



Escuela de Posgrado

Factores asociados al tiempo de espera a ser
atendido en establecimientos de salud Enaho 2020

**Tesis para optar el grado académico de Maestro De
Gestion En Salud**

Presentado por:

Salinas Segura, Roger

Código Orcid: 0000-0001-7117-0822

Asesor(a): Mg. Arellano Sacramento, Cesar

Código Orcid: 0000-0001-5958-8118

Lima – Perú

2023

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01

Yo, SALINAS SEGURA, ROGER Egresado de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico "FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE ESPERA A SER ATENDIDO EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ENAHO 2020" Asesorado por el docente: Arellano Sacramento Cesar Con DNI 40294542 Con ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5958-8118> tiene un índice de similitud de (20) (veinte)% con código oid:14912:206254935 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Roger Salinas Segura
 DNI: 446386990



.....
 Firma
 Cesar Arellano Sacramento
 DNI: 40294542

Lima, 17 de febrero de 2023

Tesis

FACTORES ASOCIADOS AL TIEMPO DE ESPERA A SER ATENDIDO EN
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD ENAHO 2020

Línea de investigación

SALUD Y BIENESTAR- Gestión en salud

Asesor(a)

Mg. ARELLANO SACRAMENTO, CESAR

Código Orcid: 0000-0001-5958-8118

ÍNDICE GENERAL

Dedicatoria (opcional)	¡Error! Marcador no definido.
Agradecimiento (opcional).....	¡Error! Marcador no definido.
INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	vi
Resumen (español).....	vii
Abstract	viii
Introducción	ix
CAPITULO I: EL PROBLEMA	1
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Formulación del problema.....	4
1.2.1 Problema general	4
1.2.2 Problemas específicos.....	4
1.3 Objetivos de la investigación	4
1.3.1 Objetivo general.....	4
1.3.2 Objetivos específicos	4
1.4 Justificación de la investigación.....	5
1.4.1 Teórica.....	5
1.4.2 Metodológica.....	5
1.4.3 Práctica	5
1.5 Limitaciones de la investigación	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes de la investigación.....	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Formulación de hipótesis	19
2.3.1 Hipótesis general.....	19
2.3.2 Hipótesis específicas.....	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	20
3.1. Método de investigación	20

3.2. Enfoque de la investigación.....	20
3.3. Tipo de la investigación	20
3.4. Diseño de la investigación.....	20
3.5. Población, muestra y muestreo.....	20
3.6. Variables y operacionalización	24
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	29
3.7.1. Técnica	29
3.7.2. Descripción de instrumentos.....	29
3.7.3. Validación	29
3.7.4. Confiabilidad	30
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos	30
3.9. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
4.1 Resultados.....	32
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	32
Tabla n°1. Frecuencia de tiempo de espera.....	32
4.1.2. Prueba de hipótesis.....	33
Tabla n. 2. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados al modelo con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	34
Tabla n. 3. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores sociodemográficos con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	35
Tabla n. 4. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores de salud con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	37
Tabla n. 5. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores culturales con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	38
4.1.3. Discusión de resultados.....	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
5.1 Conclusiones	43
5.2 Recomendaciones.....	44

REFERENCIAS	45
ANEXOS.....	54
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	54
Anexo 2: Instrumentos	57
Anexo 3: Validez del instrumento.....	61
No aplica	61
Anexo 4: Confiabilidad del instrumento	62
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética.....	63
Anexo 6: Formato de consentimiento informado	64
Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la RECOLECCIÓN DE DATOS, PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE.....	65
Anexo 8: Programa de intervención para estudios experimentales.....	66
Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin	67

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	vi
Tabla n°1. Frecuencia de tiempo de espera.....	32
Tabla n. 2. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados al modelo con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	34
Tabla n. 3. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores sociodemográficos con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	35
Tabla n. 4. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores de salud con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	37
Tabla n. 5. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores culturales con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.....	38

Resumen (español)

Objetivo: determinar los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud en Perú según ENAHO 2020. Materiales y método: Estudio cuantitativo, explicativo, no experimental, transversales Analíticos utilizando la base de datos secundaria de la Encuesta Nacional de Hogares del Perú, 2020 (ENAHO-anual) siendo probabilístico, estratificado, multietápico a nivel nacional. La variable dependiente fue “tiempo de espera en minutos” para ser atendido en consulta; siendo dicotomizado en adecuado e inadecuado. Las variables a considerar fueron agrupadas en tres factores sociodemográfico, cultural y salud. Se usaron los factores de expansión. Se utilizó para el cálculo regresión logística binomial (OR crudo y ajustado) y la prueba de Independencia F corregida para muestra complejas. Se consideró un valor alfa de 0,05. Resultados: El 69% tuvieron un tiempo de espera adecuado. En el modelo fue encontrado asociación significativa con factor sociodemográfico en dominio geográfico (Lima Metropolitana) y con edad (53 a 66 años). No se encontró diferencia significativa ni con factor cultural ni con salud. Conclusión: la mayoría de usuarios resultó con un tiempo de espera adecuado. Se encontró asociación entre tiempo de espera con dominio geográfico y edad.

Palabras clave: Administración de los Servicios de Salud, Administración de la Práctica Médica, Gestión en Salud, Factores Socioeconómicos (DeCS).

Abstract

Objective: to determine the factors associated with the waiting time to be attended in health facilities in Peru according to ENAHO 2020. **Materials and method:** Quantitative, Explanatory, non-experimental, cross-sectional Analytical study using the secondary database of the National Household Survey of Peru, 2020. (ENAHO-annual) being probabilistic, stratified, multi-stage at the national level. The dependent variable was "waiting time in minutes" to be attended in consultation; being dichotomized into adequate and inadequate. The variables to be considered were grouped into three sociodemographic, cultural and health factors. Expansion factors were used. Binomial logistic regression (crude and adjusted OR) and the F-Independence test corrected for complex samples were used for the calculation. An alpha value of 0.05 was considered. **Results:** 69% had an adequate waiting time. In the model, a significant association was found with sociodemographic factor in geographic domain (Metropolitan Lima) and with age (53 to 66 years). No significant difference was found neither with cultural factor nor with health. **Conclusion:** the majority of users had an adequate waiting time. An association was found between waiting time with geographic domain and age.

Key words: Health Services Administration, Practice Management, Medical, Health Management, Socioeconomic Factors (DeCS)

Introducción

El capítulo I muestra argumentos sobre la problemática de la satisfacción de los usuarios del servicio de salud en aspecto general y del tiempo de espera en particular. Los resultados serían un reflejo de la situación de la espera de los usuarios de establecimientos de salud en Perú. La principal limitación del estudio fue el no conocer la razón específica por lo que fue el paciente a consulta.

El capítulo II consta de cuatro referencias internacionales y 6 nacionales sobre tiempos de espera. Asimismo, la base teórica está enfocada en la variable de estudio.

El capítulo III se menciona características del estudio Estudio cuantitativo, explicativo, no experimental, transversales Analíticos. El número de unidades analizadas fue en base a los criterios de inclusión y exclusión después de fusionadas las bases. El análisis se dio utilizando los ponderados por ser muestras complejas. La inferencia estadística fue mediante regresión logística binaria.

El capítulo IV el número analizado fue de 3912 usuarios. La mayoría de usuarios tuvieron un tiempo de espera adecuado. En el modelo se encontró asociación significativa con factor sociodemográfico en variable geográfico (Lima Metropolitana y Sierra) y edad (entre 53 a 66 años).

El capítulo V se menciona que la mayoría de usuarios resultó con un tiempo de espera adecuado, encontrándose asociación solo entre tiempo de espera con dominio geográfico y edad.

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1 Planteamiento del problema

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible promulgados por las Naciones Unidas (UN), sostienen que para promover la salud y el bienestar físicos y mentales y prolongar la esperanza de vida de todas las personas”, debe haber una universalidad en la cobertura sanitaria y acceso a la atención médica de calidad; esto implica, sin exclusiones (1). Todas las personas en general, puedan acceder a dichos servicios, pero de calidad y oportunos, sin impedimento alguno o discriminación.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el acceso y cobertura universal de salud, implica que, personas y comunidades, tengan acceso a los servicios integrales de salud; sin discriminación alguna. Estos deberán ser: “adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional”; el uso del servicio por debe poner al usuario en problemas de índole económico, más aún, si son grupos vulnerables (2). Por consiguiente, los gobiernos nacionales están en la obligación de asegurar el acceso a los servicios de salud de manera universal mediante políticas específicas y multisectoriales.

En el Perú, la “Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud”, el cual establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, garantiza el derecho de acceder a la seguridad social en salud; acceso pleno y progresivo (3). Esta ley es aplicada en todo el territorio peruano en los diferentes establecimientos de salud públicos y/o privados.

En el Perú, la pandemia del COVID-19, (4) reflejó una cruda realidad del sector salud que es la fragmentación. Debido a que las diferentes instituciones prestadoras del servicio de salud funcionan de forma independiente, es decir cada uno de ellas trabaja con sus propias pautas, tienen su lista de proveedores, brindan sus servicios a diferente tipo de población y no realizan coordinaciones entre ellas para uniformizar sus obligaciones.

La pandemia COVID 19 ha obligado a los centros hospitalarios a “reorganizar y reforzar la capacidad resolutive de instalaciones de primer nivel de atención”, mediante ampliación de los servicios de urgencia y hospitalarios donde implica mayor densidad poblacional, gestión centralizada de camas, así como la derivación y traslado de pacientes. Obligando a aumentar (o reforzar) en los profesionales de la salud su capacidad resolutive (4).

