



Universidad  
**Norbert Wiener**

Powered by **Arizona State University**

**ESCUELA DE POSGRADO**  
**MAESTRÍA DE GESTIÓN EN SALUD**

**Tesis**

Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital  
Nacional Hipólito Unanue 2024

**Para optar el Grado Académico de**  
Maestro de Gestión en Salud

**Presentado por:**

**Autora:** Alayo Esparza, Elvia Soledad

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0005-0195-6471>

**Asesor:** Dr. Loayza Alarico, Manuel Jesús

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0001-5535-2634>

**Lima – Perú**

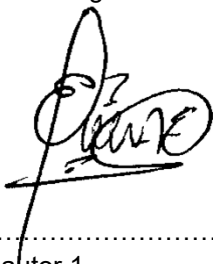
**2025**

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

Yo, Alayo Esparza Elvia Soledad Egresada de la Escuela de Posgrado de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que la tesis "TIEMPO DE ESPERA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2024" Asesorado por el docente: Dr. Manuel Loayza Alarico Con DNI 10313361 Con ORCID 0000-0001-5535-2634 tiene un índice de similitud de (13) (TRECE)% con código oid: 14912:481410988 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  
 Elvia Soledad Alayo Esparza  
 DNI: 18229808



.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....

.....  
 Firma  
 Manuel Jesús Loayza Alarico  
 DNI: 10313361

Lima, 11 de agosto de 2025

### **Dedicatoria**

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarme cada día más como ser humano. A ti Madre. Por la vida haberme educado y soportar mis errores. Gracias a tus consejos, por el amor que siempre me has brindado.

Por cultivar e inculcar ese sabio don de la responsabilidad. Gracias por darme la vida a mis hijos, Camila, Renato y Thiara ,por ser la raíz de inspiración para poder superarme cada día más y como fuente de lucha para que la vida nos dé una vida mejor. A ti esposo Orlando amado por el apoyo incondicional, a pesar de haber pasado santiámenes difíciles siempre has estado allí para mi brindándome amor y apoyo.

### **Agradecimientos**

Expreso mis más sinceros agradecimientos a todos mis profesores de investigación durante el proceso educativo, así como también a mi asesor de tesis cuyo conocimiento y orientación fueron un factor clave para permitirme desarrollar hechos claves que fueron importantes en cada etapa del trabajo.

Muchas gracias a mis amigos compañeros que estrecharon una amistad y crearon una familia.

Finalmente quiero agradecer a mi familia que es la base de todos mis hijos esposo y mi querida madrecita quienes con sus opiniones fueron mi principal motivo de alcanzar mis objetivos, gracias por su paciencia y comprensión y por todo su amor.

## Índice general

Carátula.....	i
Declaratoria jurada de autoría y originalidad del trabajo.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimientos .....	iv
Índice general.....	v
Índice de tablas .....	viii
Índice de figuras.....	ix
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción .....	xii
<b>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>1</b>
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.2.1. Problema general .....	2
1.2.2. Problemas específicos.....	2
1.3 Objetivos de investigación.....	3
1.3.1. Objetivo general.....	3
1.3.2. Objetivos específicos .....	3
1.4 Justificación de la investigación .....	4
1.4.1. Teórica .....	4
1.4.2. Metodológica .....	4
1.4.3. Práctica.....	4

1.5 Limitaciones de la investigación.....	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO .....	6
2.1. Antecedentes de investigación.....	6
2.1.1. Internacionales .....	6
2.1.2. Nacional .....	8
2.2. Bases teóricas.....	9
2.2.1. Teorías sobre el tiempo de espera.....	9
2.2.2. Tiempo de espera en salud.....	10
2.2.3. Satisfacción del paciente.....	12
2.2.4. Relación entre calidad percibida y recompensas cognitivas del usuario.....	22
2.2.5. Expectativas normativas y su impacto en la evaluación del servicio .....	24
2.2.6. Modelo de brechas de calidad en servicios de salud .....	25
2.3. Formulación de hipótesis.....	27
2.3.1. Hipótesis general.....	27
2.3.2. Hipótesis específicas.....	27
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA .....	29
3.1. Método de investigación.....	29
3.2. Enfoque investigativo .....	29
3.3. Tipo de investigación.....	30
3.4. Diseño de la investigación.....	30
3.5. Población, muestra y muestreo .....	31
3.6. Variables y operacionalización.....	33
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	37

