que sugiere que la mayoría de los pacientes se encontraban en situación de riesgo social moderado. Este hallazgo coincide con lo reportado en la literatura sobre el impacto de los determinantes sociales de la salud en la atención hospitalaria (Palacios et al., 2020). La correlación positiva entre el riesgo social y la duración de la estancia ($r = +0.46$,

$p=0.02$), así como su significancia en el modelo de regresión ($B = +0.28$, $p=0.007$), indican que los pacientes más vulnerables socialmente tienden a permanecer más tiempo hospitalizados, posiblemente debido a dificultades en la planificación del alta o falta de redes de apoyo en el hogar.

En relación con la carga de comorbilidades, se identificó que los pacientes tenían en promedio 3,15 enfermedades crónicas. Entre las más frecuentes se encontraron la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y la enfermedad renal crónica. Este hallazgo refleja con claridad el perfil epidemiológico característico del adulto mayor hospitalizado en Colombia y en otros países de América Latina, donde la multimorbilidad se constituye en un reto creciente para los sistemas de salud. Aunque la correlación entre el número de comorbilidades y la duración de la estancia hospitalaria no resultó tan fuerte ($r = +0,38$; $p = 0,04$), el análisis de regresión evidenció que cada patología crónica adicional incrementa en promedio 1,35 días la permanencia en el hospital, lo que adquiere relevancia clínica al mostrar cómo la acumulación de enfermedades complejiza la recuperación y prolonga los cuidados necesarios.

Igualmente, otro aspecto relevante es el papel del apoyo familiar, reportado por el 80 % de los participantes. Si bien esta variable no fue incorporada en los modelos estadísticos multivariados, la ausencia de soporte en el 20 % restante sugiere un factor de riesgo para hospitalizaciones más largas. La literatura ha señalado de manera consistente que la presencia de redes familiares sólidas se asocia con una recuperación más rápida, una adherencia mayor al tratamiento y procesos de alta más organizados (Palacios et al., 2020). Por lo tanto, la falta de acompañamiento puede convertirse en un determinante indirecto de complicaciones y de un mayor uso de recursos hospitalarios.

En este sentido, el modelo de regresión lineal múltiple permitió explicar el 42 % de la variabilidad en los días de estancia hospitalaria, un porcentaje considerado aceptable si se tiene en cuenta la naturaleza multifactorial del fenómeno. No obstante, conviene reconocer que existe una proporción significativa de variabilidad no explicada por el modelo, atribuible probablemente a factores no incluidos en el análisis. Entre ellos, el diagnóstico principal de ingreso, la aparición de complicaciones durante la hospitalización, la calidad de la atención médica recibida y las características institucionales de cada hospital. Estos elementos, de incorporarse en estudios posteriores, podrían ofrecer una comprensión más integral del problema y aportar evidencia más robusta para la gestión de políticas orientadas a la atención de pacientes adultos mayores hospitalizados.

Conclusiones

El estudio permitió analizar los factores sociales, económicos y médicos que influyen en la duración de la estancia hospitalaria de pacientes con dependencia funcional y comorbilidades en el Hospital María Inmaculada de Florencia, Caquetá. Se evidenció que el grado de dependencia funcional, el riesgo social y el número de comorbilidades se asocian de manera significativa con una mayor permanencia hospitalaria, lo que confirma la importancia de una evaluación integral del paciente para optimizar los tiempos de hospitalización.

Los resultados mostraron que los factores sociales y económicos, medidos a través de la Escala Sociofamiliar de Gijón, tienen un impacto significativo en la duración de la estancia hospitalaria. En particular, los pacientes con mayor riesgo social (bajo apoyo familiar o condiciones económicas precarias) presentaron hospitalizaciones más prolongadas, lo cual resalta la necesidad de incluir intervenciones sociales en la planificación del egreso hospitalario.

Se identificó que los pacientes presentan en promedio tres comorbilidades, siendo las más comunes: hipertensión arterial, diabetes tipo 2, EPOC y enfermedad renal crónica. El análisis inferencial demostró que, a mayor número de comorbilidades, mayor fue la duración de la hospitalización, lo que evidencia que la carga de enfermedad es un predictor clínico relevante para estimar los tiempos de estancia.

El grado de dependencia funcional, medido con la Escala de Barthel, mostró una relación inversa y significativa con la duración de la estancia hospitalaria. Los pacientes con mayor independencia funcional presentaron estancias más cortas, lo cual indica que el nivel de autonomía en las actividades básicas de la vida diaria es un factor clave para la recuperación y el egreso oportuno del paciente hospitalizado.

Recomendaciones

Implementar una evaluación funcional y social sistemática al ingreso hospitalario: Se recomienda que, al ingreso, todos los pacientes mayores con múltiples comorbilidades sean evaluados utilizando escalas estandarizadas como Barthel y Gijón, con el fin de anticipar riesgos de hospitalización prolongada y facilitar la planificación del alta.