El Perú, en cuestión de atención de salud, cuenta con cinco entidades, lo que lo hace un sistema de atención sanitaria descentralizado. Estas entidades, Ministerio de Salud (MINSa), Seguro Social de Salud (EsSalud), Fuerzas Armadas (FFAA), la Policía Nacional (PNP) junto con el sector privado, llegan a diferentes sectores (60%,30%,10%, respectivamente) (5). Cada una de ellas tiene una estructura diferente y aislada entre sí, que genera que la cobertura universal no sea para todos.

Los principales problemas identificados por los directivos de los establecimientos de salud son la escasez de recursos humanos, la falta de insumos y medicamentos, la deficiente infraestructura y el déficit presupuestal (6).

Según la “Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014”. El 60,8% de los usuarios del servicio de consulta externa de los establecimientos de salud obtuvieron cita para el mismo día que lo solicitaron, el 90,4% son de Clínicas, el 73,4% del Ministerio de Salud y el 45,4% del Seguro Social de Salud del Perú (7).

La “Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014”, encontró 81 minutos en promedio para ser atendido (consultorio médico). En MINSA (ciento catorce minutos), EsSalud (cincuenta y ocho minutos), FF.AA. y Policiales (cincuenta minutos) y Clínicas (treinta y cinco minutos). A excepción de Clínicas, en las instituciones mencionadas, la mayor frecuencia fue de 46 minutos a más: MINSA (76,5%), EsSalud (46,8%), Fuerzas Armadas y Policiales (35,5%) (7).

Profesionales médicos, al preguntarles sobre violencia en el lugar de trabajo, mencionan como principal factor, "el tiempo de espera para la atención" (52,2%; violencia psicológica) (8).

Con base en lo anteriormente expuesto, el interés de la investigación parte de la premisa de identificar los factores asociados al tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento de salud, según ENAHO 2020.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál serán los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?
- ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?
- ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

1.3.2 Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.
- Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

- Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

1.4 Justificación de la investigación

1.4.1 Teórica

El estudio construye un modelo estadístico para identificar los diversos factores asociados al tiempo de espera en usuarios de establecimientos de salud, los cuales serán extrapolados a nivel país (Perú), basándose en el uso de la encuesta ENAHO 2020, (9) que tomará en cuenta como población a los usuarios mayores de edad.

1.4.2 Metodológica

La investigación comprende elaboración, fusión, depuración de una base de datos secundaria. Asimismo, se propone el uso de análisis multivariado (regresión logística binomial), para identificar las características de los pacientes que tienen una espera prolongada (inadecuada) ante la espera a ser atendido.

1.4.3 Práctica

Los resultados del estudio serán reflejo de la situación de la espera de los usuarios de establecimientos de salud en Perú y servirán a instituciones como MINSA, ESSALUD, etc. para mejorar sus políticas de gestión de atención en este grupo de edad en el país.

1.5 Limitaciones de la investigación

Limitación del estudio fue no conocer la razón específica por lo que fue el paciente a consulta, no saber la razón de la demora en la atención y no contar con un parámetro o normativa

establecida por el Ministerio de Salud de cuál es el tiempo promedio de espera para poder ser atendido en un consultorio médico.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación

Internacionales

Mutre y González (2020), realizaron su estudio con la finalidad de “Determinar el nivel de satisfacción del usuario externo en tiempo de espera en la atención del servicio de emergencias del Hospital General IESS Milagro”. Estudio cuantitativo, descriptivo, no probalístico. Fueron 170 usuarios externos de un servicio de emergencia a los que les fueron una encuesta (validado) y utilizando una guía observacional a los servidores encargados de realizar el triaje. Los usuarios fueron divididos en tres grupos. El 70% de los usuarios fueron de sexo masculino, siendo la mayoría de estos de entre 40-49 años. En el grupo mayormente asignado a los usuarios externos (110 casos), el tiempo de espera fue de 1 a 2 horas (36 casos). Ninguno fue menos de 15 minutos. Se concluye que la mayoría de usuarios de emergencia esperan entre 1 y dos horas (10).

Niño MJS, et al. (2020) en su estudio cuyo objetivo fue “determinar la influencia al aplicar el software en el tiempo de espera para atención Médica Servicio de Oftalmología Hospital Dos de mayo 2018”. Estudio cuantitativo, analítico, cuasiexperimental, enfocado a medir los tiempos de espera en la atención de la prestación de Salud a los pacientes del HNDM-Servicio

de Oftalmología del Hospital Nacional “Dos de Mayo (2018). La muestra fue de 90 usuarios. Fue medido mediante 4 módulos (Sistema de Gestión de Colas: “Monitoreo, Módulo de Atención, Módulo de Reportes, Módulo de Administración, Módulo de Video”). La mayoría fueron usuarios mayores de 60 años (42,2%). El 65.6% fueron mujeres. El 44,4% fueron de nivel secundaria. Encontraron como datos base, que solo un 6,7% de usuarios esperaban en sala de espera de 10 a 15 minutos para su atención. Más de la mitad de sujetos esperaron de una a dos horas su atención (11).

Ballesteros (2016) en su estudio cuyo objetivo fue “analizar los tiempos diferenciales que la población tuvo que aguardar en la sala de espera y entre la solicitud de un turno y la atención con un médico especialista, según sus características socioeconómicas, demográficas, el tipo de cobertura de salud y el lugar de residencia”. Estudio cuantitativo, utilizando una base de datos secundaria (“Encuesta de la Deuda Social Argentina, EDSA” 2013). Fue trabajado en base a un alfa de 0,05 y realizando regresión logística. Al comparar tiempo de espera en la última consulta al médico resulto “hasta una hora” el 68% de aquellos en nivel educativo superior completa. Mientras que 39% fueron en primaria completa. Según quintil de ingreso el quinto quintil fue de 68%, mientras que el primero fue de 36%. Según sexo las mujeres tuvieron 51% y los hombres 55%. En edad los de 60 a más años tuvieron 51% y los de 18-29 tuvieron 55%. El ingreso y el nivel educativo están asociados con los tiempos de espera (sexo no lo está). Aquellos que tienen estudios primarios incompletos, tienen 2,13 veces más chance de esperar más de una hora (referencia estudios superiores completos). Los del quintil de menos dinero tienen 2,66 veces más chance de demora (referencia quintil de más ingreso). El nivel educativo y el quintil de riqueza están asociados a la espera en atención médica (12).

Sánchez (2012), su tesis estudio tuvo como objetivo “Determinar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a consulta externa”. Estudio transversal en 246 pacientes elegidos por muestreo no probabilístico por conveniencia, a quienes se les aplicó una encuesta de satisfacción. Estos sujetos pertenecen a la consulta externa de una unidad de medicina familiar de una Institución de Seguridad Social. El instrumento utilizado fue una “adaptación de la encuesta aplicada del programa SICALIDAD” (validada por expertos). El 69.1% de los usuarios fueron mujeres. El 51,3% tuvieron entre 41-60 años. Asimismo, un 29,7% de los usuarios percibió que su espera fue menos de 15 minutos. La mayoría de usuarios de consulta externa esperan menos de un cuarto de hora a ser atendidos (13).

Nacionales

Canassa y Ramos (2019), identificaron la “relación entre el tiempo de espera y la satisfacción de la atención en los pacientes que acuden al C.S. palmeras de Oquendo 2019”. Estudio descriptivo, correlacional, transversal de muestreo estratificado por áreas de atención, entre tiempo de espera y satisfacción del usuario mediante encuesta, siendo el instrumento un cuestionario de 25 preguntas (22 satisfacción y 3 tiempo de espera). La mayoría de los usuarios fue de sexo femenino (61,9%), 58,2% tuvieron entre 30-59 años, 93,7% pacientes fueron continuadores y 88% usuarios de SIS. No encontraron usuarios que manifestaran un tiempo de espera muy corto (10-15 min). La mayoría de usuarios consideran esperar por un largo tiempo (14).

Purizaca (2019) en su tesis cuyo objetivo fue “determinar la relación entre el tiempo de espera para la consulta odontológica y la satisfacción de los usuarios en el Hospital I EsSalud, Sullana, 2019”. La población fueron 300 beneficiarios que asistieron a consulta externa del Hospital I

EsSalud, Sullana. La muestra, elegida por muestro probabilístico, constó de 121 usuarios del servicio de Odontología. Para la variable tiempo de espera, fue elaborado un instrumento de 15 preguntas (3 dimensiones: tiempo para sacar la cita en la consulta externa, tiempo en la sala de espera y tiempo durante la atención de la consulta). Para la variable satisfacción elaboraron un instrumento de 25 preguntas (5 dimensiones). El 10.7% declaró un tiempo adecuado (de 10 a 15 minutos) en el consultorio de odontología (15).

Murillo JP et al. (2019) en su estudio cuyo objetivo fue “Estimar los niveles de satisfacción y tiempo de espera en usuarios de servicios de salud públicos y privados peruanos”. Estudio cuantitativo de análisis secundario del cuestionario dirigido a usuarios de consulta externa según ENSUSALUD (2014, 2015 y 2016, SUSALUD). El tiempo de espera refiere a un intervalo de tiempo (en minutos) contado desde el ingreso a institución concluyendo cuando recibió la consulta médica. La mediana a nivel nacional del tiempo de espera fue de 75 minutos para el 2016. El incremento del tiempo de espera en el periodo de estudio (2014-2016) fue de 15 minutos. La mediana del tiempo de espera en minutos para la atención en consulta externa en IPRESS, en el año 2016, la mediana fue de 80 minutos en usuarios entre 20 a 29 años, 75 en mujeres, 100 en Sin nivel-inicial y Primaria, 125 en Sierra Norte. El tiempo de espera para los usuarios fue de más de una hora (16).