3.7.1. Técnica.....	37
3.7.2. Descripción .....	37
3.7.3. Validación.....	39
3.7.4. Confiabilidad.....	40
3.8. Procesamiento y análisis de datos.....	40
3.9. Aspectos éticos .....	41
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	42
4.1. Resultados.....	42
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	42
4.1.2. Prueba de hipótesis .....	50
4.1.3. Discusión de resultados.....	58
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	61
5.1. Conclusiones.....	61
5.2. Recomendaciones .....	62
REFERENCIAS.....	63
ANEXOS .....	71
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	71
Anexo 2: Instrumentos.....	74
Anexo 3: Validez del instrumento .....	85
Anexo 4: Confiabilidad de instrumentos .....	95
Anexo 5: Aprobación del Comité de Ética .....	99
Anexo 6: Formato de consentimiento informado .....	100
Anexo 7: Reporte de similitud de Turnitin .....	103

## Índice de tablas

<b>Tabla 1</b> Ficha técnica del instrumento 1: Cuestionario sobre tiempo de espera en el área de emergencia.....	37
<b>Tabla 2</b> Ficha técnica del instrumento 2: Cuestionario de satisfacción del usuario en el área de emergencia.....	38
<b>Tabla 3</b> Validación de instrumentos a través de juicio de expertos.....	39
<b>Tabla 4</b> Confiabilidad de los instrumentos.....	40
<b>Tabla 5</b> Tiempo de espera.....	42
<b>Tabla 6</b> Satisfacción del usuario.....	44
<b>Tabla 7</b> Tiempo de espera hasta la primera atención médica y satisfacción del usuario.....	45
<b>Tabla 8</b> Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos y satisfacción del usuario.....	47
<b>Tabla 9</b> Tiempo de espera para la administración de tratamientos y satisfacción del usuario.....	48
<b>Tabla 10</b> Correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario.....	50
<b>Tabla 11</b> Correlación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario.....	52
<b>Tabla 12</b> Correlación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario.....	54
<b>Tabla 13</b> Correlación entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario.....	56

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> Diagrama del diseño de investigación.....	31
<b>Figura 2</b> Fórmula para el cálculo de la muestra.....	32
<b>Figura 3</b> Cálculo de la muestra .....	33
<b>Figura 4</b> Tiempo de espera.....	43
<b>Figura 5</b> Satisfacción del usuario.....	44
<b>Figura 6</b> Tiempo de espera hasta la primera atención médica y satisfacción del usuario .....	46
<b>Figura 7</b> Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos y satisfacción del usuario .....	47
<b>Figura 8</b> Tiempo de espera para la administración de tratamientos y satisfacción del usuario ....	49

## Resumen

**Objetivo:** Determinar la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024. **Síntesis de la metodología:** Se empleó un enfoque cuantitativo, con método hipotético-deductivo, diseño no experimental y alcance correlacional. La muestra fue de tipo probabilístico, conformada por 119 pacientes. Se aplicaron dos cuestionarios estructurados y validados para medir el tiempo de espera y la satisfacción del usuario, ambos con alta confiabilidad. **Resultados:** El 71,4% de los usuarios experimentaron tiempos de espera clasificados como medios, y el 60,5% reportaron una satisfacción media. La prueba de correlación de Spearman arrojó un coeficiente de  $-0,636$  con un p-valor de  $0,000 < 0,05$ , evidenciando una correlación negativa moderada a fuerte entre las variables. **Conclusión:** Se concluye que los tiempos de espera prolongados afectan significativamente la percepción del servicio en el área de emergencia, lo que subraya la necesidad de implementar mejoras en la gestión hospitalaria para optimizar la experiencia del usuario.