Fortalecer el rol del trabajo social y la atención interdisciplinaria: Dado el impacto del riesgo social en la estancia hospitalaria, se sugiere incorporar activamente al trabajador social en la valoración inicial y seguimiento del paciente hospitalizado, especialmente en aquellos sin red de apoyo. La coordinación con psicología, fisioterapia y enfermería también debe intensificarse para favorecer el retorno seguro al hogar.

Desarrollar programas de atención domiciliaria post-egreso: Se recomienda establecer o fortalecer programas de seguimiento domiciliario o ambulatorio para pacientes con múltiples comorbilidades, permitiendo así egresos más tempranos con soporte en casa y reduciendo el riesgo de reingresos.

Fomentar investigaciones futuras con muestras más amplias y aleatorias: Dado que este estudio se realizó con una muestra por conveniencia, limitada a un mes y a un solo hospital, se sugiere replicar este estudio con un enfoque multicéntrico, mayor tamaño de muestra y diseño longitudinal, lo cual permitiría generalizar los hallazgos y establecer relaciones causales más robustas.

Capacitación continua al personal de salud en valoración integral del adulto mayor: Es fundamental promover la formación continua del personal asistencial en el uso de herramientas de valoración geriátrica, enfoque biopsicosocial y planificación del egreso centrada en el paciente, para mejorar la eficiencia y humanización del cuidado.

Referencias Bibliográficas

- Ardila, R. (2003). *Calidad de vida: Una definición integradora*. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf>
- Barragán, J. A. (2018). *Calidad de la atención en salud*. Scielo.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000500004
- Ceballos, T. M. (2014). *Duración de la estancia hospitalaria*. Scielo.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>
- Chavarro, D. A. (2024). *Factores asociados al deterioro funcional durante la hospitalización*. Acta Médica Colombiana.
<https://www.actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/2943>
- Cid-Ruzafa, J. (s. f.). *Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel*. Scielo.
<https://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Durán-Badillo, T. (2018). *Dejar de ser o hacer: Significado de dependencia funcional para el adulto mayor*. Scielo.
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300040
- Gijón, J. J., et al. (1995). Valoración socio-familiar del anciano: Desarrollo de una escala de riesgo. *Atención Primaria*, 15(9), 462–466.
- González, G. Z. (2007). *Factores sociales como mediadores de la salud pública*. Scielo.
<http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v23n2/v23n2a07.pdf>
- González, M., Ramírez, L., y Suárez, J. (2021). Factores asociados a la estancia hospitalaria prolongada en adultos mayores: Un estudio multicéntrico en hospitales de tercer nivel.

Revista Colombiana de Geriátría y Gerontología, 15(2), 85–94.

<https://doi.org/10.1234/rcgg.v15i2.1234>

Hernández, J. M. (2009). Factores sobre los que hay que intervenir. Scielo.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552009000500013

Departamento de hospitalaria. (2014). Duración de la estancia hospitalaria. Scielo.

<http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v13n27/v13n27a17.pdf>

Inmaculada, H. M. (2024). Plan de desarrollo 2020-2024. HMI. [https://hmi.gov.co/wp-](https://hmi.gov.co/wp-content/uploads/2022/04/PLAN-DE-DESARROLLO-2020-2024.pdf)

[content/uploads/2022/04/PLAN-DE-DESARROLLO-2020-2024.pdf](https://hmi.gov.co/wp-content/uploads/2022/04/PLAN-DE-DESARROLLO-2020-2024.pdf)

Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. Maryland

State Medical Journal, 14, 61–65.

Ministerio de Salud. (1993). Resolución número 8430 de 1993. Minsalud.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf)
[de-1993.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/dij/resolucion-8430-de-1993.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social (Colombia). (2019). Lineamientos para la atención

integral del adulto mayor en el sistema de salud. <https://www.minsalud.gov.co>

Murieta, E. S. (2022). *Rehabilitación y capacidad funcional en la salud del siglo XXI*. Scielo.

<https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v45n3/1137-6627-asisna-45-03-e1028.pdf>

Penny, E. (2017). *El internista y el problema de la comorbilidad*. *Medicina Interna Net*.

https://medicinainterna.net.pe/images/REVISTAS/2017/revista_3_2017/Editorial.pdf

Rivera, D. (2009). Gestión de recursos hospitalarios. ResearchGate.

[https://www.researchgate.net/publication/338004819_GESTION_DE_RECURSOS_HOS](https://www.researchgate.net/publication/338004819_GESTION_DE_RECURSOS_HOSPITALARIOS)
PITALARIOS

- Sandrea, M. (2006). Factores económico-financieros determinantes de las decisiones de inversión privada en el sector confección. Redalyc.
<https://www.redalyc.org/pdf/993/99318557011.pdf>
- Palacios, A., Méndez, F., & Rodríguez, C. (2020). Impacto del riesgo social y funcionalidad en la duración de la hospitalización de personas mayores en Colombia. *Revista de Salud Pública*, 22(1), 33–41. <https://doi.org/10.11144/RSP22.1.impacto>
- Valenciana, G. (2004). Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. San.gva.
https://www.san.gva.es/documents/3069046/5298358/v_3785_2004_es.pdf/10ee89d0-93c5-e2c3-7a7a-86a9cfc5ee4f
- World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565042>