Farro (2019) en su tesis cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y la percepción en la satisfacción del usuario externo de consulta externa del HVLH, Lima 2018”. Estudio cuantitativo, transversal correlacional, no experimental. La muestra fue de 100 usuarios atendidos en el consultorio externo de psiquiatría. Utilizó el instrumento el cuestionario SERVQUAL modificada y un Instrumento de evaluación en tiempo de espera.

La mayoría fueron mujeres (65 usuarios), superior técnico (40 usuarios), pacientes nuevos (50 usuarios). Con respecto al paciente Continuator, Nuevo y Pagante de todo el proceso (Administrativo) el tiempo en el cual el usuario permaneció mayor tiempo fue en la sala de espera (antes de pasar a consulta psiquiátrica) siendo 45 a 70 minutos según el 41% de los pacientes (17).

Reyes (2017) el objetivo de su tesis fue “determinar cómo se relaciona el Tiempo de espera y satisfacción del usuario del servicio de electroencefalografía de un instituto especializado, Lima, 2017”. Estudio cuantitativo, correlacional, transversal. La población fueron pacientes del servicio neurofisiología clínica en el 2016, siendo la muestra de 181. Utilizó una ficha sociodemográfica y un cuestionario sobre satisfacción del usuario (quince ítems y tres dimensiones). Encontró correlación entre satisfacción y tiempo de espera ($Rho:0,631$). El 60,8% de los usuarios declararon un adecuado tiempo de espera en sala. La mayoría de usuarios consideran un adecuado tiempo de espera (18).

Pashanaste y Pinedo (2016), en su tesis cuyo objetivo fue “Determinar la relación que existe entre el tiempo de espera y la satisfacción de los usuarios que asisten a consulta externa del Centro de Salud Moronacocha, Iquitos 2015”. Estudio cuantitativo, no experimental, correlacional, transversal. La población fueron usuarios de consulta externa del Centro de Salud Moronacocha (Iquitos), siendo la muestra de 228 usuarios. Mediante encuesta recolectaron tiempo de espera y satisfacción. La mayoría de usuarios fueron mujeres (94,7%), tuvieron entre 25 a 44 años (55,7%). Solo el 7% declaró esperar de 10 a 15 min. en la sala de espera antes de la consulta. El 55,3% de 1-2 horas. Más de la mitad de usuarios esperaron de una a dos horas para su atención (19).

2.2 Bases teóricas

Atención en Instituciones prestadoras de salud.

Un comentario de la experiencia en consulta de un profesional médico menciona que en consulta el paciente ya no es frecuentemente llamado por su nombre, si no que se le denomina el “siguiente” (20).

El buen trato en salud está vinculado al “respeto al derecho a la salud”, siendo la realidad muchas veces ajena a esto. Por ello, es necesario establecer acciones de salud que se ajusten al derecho, permitiendo que ambas potencien la capacidad del usuario de tener un rol activo, llegando a poder reconocer sus derechos y cumplir sus deberes en el proceso de atención de salud (21). Esto incluye a la familia, ya que estos son la voz del paciente. Los familiares son los responsables del cuidado del paciente con apoyo del personal sanitario (enfermería) (22).

La relación-médico paciente es el resultado de la visita del paciente (primer actor), buscando ayuda para sobrellevar un problema de salud, a un segundo actor (médico). Entonces es una relación entre dos personas el que atiende (médico) y el enfermo (situación de especial dependencia). Como pacto social, posee diversas restricciones (reglamentaciones legales externas), que en teoría garantizan no solo el éxito sino también la utilidad de la relación (23). Es decir, previamente se deben establecer reglas de conducta como el tiempo que demora la atención según cada establecimiento de salud porque depende de ello el tiempo será más extenso.

Tiempo de Espera

La espera a ser atendido puede ser muy largo y, por el contrario, la atención por el profesional muy breve e insuficiente (esto implica subjetividad y objetividad en la medida). Al ser objetivo es un indicador (datos e indicadores necesarios para la gestión). Al ser objetivo cae dentro de la percepción del usuario (24). De acuerdo a lo vertido por estos autores el tiempo de espera es el lapso de tiempo que pasa el paciente en la sala de espera hasta que sea atendido por el médico, que genera insatisfacción de los pacientes por la prolongada espera.

Según INEI (2014) la “atención al usuario de consulta externa” refleja una capacidad de respuesta inmediata de un establecimiento de salud. El tiempo de espera para la atención refleja a su vez, oportunidad y disponibilidad del servicio en cuestión, en el momento en que es requerido; siendo un componente de la satisfacción y la expectativa (del usuario y del prestador del servicio, respectivamente). El cálculo del tiempo de espera, podría ayudar a identificar oportunidades de mejora (25).

Un estudio en Perú, encontró en un hospital que los tiempos de espera superaron en promedio los 30 días (excepto para tratamiento y para resultado imagenológico). Además, el promedio presenta una desviación estándar amplia presumiblemente por la frecuencia de deserción de citas entre otros (26).

Encuesta Nacional de Hogares (ENAH)

Son encuestas que realiza el “Instituto Nacional de Estadística e Informática” (INEI) que es dirigida a través de la “Dirección Nacional de Censos y Encuestas”. Estas encuestas se ejecutan

con la finalidad de realizar un seguimiento sobre los indicadores de condiciones de vida de la población en general (25).

Indicadores de la ENAHO sobre tiempo de espera

En el trimestre de análisis (enero-febrero-marzo 2020), en promedio el “tiempo de programación de citas” en mujeres fue de 57 horas con 10 minutos. Mientras que en los hombres fue de 64 horas con 38 minutos. Los hombres esperaron 7 horas con 28 minutos más. En EsSalud, el tiempo en hombres fue de 155 horas con 41 minutos y en mujeres 140 horas con 54 minutos. Igualmente, los hombres esperaron más. En MINSA, al comparar hombres con mujeres encontró que en mujeres el tiempo fue de 23 horas (con 13 minutos); siendo tres horas con veintidós minutos menos a comparación de la atención en hombres. El tiempo (promedio) en las mujeres, atendidas en los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), fue de 2 horas con 31 minutos; siendo menor que en hombres (4 horas con 13 minutos) (27).

Tiempo promedio de demora en llegar al establecimiento de salud

En el trimestre de análisis (En-Feb-Marz 2020), el “tiempo promedio para llegar al establecimiento” en mujeres y hombres fue de 31 minutos, para ambos. Las mujeres atendidas en EsSalud, demoraron 27 minutos y los hombres 33 minutos. En mujeres y hombres atendidos en MINSA, el tiempo fue de 31 minutos. Para CLAS, los hombres demoraron 24 minutos y las mujeres 35 minutos (27).

ENAHO, en el trimestre de estudio (octubre-noviembre-diciembre 2019) menciona que el tiempo promedio de espera para ser atendido en un establecimiento de salud fue de 52 minutos; 54 y 50, en mujeres y hombres, respectivamente. Las mujeres atendidas en EsSalud y MINSA

esperaron 57, 53, aquellas que fueron atendidas en CLAS esperaron 45 minutos. Mientras que los varones, 58, 47 y 39 minutos, respectivamente (28). En trimestre enero-febrero-marzo (2020) menciona que en promedio el tiempo de espera fue de 49 minutos en hombres y 53 en mujeres. Las mujeres en EsSalud y MINSA esperaron para su atención 59, 50, aquellas que fueron atendidas en CLAS, esperaron 76 minutos. Y los varones, esperaron 52, 47 y 40 minutos, respectivamente (27).

Es muchas ocasiones la relación médico-paciente es una relación asimétrica. En la literatura científica se encuentran discursos sobre las carencias en el sistema sanitario público, mencionando aspectos como "...errores que no se cometerían si se nos dedicarían más tiempo en las consultas..." (29). A su vez, la insatisfacción puede verse aumentada si el elevado tiempo de espera hasta la atención médica, se añade el tiempo en los cambios de turno (30).

Pactar un encuentro de 15 minutos como consulta sería una falacia que lleva consigo una posibilidad de error mayor. Un mal interrogatorio y examen físico, lleva a equivocaciones. La calidad es resultado de múltiples elementos; representa la sabia elección entre muchas alternativas (31). Este tiempo cambian a 30 minutos en algunas instituciones cuando se trata de realización de exámenes (32). Preguntas como "duración de la consulta" y "tiempo de espera" son ítems presentes en instrumentos validados que pretenden medir satisfacción del usuario (33). La consideración de un tiempo de atención en consultorio errada, lleva a la espera innecesaria de un siguiente paciente.

Un tiempo de espera largo para la atención ha sido asociado a abandono de control natal (3,3 veces mayor probabilidad para el abandono; OR: 3,3) (34); aunque no es específica si refiere a la espera en consultorio externo o a la siguiente cita.

Una estrategia de gestión eficaz de las esperas en los servicios, es la que invierte esfuerzos tanto económicos como creativos, con el fin de que los clientes esperen de una manera que implique una satisfacción para ellos. Esto supone acciones como acortar en lo posible la duración de la espera, la mejora de condiciones en el aspecto físico del ámbito, experiencias lúdicas, incluso que la espera se de en momentos no comunes como cuando ha empezado la prestación del servicio. La idea va en camino de “si esperamos es mejor y si es mejor, estamos dispuestos a esperar” (35).