**Palabras clave:** Tiempo de espera, Satisfacción del usuario, Emergencias hospitalarias.

## Abstract

**Objective:** To determine the relationship between waiting time and user satisfaction in the emergency department of the National Hospital Hipólito Unanue, 2024. **Summary of the methodology:** A quantitative approach was used, based on the hypothetical-deductive method, with a non-experimental design and correlational scope. The sample was probabilistic and consisted of 119 patients. Two structured and validated questionnaires were applied to measure waiting time and user satisfaction, both showing high reliability. **Results:** 71.4% of users experienced medium-level waiting times, and 60.5% reported medium satisfaction. The Spearman correlation test yielded a coefficient of -0.636 with a p-value of  $0.000 < 0.05$ , indicating a moderate to strong negative correlation between the variables. **Conclusion:** It is concluded that prolonged waiting times significantly affect the perception of service in the emergency department, highlighting the need to implement improvements in hospital management to optimize the user experience.

**Keywords:** Waiting time, User satisfaction, Emergency care.

## Introducción

El período que transcurre antes de recibir atención en los servicios de urgencias constituye un aspecto determinante en la evaluación de la calidad asistencial y en el grado de conformidad del paciente, siendo una dificultad recurrente en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En este sentido, la unidad de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue enfrenta importantes retos en la optimización de los tiempos de atención y la mejora en la experiencia del usuario. Este estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el año 2024. Para garantizar una mejor estructuración del análisis, el documento se divide en capítulos y apartados específicos, los cuales se detallan a continuación.

El primer capítulo presenta el problema de investigación, acompañado de su planteamiento y formulación. Además, se incluyen el objetivo general, los objetivos específicos, la justificación y las delimitaciones del estudio.

El segundo capítulo desarrolla el marco teórico, compuesto por las bases teóricas que sustentan las variables de estudio, antecedentes relevantes y las hipótesis que se sometieron a prueba. El tercer capítulo detalla la metodología empleada, incluyendo el enfoque, tipo y diseño de investigación, así como la población, muestra, técnicas e instrumentos utilizados para la recolección de datos.

El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos mediante el análisis estadístico y los contrasta con hallazgos de investigaciones previas y teorías relevantes sobre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario. Finalmente, el quinto capítulo contiene las conclusiones derivadas del análisis de resultados y las recomendaciones dirigidas a las autoridades hospitalarias.

## **CAPÍTULO I: EL PROBLEMA**

### **Planteamiento del problema**

En España, el 78 % de los pacientes que esperaron menos de 30 minutos en emergencias expresaron conformidad con la atención, lo que confirma una relación inversa entre el tiempo de espera y la percepción del servicio (1). De forma complementaria, en el Reino Unido, una comunicación efectiva con el personal médico incrementó en 20 % la satisfacción y aceleró la atención (2). En Alemania, la sobrecarga hospitalaria generó un aumento del 15 % en el tiempo de espera, afectando negativamente la valoración del servicio (3).

Asimismo, en Asia se registraron hallazgos consistentes. En China, el 83 % de los pacientes atendidos en menos de 20 minutos reportaron alta satisfacción (4). En Japón, el 70 % de los usuarios satisfechos experimentaron esperas reducidas e información precisa (5). En Corea del Sur, cada 10 minutos adicionales de espera redujeron en 8 % la percepción favorable del servicio (6).

En América Latina, los datos reflejan patrones similares. En Brasil, el 60 % de los pacientes que accedieron a consulta en menos de 45 minutos expresaron conformidad con el servicio (7). En Colombia, una reducción del 10 % en relación al tiempo en espera incrementó en 25 % el nivel de satisfacción de usuario (8). En Perú, solo el 32 % de los atendidos en el Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) valoraron positivamente el tiempo de espera, posiblemente debido a la limitada disponibilidad de recursos en comparación con otros establecimientos de la capital (9).