Teoría científica

Según Menéndez (1983), el proceso salud/enfermedad/atención forma parte de dinámicas estructurales históricas, cuya característica sería la de contar con un ente hegemónico y un ente subalterno; ésta característica se extiende a las diversas formas de atención de la enfermedad (36).

El proceso de salud-enfermedad, según Menéndez (1983), es afectado por la estructura social (36). Los individuos y sus grupos se verían obligados a realizar diversas actividades con el fin de aliviar sus padecimientos, debido a condiciones de pobreza, explotación directa-indirecta y de hegemonía/subalternidad (36).

Es por ello que, Menéndez (1983), menciona que las prácticas de atención de enfermedades son complejas y multifactoriales, producida en forma individual o colectiva, cumpliéndose en la intersección de “procesos políticos, económicos, sociales e ideológicos, interacciones cotidianas, biografías y relaciones entre muy diversos actores” (36).

El modelo de elección racional, que indica la elección de algo para maximizar su utilidad, tiene consecuencias para el paciente al seleccionar un “hospital que ofrece mayor calidad (clínica) al menor costo” (37). Esta elección también ofrecería valores intrínsecos, como aumento de la comodidad para los usuarios (Bhattacharya, 2020), mejora de su autonomía (Le Grand, 2007) o libertad personal (Stone, 2012) en (37). En un contexto de mercado mixto, John (2017), el elegir de forma gratuita proveedores en el sector público y privado, “se simboliza la opción de ‘salida’ del sector público a la Hirschman sin preocupaciones sobre el precio” (37).

Los hospitales públicos, no tienen incentivos para actuar según una racionalidad económica, a más pacientes no significa recompensas económicas, siendo la pérdida de estos algo positivo, pues disminuye su carga de trabajo. Esto sería un presupuesto “blando”, donde el déficit es cubierto por la entidad (37). Esto llevaría a querer atender solo a determinados tipos de pacientes, ya que una especialización de este tipo minimiza la competencia (Brekke, Nuscheler y Straume, 2006) en (37).

En salud, Berwick et al. (2003) sugieren que la elección del proveedor funciona cuando los pacientes pueden comparar el desempeño en base a información comprensible. Esta información incluiría datos de los tiempos de espera (tipos de cirugía y primera cita con especialista), o incluso las tasas de mortalidad (37). La literatura académica coincide en que el tiempo de espera

(Thomson y Dixon, 2006; Dowding y John, 2009) así como el del transporte hasta un hospital (Lako y Rosenau, 2008 y Beukers et al., 2014) son los factores más relevantes en su elección (37).

En salud, “la percepción del riesgo puede tener un valor importante que incide fundamentalmente en los tiempos de espera” (37).

Según Frenk (1985), el acceso a los servicios de salud en los tiempos de espera para la atención, es una función obtenida de la combinación entre los obstáculos de la organización de los servicios de salud y recursos o capacidades disponibles (tomando en cuenta la disponibilidad física de recursos de salud en una zona determinada). Ésta estaría determinada en tres dimensiones: a) la ecológica (ubicación geográfica y capacidad de transporte); b) financiera (costos totales para la utilización del servicio); y c) organizacional (dificultad del contacto inicial con los servicios y demoras en la sala de espera, demora para obtener servicios de laboratorio, etcétera). Es así que, “un aumento (o una disminución) de los tiempos de demora para acceder a la atención dan cuenta de un aumento (o una disminución) de los obstáculos para acceder a los servicios” en (12).

Esta demora (sea por asignación de turnos o en una sala de espera) puede lograr que el padecimiento se agrave más allá del motivo que originó la consulta de los usuarios según Ramos S, et al (1990), Wiesner C, et al. (2006); Sociedad Argentina de Cardiología (2008); Fernández y Buergo (2008), Piombo et al. (2011), Piñeros (2011), Rodríguez-Angulo et al. (2014) y Camejo et al. (2015) en (12), y, que, en algunas situaciones, los pacientes viren a otras alternativas de atención (Gutiérrez et al, 2001 y Lorenzetti, 2011) en (12). Es por esto que “las

demoras en la atención también dan cuenta de la calidad de los servicios e inciden en la satisfacción de los usuarios”, además el ser atendido en el momento que se necesita y en el lugar al que acude, hace a las características del acceso; según Petracci et al. (2007), Cerrutti y Freidin (2004), Otero (2006), Velandia et al. (2007), Díaz et al. (2015) en (12).

2.3 Formulación de hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

El modelo explica adecuadamente los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

2.3.2 Hipótesis específicas

- Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.
- Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.
- Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y aspectos culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

Hipotético - deductivo.

3.2. Enfoque de la investigación

Cuantitativo.

3.3. Tipo de la investigación

Aplicada.

Alcance: Explicativo (38).

3.4. Diseño de la investigación

No experimentales, transversales analíticos (39).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población: Según ENAHO 2020 “Conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país”. Siendo de área urbana y rural (ámbito nacional),

considerándose “los 24 departamentos del país incluyendo la Provincia Constitucional del Callao” (9).

ENAH 2020 excluyó a miembros de las fuerzas armadas (pues no es residencia propia), personas con residencia colectivas (hoteles, hospitales, etcétera) (9).

Cálculo del tamaño de muestra (si es pertinente):

Según ENAH 2020, la muestra fue probabilística, de áreas, estratificada, multietápica e independiente en cada departamento de estudio (9), utilizando el método de entrevista y tipo encuesta.

El nivel de confianza utilizada fue del 95%. El tamaño anual de la muestra 2020 fue de 37 103 viviendas particulares (urbana:23 895 y rural:13 208) (9).

En el área urbana la Unidad Primaria de Muestreo (UPM) fue el centro poblado urbano y en el área rural fue el centro poblado urbano y el área de Empadronamiento Rural. En el área urbana la Unidad Secundaria de Muestreo (USM) fue el conglomerado de viviendas particulares y en el área rural fue el conglomerado de viviendas. En el área urbana la Unidad Terciaria de Muestreo (UTM) fue la vivienda particular y el área rural fue la vivienda particular (9).

La muestra permite estimaciones a la población sobre sus de las características socio-demográficas de la muestra Anual a nivel: Nacional, Urbano Nacional, Rural Nacional, 24

departamentos, cada uno como dominio de estudio, Costa Urbana, Costa Rural, Sierra Urbana, Sierra Rural, Selva Urbana, Selva Rural, Área Metropolitana de Lima y Callao (9).

Número de muestra final (n):

Que cumplan criterios de selección y disponibilidad de las variables en la base.

Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión:

Según ENAHO 2020 (9):

- a. “Los integrantes del hogar familiar”,
- b. “Los trabajadores del hogar con cama adentro, reciban o no pago por sus servicios”,
- c. “Los integrantes de una pensión familiar que tienen como máximo 9 pensionistas”,
- d. “Las personas que no son miembros del hogar familiar, pero que estuvieron presentes en el hogar los últimos 30 días”.

Para el estudio:

-Mayores de edad: ya que son independientes de tomar decisiones a diferencia de los niños que dependen de un adulto.

-Que haya sido atendido la última vez que fue a consulta por una enfermedad: esto indica que se apersonó a la intuición prestadora de salud y tuvo que esperar a ser atendido.

-Sujetos con algún síntoma o malestar general y/o accidente: necesario para apersonarse a consulta es una razón para ello.

-Que presente el tiempo de espera antes de ingresar a consultorio: el dato debe estar presente ya que no se puede calcular utilizando otras variables de la base.

- Que mencioné donde fue atendido: así elegir solo instituciones prestadoras de salud.
- Que mencione quién lo atendió (un profesional de la salud): así elegir profesionales de la salud que atiendan en consultorio.

Exclusión:

Según ENAHO 2020 (9):

- a. “Los integrantes de una pensión familiar que tiene de 10 a más pensionistas”, y
- b. “Los trabajadores del hogar con cama afuera”.

Para el estudio:

-Aquellos que en las últimas cuatro semanas no tuvieron enfermedad, síntoma, recaída, accidente: en caso de no presentar no acudirían a consulta.

-Aquellos que hayan mencionado haber sido atendidos en más de una institución: para evitar confusión de a qué institución prestadora de salud le pertenece el tiempo de espera.

-Aquellos que acudieron para consulta por enfermedad, síntoma o malestar y/o accidente a una Farmacia o botica, en su domicilio (del paciente), otro: no se toma en cuenta como tiempo de espera.

-Aquellos que habían estudiado en Educación Básica Especial: para tener un estándar de respuesta en las variables; puede que tenga limitaciones o errores en la comunicación.

-No se tomó en cuenta a los que no viven regularmente en el hogar: pues hay preguntas referidas al hogar.

-A los que no son miembros del hogar: pues hay preguntas referidas al hogar.

3.6. Variables y operacionalización

Variable 1: Tiempo de espera:

Definición Operacional: Se define como situación temporal de espera (según ENAHO 2020) del paciente de algún servicio de salud a ser atendido en consulta, ante un problema de salud (según ENAHO 2020) categorizado (40), en adecuado (menos de 16 minutos) /inadecuado (16 a más minutos).

Matriz de operacional de la variable: Tiempo de espera

<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Ítem</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos</i>
				<i>(Valor final)</i>
Unidimensional (V. dependiente)	La última vez que acudió al Establecimiento de salud, ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta?	Nominal	Adecuado/inadecuado

Variable 2: Factores asociados

Definición Operacional: Variables relacionadas a lo sociodemográfico, salud, cultural (presentes en la base ENAHO 2020) que al interactuar de forma ajustada (combinada) tienden a presentar la categorización de tiempo de espera, permitiendo así explicar las características del paciente que tiene una espera prolongada a ser atendido en consulta.

Matriz operacional de la variable dependiente:

<i>Dimensión</i>	<i>Indicador</i>	<i>Ítem</i>	<i>Escala de medición</i>	<i>Niveles y Rangos</i>
				<i>(Valor final)</i>
Sociodemográficos	Dominio Geográfico	Cualitativa Nominal (politómicas)	Lima Metropolitana Resto Costa Sierra Selva
		Sexo	Nominal (dicotómica)	1. Hombre 2. Mujer
		Nivel Educativo	Ordinal	Sin nivel Primaria Secundaria Superior
		Estado Civil	Cualitativa Nominal (politómicas)	Soltero Divorciado/Separado Viudo Conviviente Casado

Cultural		Edad	Ordinal	De 18 a 37 De 38 a 52 De 53 a 66 De 67 a 98
	Tuvo trabajo	Nominal (dicotómica)	No Si
		Lengua Materna	Nominal (dicotómica)	Castellano Quechua/Aymara/otra
		Etnia	Cualitativa Nominal (politómicas)	Quechua Mestizo Negro Aymara Otros Blanco

Salud	Afiliado a algún seguro	Nominal (dicotómica)	Si No
	Lugar de atención	Cualitativa Nominal (politómicas)	MINSA EsSALUD FFAA/PN
	Profesional que lo atendió Médico:	Nominal (dicotómica)	Si No
	Ubicación del Centro de Salud	Nominal (dicotómica)	En otro distrito Aquí en el distrito
	Enfermedad crónica	Nominal (dicotómica)	Si No

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

- Análisis documental
- Instrumento: Ficha de captura de datos

La ENAHO 2020 está dividida en diversas bases de datos. Para el estudio, estas bases fueron fusionadas para lograr una base única. A esta base única, se aplicó los criterios de inclusión y exclusión; las variables de interés, se eligieron en base a la pertinencia teórica y disponibilidad en las bases. Variables con baja frecuencia, fueron descartadas, ya que dificultaría el posterior análisis.

3.7.2. Descripción de instrumentos.

El instrumento consta de la parte de la variable dependiente, tiempo de espera, y, las variables independientes, la cual consta de tres dimensiones (factores): sociodemográficos, cultural, salud.

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI no se realizará validación.

3.7.3. Validación

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI no se realizará validación.

3.7.4. Confiabilidad

Por ser un estudio de análisis documental realizado por el INEI no se realizará validación.

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La Encuesta Nacional de Hogares, tiene por unidad de análisis el Hogar, sin embargo, las estimaciones del presente estudio fueron realizadas a los miembros del hogar (estimaciones desagregadas), mediante los factores de expansión referida a cada miembro del hogar. Es por ello, que el presente estudio no debe considerarse un estudio ecológico (unidad de análisis como grupo y “n” individuos). En el presente estudio, no se ha analizado el “tiempo de espera” por hogar, sino el de sus miembros usando los factores referidos a cada individuo. En la base de datos existe una variable que indica el número de miembros por cada hogar.

Se utilizó el programa Word para los informes y el programa Excel para la base de datos y otros procesos como tablas de frecuencia. No fue calculado tamaño de muestra ya que el número de unidades de análisis se basó en los filtros (criterios de inclusión y exclusión). Fueron categorizadas la variable edad en años, profesional que lo atendió, lengua Materna, Estado Civil. Se utilizó el programa estadístico SPSS y Stata, para la estadística tanto descriptiva como inferencial (regresión logística binomial (OR crudo y ajustado) en base a un valor alfa de 0,05. Se realizó una revisión de los cuestionarios de ENAHO para evaluar la pertinencia de las variables de estudio con respecto a la variable dependiente. Las bases de datos pertinentes fueron fusionadas en base a la variable dependiente e independientes. Se usaron los factores de

expansión ajustados en base a las proyecciones de población de acuerdo al componente demográfico.

3.9. Aspectos éticos

La presente investigación, utilizó la base de datos ENAHO 2020 (9), la cual es de acceso libre.

Por ser un estudio análisis documental (base de datos secundaria) no requiere consentimiento informado. Por ser un estudio de base de datos secundaria no se presentó al CIEI de la UNW.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

El tiempo de espera tuvo una mediana de 5 y rango intercuartílico 20. Siendo el menor de cero y el mayor de 50 minutos de espera.

Tabla n°1. Frecuencia de tiempo de espera

Tiempo de espera	Muestra	% ^{a/}
Adecuado	2820	69.0
Inadecuado	1092	31.0

a/: Porcentaje obtenido con muestras complejas
Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

La mayoría tuvo un tiempo adecuado de espera.

4.1.2. Prueba de hipótesis

-Prueba de hipótesis General

Hipótesis Nula: El modelo no explica adecuadamente los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

Hipótesis Alternativa: El modelo explica adecuadamente los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión logística binaria

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): el modelo explica los factores sociodemográficos asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

-Toma de decisión. En las personas cuyo dominio geográfico fue Lima Metropolitana se encontró un aumento en 1,66 veces la posibilidad de un adecuado tiempo de espera, respecto de las personas encuestadas cuyo dominio fue la selva (OR=1,66;IC95%:1,20-2,30), mientras que las personas de la sierra tuvieron 1,32 veces mayor posibilidad de un tiempo de espera adecuado comparado con el dominio geográfico de la selva (OR=1,32;IC95%:1,02-1,70). Por otro lado, el tener una edad entre 53 a 66 años aumentó la posibilidad de un tiempo adecuado en 1,38 veces más, respecto de las personas de 67 a más años (OR=1,38;IC95%:1,01-1,90).

Tabla n. 2. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados al modelo con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.

Factores Sociodemográficas	OR crudo ^{a/}	IC95%	p valor	OR ajustado ^{a/}	IC95%	p valor
Dominio Geográfico						
Lima Metropolitana	1.75	1,28 - 2,38	0.002	1.66	1,20 - 2,30	0.002
Resto Costa	1.09	0,83 - 1,43	0.062	1.08	0,82 - 1,42	0.600
Sierra	1.33	1,04 - 1,72	< 0,01	1.32	1,02 - 1,70	0.036
Selva	1.00			1.00		
Edad						
De 18 a 37	1.00	0,74 - 1,35	0.993	1.09	0,73 - 1,63	0.668
De 38 a 52	1.12	0,84 - 1,49	0.452	1.33	0,94 - 1,89	0.112
De 53 a 66	1.23	0,92 - 1,65	0.161	1.38	1,01 - 1,90	0.044
De 67 a 98	1.00			1.00		

a/ OR obtenido con muestras complejas

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

El dominio geográfico (Lima Metropolitana y sierra) y edad (de 53 a 66 años) estuvieron asociados a un adecuado tiempo de espera.

-Prueba de hipótesis específica 1:

Hipótesis Nula: No hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores sociodemográficos** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

Hipótesis Alternativa: Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores sociodemográficos** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión logística binaria

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): Dominio geográfico, Edad fueron significativos.

-Toma de decisión: Al aplicar el modelo de regresión logística binomial dos variables del factor sociodemográfico estuvieron asociados a tiempo adecuado de espera. No se encontró para sexo, nivel educativo, Estado civil, Tuvo trabajo.

Tabla n. 3. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores sociodemográficos con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.

Factores Sociodemográficas	OR crudo a/	IC95%	p valor	OR ajustado ^{a/}	IC95%	p valor
Dominio Geográfico						
Lima Metropolitana	1.75	1,28 - 2,38	0.002	1.66	1,20 - 2,30	0.002
Resto Costa	1.09	0,83 - 1,43	0.062	1.08	0,82 - 1,42	0.600
Sierra	1.33	1,04 - 1,72	< 0,01	1.32	1,02 - 1,70	0.036
Selva	1.00			1.00		
Sexo						
Masculino	1.13	0,91 - 1,39	0.268	1.20	0,96 - 1,50	0.118
Femenino	1.00			1.00		
Nivel Educativo						
Sin nivel	1.23	0,84 - 1,79	0.288	1.52	0,99 - 2,32	0.056
Primaria	0.80	0,60 - 1,06	0.124	0.93	0,68 - 1,27	0.660
Secundaria	0.99	0,74 - 1,32	0.944	1.03	0,77 - 1,37	0.857
Superior	1.00			1.00		
Estado Civil						
Soltero	1.28	0,92 - 1,77	0.141	1.31	0,90 - 1,91	0.156
Div/sep	1.22	0,88 - 1,70	0.230	1.26	0,89 - 1,76	0.184
Viudo	0.98	0,70 - 1,39	0.931	1.09	0,75 - 1,59	0.656
Conviviente	0.85	0,65 - 1,10	0.209	0.89	0,67 - 1,19	0.434
Casado	1.00			1.00		
Edad						
De 18 a 37	1.00	0,74 - 1,35	0.993	1.09	0,73 - 1,63	0.668
De 38 a 52	1.12	0,84 - 1,49	0.452	1.33	0,94 - 1,89	0.112
De 53 a 66	1.23	0,92 - 1,65	0.161	1.38	1,01 - 1,90	0.044
De 67 a 98	1.00			1.00		
Tuvo trabajo						
No	1.12	0,91 - 1,38	0.294	1.11	0,88 - 1,40	0.364
Si	1.00			1.00		

a/ OR obtenido con muestras complejas

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

El dominio geográfico (Lima Metropolitana y sierra) y edad (de 53 a 66 años) estuvieron asociados a un adecuado tiempo de espera, al ser comparados con Selva y edad de 67 a más años; respectivamente.