En ese contexto, la atención en el área de emergencia del HNHU enfrenta un reto estructural. Solo el 30 % de los usuarios considera aceptable el tiempo previo a la consulta, lo que evidencia deficiencias en la gestión de recursos. La causa principal es la insuficiencia de personal, la obsolescencia tecnológica y la ineficiencia administrativa, factores que reducen la capacidad de respuesta ante la demanda.

Como consecuencia, la baja percepción del servicio afecta la confianza que se tiene sobre el sistema sanitario, desincentiva la búsqueda oportuna de atención y redistribuye la demanda hacia otros establecimientos, aumentando su carga operativa. Internamente, la presión sobre el equipo asistencial compromete su bienestar y dificulta la retención de personal calificado.

## **Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024?

### **1.2.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024?

## **Objetivos de investigación**

### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024.

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Identificar la relación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia.
- Identificar la relación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia.
- Identificar la relación entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia.

## **Justificación de la investigación**

### **1.4.1. Teórica**

La investigación se basó en la teoría de la calidad percibida y el modelo expectativa-valoración, los cuales explican que la satisfacción del usuario se origina al contrastar sus expectativas previas con la experiencia efectiva del servicio. Este enfoque integró dimensiones subjetivas y operacionales, como tiempo de espera, permitiendo un análisis amplio sobre la calidad de atención. Aplicado a contextos con alta demanda y limitación de recursos, el modelo permitió reinterpretar marcos previos y generar evidencia empírica útil para la gestión hospitalaria.

### **1.4.2. Metodológica**

Se utilizó un diseño cuantitativo, no experimental, de tipo transversal y correlacional, apropiado para analizar objetivamente la correlación entre tiempo de espera y satisfacción de usuario. La recolección de datos se realizó en un periodo delimitado, mediante encuestas estructuradas y análisis de fuentes secundarias. Esta estrategia, a diferencia de los enfoques longitudinales o cualitativos, permitió obtener resultados precisos y aplicables de forma inmediata. El uso de datos secundarios complementó el análisis y fortaleció la base metodológica para futuras intervenciones en la mejora de servicios hospitalarios.

### **1.4.3. Práctica**

Los resultados obtenidos permitieron mejorar la distribución de recursos y agilizar procesos administrativos, con reducción de tiempos de espera y mayor satisfacción del usuario. Esta evidencia coincide con estudios que destacan la utilidad de indicadores operacionales para la gestión eficiente de servicios (1,2). Además, el estudio contribuyó a mejorar la percepción pública de la atención sanitaria, fortaleciendo la confianza en el sistema. Al ofrecer insumos para políticas

institucionales, se generó un positivo impacto sobre la calidad de vida en los pacientes, reforzando la necesidad de garantizar servicios oportunos y accesibles.

### **Limitaciones de la investigación**

El estudio se realizó durante 2024, limitando la observación del fenómeno a dicho periodo y excluyendo variaciones estacionales en la atención de emergencias. En cuanto al alcance espacial, el análisis se concentró únicamente en el servicio de emergencia perteneciente al Hospital Nacional Hipólito Unanue, específicamente en pacientes no críticos de atención general, excluyendo casos de trauma shock. Esta delimitación restringe la generalización de los hallazgos a otros servicios o instituciones con distinta organización.

Además, la mayoría de los pacientes presentaban patologías de gravedad moderada, lo que pudo tener influencia sobre la percepción de tiempo de espera, así como en la capacidad de respuesta a los cuestionarios. Esto limita la extrapolación de los resultados a poblaciones con condiciones críticas o crónicas complejas.