-Prueba de hipótesis específica 2:

Hipótesis Nula: No hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores de salud** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

Hipótesis Alternativa: Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores de salud** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión logística binaria

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): Afiliado a algún seguro, Lugar de atención Profesional que lo atendió, Ubicación del Centro de Salud, Enfermedad crónica no significativos.

-Toma de decisión: Al aplicar el modelo de regresión logística binomial, no se encontró diferencia significativa en características salud en Afiliado a algún seguro, Lugar de atención Profesional que lo atendió, Ubicación del Centro de Salud, Enfermedad crónica.

Tabla n. 4. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores de salud con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.

Factores de Salud	OR_{a/} crudo	IC95%	p valor	OR_{a/} ajustado	IC95%	p valor
Afiliado a algún seguro						
Si	1.29	1,04 - 1,61	0.022	1.16	0,88 - 1,54	0.283
No	1.00			1.00		
Lugar de atención						
MINSA	1.26	0,46 - 3,48	0.658	1.25	0,44 - 3,57	0.678
EsSALUD	1.71	0,61 - 4,78	0.308	1.56	0,55 - 4,42	0.400
FFAA/PN	1.00			1.00		
Profesional que lo atendió: Médico						
Si	1.18	0,96 - 1,45	0.119	1.05	0,83 - 1,32	0.691
No	1.00			1.00		
Ubicación del Centro de Salud						
En otro distrito	0.92	0,68 - 1,25	0.609	0.82	0,60 - 1,12	0.211
Aquí en el distrito	1.00			1.00		
Enfermedad crónica						
Si	1.19	0,95 - 1,49	0.122	1.16	0,93 - 1,45	0.195
No	1.00			1.00		

a/ OR obtenido con muestras complejas

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

No se encontró significancia entre factor salud y tiempo adecuado de espera.

-Prueba de hipótesis específica 3:

Hipótesis Nula: No hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores culturales** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

Hipótesis Alternativa: Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y **factores culturales** en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.

-Nivel de significancia: 0,05

-Estadístico de prueba: Regresión logística binaria

-Lectura del error Tabla o cuadro (si amerita): Lengua materna y étnica no significativos.

-Toma de decisión: Al aplicar el modelo de regresión logística binomial, no se encontró diferencia significativa en características culturales en lengua materna ni en Etnia.

Tabla n. 5. Odds Ratio (OR) crudos y ajustados de factores culturales con el tiempo de espera para ser atendido en consulta. ENAHO 2020.

Factores Culturales	OR crudo ^{a/}	IC95%	p valor	OR ajustado ^{a/}	IC95%	p valor
Lengua Materna						
Castellano	1.09	0,86 - 1,38	0.475	1.26	0,90 - 1,77	0.184
Quechua/Aymara/otra	1.00			1.00		
Etnia						
Quechua	1.37	0,86 - 2,17	0.182	1.59	0,95 - 2,66	0.077
Mestizo	1.29	0,83 - 2,02	0.255	1.28	0,82 - 2,00	0.271
Negro	1.09	0,63 - 1,89	0.755	1.08	0,62 - 1,87	0.792
Aymara	1.01	0,50 - 2,02	0.984	1.15	0,56 - 2,34	0.705
Otros	1.61	0,94 - 2,77	0.084	1.63	0,95 - 2,80	0.078
Blanco	1.00			1.00		

a/ OR obtenido con muestras complejas

Fuente: elaboración propia (en base a ENAHO 2020)

No se encontró significancia entre factor cultural y tiempo adecuado de espera.

4.1.3. Discusión de resultados

Solo se encontró un estudio que utiliza diversos factores para crear un modelo con la variable tiempo de espera.

Respecto a la primera hipótesis específica para la dimensión del tiempo de espera a ser atendido y factores sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020, los resultados indican que hay una asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores sociodemográficos. Al aplicar el modelo de regresión logística binomial, dos variables del factor sociodemográfico estuvieron asociadas a tiempo adecaudo de espera: dominio geográfico y la edad; no se encontró asociación para sexo, nivel educativo, estado civil ni tuvo trabajo. A diferencia de Ballesteros quien encontró significancia entre estudios primarios incompletos y esperar más de una hora (comparando con estudios superiores completos) (12) Ballesteros, al igual que el presente estudio (12), no encontró significancia con sexo, Pero si encontró con nivel educativo, a diferencia del presente estudio (12). Hay que considerar que los datos presentados de Ballesteros proceden del primero de tres modelos, modelo en el cual considera a Sexo, Nivel educativo, quintil de ingreso y solo fue realizado para atenciones a médicos. El presente estudio considera otros profesionales de la salud.

Asimismo, Hernández-Vásquez (41) menciona que tres de cada cuatro usuarios externos resultaron como “buena o muy buena” la atención recibida en establecimientos del MINSA. Sin embargo, el presente estudio, refiere que la mayor frecuencia entre los que resultaron con un tiempo de espera inadecuado también fueron atendidos en MINSA.

El largo tiempo de espera en la atención es percibido por los médicos como un factor que contribuye a la violencia en el lugar del trabajo (8).

Mutre y González (2020) mencionan que en el grupo mayormente asignado a los usuarios externos (110 casos), el tiempo de espera fue el alto de 36 (21,2%) casos de 1 a 2 horas de espera; no presenta casos de menos de 15 minutos (10). Una frecuencia menor al del presente estudio. Sin embargo, es de considerar que el estudio no especifica si la espera se realiza desde que ingresa al establecimiento (y no solo en “sala de espera”); esto considerando que sus usuarios son de emergencia, lo que amerita un trato inmediato.

Niño MJS, et al (11) encontraron que el 6,7% de usuarios esperaban en sala de espera de 10 a 15 minutos. Niño et al, menciona la atención en un centro de salud MINSA. En el presente estudio encontró un tiempo adecuado en MINSA de 63%. Los valores del presente estudio son mayores al de Niño et al., sin embargo, es de mencionar que fue realizado en usuarios del Servicio de Oftalmología; el presente estudio consta de la atención de diferentes profesionales de salud.

Sánchez (2012) menciona que un 29,7% de los usuarios de medicina familiar de una Institución de Seguridad Social percibió que su espera fue menos de 15 minutos (13). El presente estudio encontró una mayor frecuencia en el mismo rango de tiempo. Al igual que en el presente estudio Sánchez considera diferentes áreas del servicio.

Canassa y Ramos (2019) no encontraron usuarios que manifestaran un tiempo de espera “muy corto” (10-15 min) (14), a diferencia del presente estudio que encontró más de la mitad de

usuarios atendidos en ese rango. Ambos estudios fueron realizados en usuarios de distintos profesionales de consulta externa.

Purizaca (2019) en su estudio encontró que un 10,7% de usuarios declararon un tiempo adecuado (de 10 a 15 minutos) de espera en el consultorio de odontología de un hospital (15). El presente estudio encontró valores mayores de espera adecuada (menos de 16 minutos). Es de aclarar que Purizaca (2019) solo estudió el área de odontología, a diferencia del presente estudio que consideró más áreas.

Según Murillo et al., (16), la mediana del tiempo de espera a consulta a nivel nacional fue de: 60 minutos para el 2014, 75 minutos para el 2015, y 75 minutos para el 2016. En el presente estudio se encontró valores menores. Es necesario mencionar que la respectiva encuesta fue realizada a los usuarios que se acercaron a consulta en las mismas instituciones de salud, a diferencia de la base ENAHO, la cual fue en las viviendas. Asimismo, el presente estudio muestra criterios de inclusión y exclusión más estrictos que el mencionado estudio, siendo el total de sujetos estudiados menor.

Farro (2019) el tiempo en el cual el usuario permaneció mayor tiempo fue en la sala de espera (antes de pasar a consulta psiquiátrica) el cual fue de 45 a 70 minutos según el 41% de los pacientes. En el presente estudio la mayoría de usuarios esperaron menos de 16 minutos. Sin embargo, Farro no da mayor información sobre este dato para contrastar con otras alternativas de tiempo en su manuscrito (17).

Reyes (2017) encontró que el 60,8% de los usuarios declararon un adecuado tiempo de espera en sala. El presente estudio encontró valores similares (18). Sin embargo, Reyes no menciona el rango de tiempo que significa “adecuado”, asimismo, el servicio estudiado es solo uno (neurofisiología clínica) a diferencia del presente estudio que considera más servicios.

Pashanaste y Pinedo (2016), encontraron que solo el 7% declaró esperar de 10 a 15 minutos en la sala de espera antes de la consulta. Valores menores al del presente estudio (19). Asimismo, Pashanaste y Pinedo tomaron en cuenta, como en el presente estudio, varios servicios de atención.

En el Perú, directivos revelaron que la demora en la atención (28,14 %) e incumplimiento de los horarios (14,21%) son causas de quejas de los usuarios en sus centros asistenciales (6).

Un estudio realizado en diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud encontró que cuando el usuario percibe como “muy largo” el tiempo de espera aumenta hasta en un 86% la probabilidad de no satisfacción del usuario. La percepción del tiempo de espera está asociado al nivel de satisfacción (42).

Otro estudio encontró correlación entre tiempo de espera y satisfacción general en forma negativa y en concreto con los diferentes profesionales de la salud que atienden en consulta (43). El tiempo de espera sería parte de una atención de calidad que depende de la administración y organización de la institución prestadora de salud. Los usuarios que acuden a los establecimientos para ser atendidos por un médico deben de esperar un tiempo prolongado lo que puede generar molestia en éstos.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Al aplicar el modelo de regresión logística binomial se encontró significancia en las variables dominio geográfico y edad. Aquellos que viven en Lima Metropolitana y Sierra tienden a un adecuado tiempo de espera a comparación de aquellos que viven en la Selva. Asimismo, el tener entre 53 a 66 años tienden a tener un tiempo adecuado de espera, respecto de las personas de 67 a más años.
2. Al aplicar el modelo de regresión logística binomial dos variables del factor sociodemográfico, dominio geográfico y edad, estuvieron asociados a tiempo adecuado de espera.
3. Al aplicar el modelo de regresión logística binomial, no se encontró diferencia significativa con factor salud.
4. Al aplicar el modelo de regresión logística binomial, no se encontró diferencia significativa con factor cultural.

5.2 Recomendaciones

1. Se recomienda que todos los centros de salud lleguen a un consenso y establezcan un estándar del tiempo de espera adecuado que los pacientes deben esperar para ser atendidos en el consultorio médico.
2. Se recomienda realizar algunas actividades preventivas promocionales de salud durante la espera de los pacientes para entrar a consultorio y así reducir su insatisfacción durante el lapso de espera.
3. Se recomienda al Ministerio de Salud evaluar en forma constante los tiempos de espera en todos los centros de salud con la finalidad de brindar una atención de calidad.
4. Se recomienda realizar investigaciones que busquen las causas de la diferencia entre el tiempo de espera de pacientes atendidos en los diferentes centros de salud de Lima Metropolitana, Sierra con los atendidos en centros de salud en Selva.
5. Se recomienda realizar investigaciones que busquen las causas de la diferencia entre el tiempo de espera de pacientes 53 a 66 años y las de 67 a más años en los diferentes centros de salud.

REFERENCIAS

1. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. 2018. Santiago:NU. ISBN: 978-92-1-058643-6. Disponible en: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Salud universal. [Internet]. OPS; [consultado 30.05.22]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>.
3. Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud. Publicado en el diario oficial El Peruano, Ley n°29344, (jueves 9 de abril 2009). Disponible en: <https://leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf>
4. OPS. Recomendaciones para la Reorganización y Ampliación Progresiva de los Servicios de Salud para la Respuesta a la Pandemia de COVID-19.;2020. 24 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52214->
5. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial en pro del personal sanitario: Respuestas en los países. [Internet]. OMS; [consultado 30.05.22]. Disponible en : <https://www.who.int/workforcealliance/countries/per/es/>
6. Espinoza-Portilla E, Gil-Quevedo W, Agurto-Távora E. Principales problemas en la gestión de establecimientos de salud en el Perú. Rev Cuba Salud Pública. 2020;46(4): e2146.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de

Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud, 2014.[Internet]. Lima: INEI; [consultado 30.05.22]. Disponible en:

https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/

8. Muñoz del Carpio-Toia A, Valdivia-Fernández B, Velasquez-Lazo C, Valdivia-Rodríguez M, Arroyo-Tovar GY, Toia-Larsen M, et al. Violencia contra médicos en hospitales de Arequipa, Perú 2016. Acta Med Peru. 2016; 33(2):99-104. Disponible en:

<https://www.amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/58>

9. ENAHO Metodología actualizada 2020, Anual (Ene-Dic). [Internet]. Lima: INEI; [consultado el 31.05.22]. Disponible en: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

10. Mutre CKB, González CM. La satisfacción del usuario externo en tiempo de espera en el servicio de emergencia del Hospital General IESS de Milagro– Ecuador. Más Vita. Rev Cienc Salud. 2020; 2(2):31-41.

11. Niño MJS, Quino FMG, Ángulo CCA. Gestión del tiempo de espera de los usuarios de los servicios de salud del Hospital Nacional Dos de Mayo. Revista Universidad y Sociedad. 2020;12(S1):356-361.

12. Ballesteros MS. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. Rev Gerenc Polít Salud. 2016;15(30): 234-250. Doi:

<https://10.11144/Javeriana.rgyps15-30.dste>

13. Sánchez BLA. Satisfacción de los usuarios de consulta externa en una institución de seguridad social en Guadalupe, Nuevo León. [Tesis para obtener el grado de maestría en Ciencias en Salud Pública]. México: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2012.

14. Canassa BD, Ramos CCE. Tiempo de espera y satisfacción de la atención en pacientes que acuden al Centro de Salud Palmeras de Oquendo, Callao 2019. [Tesis para optar el grado académico de Maestro de Gerencia en Salud]. Callao: Universidad Nacional del Callao; 2019.

Disponible en:

<http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/4591/TESIS%20DANIEL%20Y%20CAROL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Purizaca PVA. El tiempo de espera y su relación con la satisfacción del usuario de la consulta externa odontológica en el Hospital I EsSalud Sullana, 2019. [Tesis para obtener el grado académico de Maestría en Gestión de los Servicios de Salud]. Piura-Perú: UCV; 2019.

Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/51958>

16. - Murillo JP, Bellido-Boza L, Huamani-Ñahuinlla P, Gárnica-Pinazo G, Munares-García O, Del-Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. An Fac Med. 2019;80(3):288-97.

Doi: <https://10.15381/anales.803.16846>

17. Farro SJC. Tiempo de espera y percepción en la satisfacción del usuario externo en la consulta externa del Hospital Víctor Larco Herrera, Lima 2018. [Tesis para obtener el grado

académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Lima: UCV;2019. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/359877>

18. Reyes SAM. Tiempo de Espera y Satisfacción del Usuario del Servicio de Electroencefalografía en un Instituto Especializado. [Tesis para optar el grado académico de Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud]. Perú: UCV;2017. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/22245>

19. Pashanaste CDD, Pinedo BLP. Tiempo de espera y satisfacción de usuarios en consulta externa del centro de salud Moronacocha, Iquitos 2015. [Tesis para optar el título de profesional de licenciada(o) en enfermería]. Iquitos: UNAP;2016. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/handle/20.500.12737/3314>

20. Umaña GHJ, Portilla MAR. Relación médico – paciente: un buen negocio. Revista Médica de Risaralda. 2011;17(1):59-64.

21. Castellón AMD, Valenzuela VPFB. Buen trato en Centros de Atención Primaria chilena, ¿privilegio o derecho humano? Rev Cubana Med Gen Integr. 2019; 35(4): e813. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421252019000400002&nrm=iso

22. Anduquia VPA, Ramírez BAM, Lopera BMA, Forero PC, Córdoba PLF. La familia es la voz del paciente en la interacción con la enfermera. Rev Cuid. 2020;11(3):1-13. DOI: <https://10.15649/cuidarte.1015>

23. Pardo-Caballos A, Echarte-Alonso LE. La formalización del consentimiento informado en investigación y la pérdida sentimental del paciente. *Pers Bioét.* 2015; 19(2): 198-226. DOI: <https://10.5294/pebi.2015.19.2.3>.

24. Rodríguez TA, Jarillo SEC, Casas PD. La consulta médica, su tiempo y duración. *Medwave.* 2018;18(5): e7264. Doi: <https://10.5867/medwave.2018.05.7264>

25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares, 2014. Lima: INEI; 2014. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_estadisticas-genero_oct-nov-dic2019.PDF

26. Díaz-Chiclayo A, Fernández-Mogollón J, Díaz-Vélez C. Características y tiempos del proceso de atención en consulta externa de un Hospital Nivel III. *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo.* 2020; 12(4), 305 - 312. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2019.124.564>

27. Instituto Nacional de Estadística e Informática Estadísticas con Enfoque de Género. Informe Técnico: Trimestre: Enero-Febrero-Marzo 2020. N° 02- junio 2020. Lima: INEI; 2020. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-enfoque-de-genero-jun-2020.pdf>

28. Instituto Nacional de Estadística e Informática Estadísticas con Enfoque de Género. Informe Técnico: Trimestre: Octubre-Noviembre-Diciembre 2019. N° 01- marzo 2020. Lima:

INEI;2020. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_estadisticas-genero_oct-nov-dic2019.PDF

29. Díaz GV, Añel RRM, da Costra DSC, Zumeta SLN. Discursos sobre la participación activa del paciente en el sistema sanitario. Aposta. Revista de Ciencias Sociales. 2020; 87: 44-56..