El muestreo no probabilístico por conveniencia afectó la representatividad de la muestra y, por tanto, la validez externa del estudio. Finalmente, las limitaciones presupuestarias y de personal redujeron el alcance de la recolección de datos, dificultando la inclusión de turnos nocturnos y fines de semana, momentos que podrían mostrar dinámicas distintas en el servicio evaluado.

## CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de investigación

#### 2.1.1. Internacionales

Alrajhi et al. (18) (2020) “evaluaron el efecto de informar estimaciones de espera en la percepción del servicio” mediante un ensayo controlado aleatorio con 100 pacientes en cuidados agudos. No encontraron relación estadísticamente significativa entre el tiempo de espera y la percepción del servicio ( $p = 0,476$ ), ni variables demográficas o percepción de enfermedad. No obstante, el 70 % de quienes participaron prefirió conocer el tiempo estimado, destacando la relevancia de la transparencia en la atención.

Romero et al. (19) (2019) realizaron una revisión cualitativa de 17 estudios sobre la satisfacción de pacientes en tratamiento de diálisis, a fin de “identificar factores clave de la confianza en el personal médico, la atención personalizada y un entorno seguro”. También señalaron la carencia de instrumentos específicos para medir la satisfacción en esta población, lo que evidencia la necesidad de adaptar herramientas de evaluación.

Spechbach et al. (20) (2019), en un estudio transversal con 509 pacientes, “analizaron la percepción del tiempo de espera en emergencias”. Encontraron que esta percepción dependía de la sensación de atención oportuna y de la comunicación efectiva. Además, resaltaron la importancia de la “hora dorada” como indicador crítico en la experiencia del usuario y la necesidad de mejorar la información durante la espera.

Hidayat et al. (21) (2020) aplicaron un estudio cuantitativo en 117 pacientes para “identificar los factores que determinan la percepción de calidad en emergencias”. El 83,8 % expresó conformidad con la atención. El análisis estadístico mostró que el tiempo de espera tuvo el mayor impacto en la percepción del servicio ( $\text{Exp}(B) = 3,522$ ), por lo que se recomendó priorizar su gestión.

Taype et al. (22) (2019) “evaluaron la implementación de un programa para optimizar procesos en un hospital terciario”. Analizaron 36,000 atenciones de prioridad III según la escala de Manchester. Se halló como resultado que tras la intervención, el tiempo de espera para la primera consulta se redujo a una mediana de 35 minutos y la permanencia total a 2,9 horas, concluyéndose que tales resultados se alinean con estándares internacionales en contextos de alta demanda.

Becerra y Condori (23) (2019) “estudiaron la satisfacción en cuatro hospitales públicos de Ica luego del programa ‘Cero Colas’”. Se encontró que, en una muestra de 1,067 usuarios, los niveles de conformidad oscilaron entre 70,6 % y 73,7 %, con mejoras en trato, puntualidad y calidad. Los resultados respaldaron la eficacia de intervenciones administrativas para optimizar la experiencia del usuario.

### 2.1.2. Nacionales

Murillo et al. (24) (2019) “analizaron los tiempos de espera y la satisfacción de pacientes en servicios públicos y privados de salud en Lima”, utilizando datos de ENSUSALUD 2014–2016. El estudio descriptivo comparativo incluyó registros de distintas regiones y tipos de cobertura. Los resultados demostraron niveles de satisfacción oscilaron entre 70,1 % y 73,9 %, con una mediana de espera de 60 minutos. Es relevante destacar que los retrasos fueron identificados como un factor determinante de la insatisfacción de los pacientes.

Rodríguez et al. (25) (2022) realizaron un estudio transversal en 2022 con 149 pacientes del área de Medicina Interna. Aplicaron pruebas de chi cuadrado, Fisher y regresión logística para “analizar la relación entre la percepción del servicio y variables” como la interacción con el personal, evaluación médica y nivel educativo. Los resultados destacaron que el 84,6 % expresó alta satisfacción. Se concluye que hay evidencia de mejora en la atención y de reducir tiempos de espera.