Disponible en: <http://apostadigital.com/revistav3/hemeroteca/diazgorriti.pdf>

30. Méndez-Malpartida L, Flórez-Ibarra J, Ancaya-Martínez M, Ochoa-Tataje F, Gonzales-Quispe R. Tiempo de Espera en la atención del usuario Covid 2020. Revista Recién. 2021; 10(2):

3-18. Disponible en <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/70>

31. Arango RP. La relación médico-paciente. Un ideal para el siglo XXI. Medicas UIS. 2012; 25(1): 63-69. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012103192012000100007&lng=en

32. HNERM. Manual de procesos y procedimientos consulta ambulatoria – Neumología. Perú:

EsSalud; 2020. p.64. Disponible en:

http://www.essalud.gob.pe/transparencia/procesos_procedimientos/MPP_HNERM_Consulta_Externa_Adultos_Neumologia.pdf

33. Moscoso MG, Villarreal-Zegarra D, Castillo R, Bellido-Boza L, Mezones-Holguín E. Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica

ambulatoria en Perú. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2019; 36(2): 167-177. Disponible en:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v36n2/a02v36n2.pdf>

34. Munares-García, O. Factores asociados al abandono al control prenatal en un hospital del Ministerio de Salud Perú. Rev Peru Epidemiol. 2013;17(2):1-8. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203129458007>

35. Gavilán-Bouzas D, García-de-Madariaga-Miranda J. ¿Esperamos porque es mejor o es mejor porque esperamos? Un estudio exploratorio de la relación entre el tiempo de espera y el valor percibido. Universia Business Review. 2009; (22): 56-73. Recuperado de:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=43311704004>

36. Valdez TAR. Enfermarse aquí es un lujo: prácticas y perspectivas en la atención de enfermedades entre inmigrantes yucatecos en el sur de California. Glob Health Promot. 2020;27(3):227-35. doi: 10.1177/1757975919868169

37. Parrado S. Administraciones públicas: calidad institucional y adecuación entre fines y medios. Papeles de Economía Española. 2021; (168):127-190. Disponible en:
<https://www.funcas.es/articulos/administraciones-publicas-calidad-institucional-y-adecuacion-entre-fines-y-medios/>

38. Hernández-Sampieri R, Mendoza TC. Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México D.F.:McGraw-Hill Interamericana; 2018.
39. Cvetkovic-Vega A, Maguiña JL, Soto A, Lama-Valdivia J, López LEC. Estudios transversales. Rev Fac Med Hum. 2021;21(1), 179-185. Disponible en: www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v21n1/2308-0531-rfmh-21-01-179.pdf
40. HNDM. Directiva administrativa para el proceso de atención ambulatoria del Hospital Nacional Dos de Mayo, N°003/DCE;2019. Disponible en: http://nuevaweb.hdosdemayo.gob.pe/instrumentos_de_gestion/normas_emitidas/r_dir/2019/08%20Agosto/RD_0147_2019_D_HNDM_DIRECTIVA%20ADMINISTRATIVA.pdf
41. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro F, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2019;36(4): 620-8. Doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4515>
42. Gallo CAP, Valdivia NG, Soria ITC. Factores asociados al nivel de satisfacción de los usuarios de consulta externa de diferentes Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (MINSA, EsSalud, FFAA / PNP y clínicas privadas) del Perú en el año 2014. [Tesis para optar por el título profesional de Médico Cirujano]. Lima: UPC; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10757/621097>

43. Pagán-Peñalver A, Ruiz-Cabello AL, Pina D, Puente E, Llor-Zaragoza P, Luna Maldonado A. Variables related to reduced satisfaction among users of emergency units. *Anu Psicol.* 2021;(51): 138-146.

ANEXOS

Anexo1: Matriz de consistencia

Formulation del Problem	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
<p>¿Cuál serán los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?</p> <p>Problemas Específicos</p> <p>1. ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?</p>	<p>Determinar los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p> <p>Objetivos Específicos</p> <p>1. Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p>	<p>El modelo explica adecuadamente los factores asociados al tiempo de espera a ser atendido en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p> <p>Hipótesis Específicas</p> <p>1. Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores sociodemográficos en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p> <p>2. Hay asociación entre tiempo de</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Tiempo de espera a ser atendido</p> <p>Dimensiones:</p> <p>No aplica</p> <p>Variable 2:</p> <p>Factores asociados</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Sociodemográficos</p> <p>Salud</p>	<p>Tipo de Investigación</p> <p>Aplicada.</p> <p>Alcance: explicativo.</p> <p>Metodología</p> <p>Hipotético - deductivo.</p> <p>Diseño</p> <p>No experimentales: Transversales o transeccionales Correlacionales/Causales</p>

<p>2. ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?</p> <p>3. ¿Cuál será la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020?</p>	<p>2. Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p> <p>3. Determinar la asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p>	<p>espera a ser atendido y factores de salud en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p> <p>3. Hay asociación entre tiempo de espera a ser atendido y factores culturales en establecimientos de salud ENAHO PERÚ 2020.</p>	<p>Cultural</p>	<p>Población Muestra</p> <p>Conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural del país. Ámbito nacional. Se excluyó a miembros de las fuerzas armadas.</p>
---	---	---	-----------------	---

Anexo 2: Instrumentos

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 1 (V. dependiente)

Cuestionario del ENAHO

Tiempo de espera

La última vez que acudió al Establecimiento de salud, ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta?

Nº Minutos: _____

INSTRUMENTO PROPIAMENTE DICHO 2 (V. Independiente)

1. Dominio Geográfico

Lima Metropolitana ()

Resto Costa ()

Sierra ()

Selva ()

2. Sexo

Hombre ()

Mujer ()

3. Nivel Educativo

Sin nivel ()

Primaria ()

Secundaria ()

Superior ()

4. Estado Civil

Soltero ()

Divorciado/Separado ()

Viudo ()

Conviviente ()

Casado ()

5. Edad

De 18 a 37 ()

De 38 a 52 ()

De 53 a 66 ()

De 67 a 98 ()

6. Tuvo trabajo

No ()

Si ()

7. Lengua Materna

Castellano ()

Quechua/Aymara/otra ()

8. Etnia

Quechua ()

Mestizo ()

Negro ()

Aymara ()

Otros ()

Blanco ()

9. Afiliado a algún seguro

Si ()

No ()

10. Lugar de atención

MINSA ()

EsSALUD ()

FFAA/PN ()

11. Profesional que lo atendió: Médico

Si ()

No ()

12. Ubicación del Centro de Salud

En otro distrito

Aquí en el distrito

13. Enfermedad crónica

Si ()

No ()

Anexo 3: Validez del instrumento

No aplica

Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

No aplica

Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética

No aplica

Anexo 6: Formato de consentimiento informado

No aplica

**Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la RECOLECCIÓN DE DATOS,
PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE**

No aplica

Anexo 8: Programa de intervención para estudios experimentales

No aplica

Anexo 9: Informe del asesor de Turnitin

● 20% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 17% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 10% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	uwiener on 2023-02-17 Submitted works	4%
2	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	4%
3	repositorio.ucv.edu.pe Internet	2%
4	core.ac.uk Internet	2%
5	cienciadigital.org Internet	1%
6	repositorio.uladech.edu.pe Internet	<1%
7	repositorio.unapiquitos.edu.pe Internet	<1%
8	rus.ucf.edu.cu Internet	<1%

9	interwp.cepal.org Internet	<1%
10	repositorio.unsm.edu.pe Internet	<1%
11	docplayer.es Internet	<1%
12	iris.paho.org Internet	<1%
13	fdocuments.es Internet	<1%
14	repositorio.usmp.edu.pe Internet	<1%
15	catalog.ihsn.org Internet	<1%
16	repositorio.ual.edu.pe Internet	<1%
17	scielo.org.pe Internet	<1%
18	new.paho.org Internet	<1%
19	news.fiar.me Internet	<1%
20	Universidad Wiener on 2022-11-20 Submitted works	<1%

21	m.inei.gob.pe	<1%
	Internet	
22	repositorio.une.edu.pe	<1%
	Internet	
23	repositorio.unjbg.edu.pe	<1%
	Internet	
24	repositorioacademico.upc.edu.pe	<1%
	Internet	
25	repositorio.esan.edu.pe	<1%
	Internet	
26	scielo.org.co	<1%
	Internet	
27	documentop.com	<1%
	Internet	
28	repositorio.ufpe.br	<1%
	Internet	
29	ri.uaemex.mx	<1%
	Internet	
30	Alba Rocío Valdez Tah. "“Enfermarse aquí es un lujo”: prácticas y pers...	<1%
	Crossref	
31	repositorio.unach.edu.pe	<1%
	Internet	
32	repositorio.unemi.edu.ec	<1%
	Internet	

33	uwiener on 2023-02-03	<1%
	Submitted works	
34	arca.fiocruz.br	<1%
	Internet	
35	Natalia Zapata-López, Sandra Lucía Restrepo-Mesa. "Factores asociad..."	<1%
	Crossref	
36	creativecommons.org	<1%
	Internet	
37	dspace.ucuenca.edu.ec	<1%
	Internet	
38	pesquisa.bvsalud.org	<1%
	Internet	
39	uwiener on 2023-01-18	<1%
	Submitted works	

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Material bibliográfico
- Material citado
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)

BLOQUES DE TEXTO EXCLUIDOS

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER Escuela de Posgrado Tesis "FACTORES ...

uwiener on 2023-02-17

DE SALUD ENAHO 2020 Línea de investigación SALUD Y BIENESTAR- Gestión en sa...

uwiener on 2023-02-17

3.3. Tipo de la investigación

uwiener on 2023-02-17

4.1.2. Prueba de hipótesis

uwiener on 2023-02-17

PUBLICACIÓN DE LOS RESULTADOS, USO DEL NOMBRE

uwiener on 2023-02-17

desalud ENAHO PERÚ 2020?1.2.2 Problemas específicos¿Cuál será la asociación ...

uwiener on 2023-02-17

de salud ENAHO PERÚ 2020?¿Cuál será la asociación entre

uwiener on 2023-02-17

de salud ENAHO PERÚ 2020?¿Cuál será la asociación entre

uwiener on 2023-02-17

de salud ENAHO PERÚ 2020?1.3 Objetivos de la investigación1.3.1 Objetivo gener...

uwiener on 2023-02-17

desalud ENAHO PERÚ 2020.1.3.2 Objetivos específicosDeterminar la asociación e...

uwiener on 2023-02-17

de salud ENAHO PERÚ 2020.2.3.2 Hipótesis específicas

uwiener on 2023-02-17

de salud ENAHO PERÚ 2020

uwiener on 2023-02-17