Por su parte, Arévalo (26) (2022) “evaluó la relación entre calidad del servicio y satisfacción en un hospital público” mediante un estudio observacional transversal con 100 participantes. Utilizando instrumentos validados y la prueba de Spearman, encontró que el 51 % percibió atención de calidad media y el 39 % determinó que era buena. Por otro lado, la satisfacción fue moderada en 39 %, alta en 29 % e insatisfactoria en 32 %. Se identificó una correlación positiva significativa ( $\rho = 0,626$ ;  $p = 0,001$ ), entre calidad y satisfacción de servicio, lo que subraya la necesidad de mejorar la gestión hospitalaria.

Rodríguez et al. (27) (2022) realizaron un estudio para “identificar factores relacionados a la satisfacción sobre la atención sanitaria en pacientes internados en un hospital limeño”,

empleando para tal motivo estudio transversal, encuestando a 149 pacientes mediante muestreo aleatorio simple, aplicando encuesta. El resultado dio con que el 84,6% manifestó alta satisfacción, además el estudio de regresión logística determinó que la satisfacción está vinculada con el trato al usuario ( $p = 0,011$ ), evaluación física integral ( $p = 0,04$ ) y el nivel de educación ( $p = 0,006$ ). Como conclusión, los autores enfatizaron la importancia de reducir los tiempos de espera y optimizar la calidad del servicio en áreas de alta demanda, como el área de emergencias.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Teorías sobre el tiempo de espera**

El estudio del tiempo en espera en atención médica se ha sustentado en distintos enfoques teóricos. Thompson et al. propusieron la teoría del *umbral de tolerancia al tiempo de espera*, la cual establece que cada paciente posee un límite específico a partir del cual su satisfacción disminuye significativamente (31). Este modelo plantea que dicho umbral varía según factores personales y contextuales, y su superación afecta negativamente la percepción del servicio.

Durrande desarrolló la teoría de la *justicia en la espera*, que subraya la relevancia de la equidad percibida durante el proceso de espera. Según esta perspectiva, no solo importa cuánto se espera, sino si el paciente considera justo el orden y el trato recibido durante ese periodo, lo cual incide directamente en su nivel de satisfacción (32).

Por su parte, Maister introdujo un enfoque conductual que destaca que la experiencia de espera no depende únicamente de su duración objetiva, sino de factores como la información brindada, la comodidad del entorno y la interacción con el personal. Estos elementos pueden reducir la percepción negativa del tiempo transcurrido (33).

En conjunto, estos modelos evidencian que el tiempo de espera es un fenómeno multidimensional, influido por factores objetivos y subjetivos. Su análisis exige un enfoque integral que incorpore tanto variables individuales como estructurales, con el fin de diseñar estrategias eficaces que mejoren la percepción del paciente y optimicen los procesos asistenciales

## **2.2.2. Tiempo de espera en salud**

### **2.2.2.1. Conceptualización del tiempo de espera en salud**

El tiempo de espera en salud se define como el intervalo entre la solicitud de atención por parte del paciente y el momento en que esta se efectiviza. Aunque suele considerarse un indicador operativo, representa un fenómeno multidimensional que incluye aspectos de eficiencia, accesibilidad, equidad y calidad del servicio. Carrasqueira et al. demostraron que los tiempos prolongados afectan la satisfacción del paciente y pueden incidir negativamente en los desenlaces clínicos (28).

Aunque la mayoría de las investigaciones se centran en los servicios de emergencia, donde tiempos en espera se asocian con menor satisfacción en el paciente (29), problemática que también está presente en otros escenarios asistenciales. Sampalis reportó que la espera en cirugías programadas, consultas especializadas y procedimientos diagnósticos se ve influida por factores como la carga laboral, la eficiencia en la gestión hospitalaria y las políticas de regulación sanitaria (30).

Respecto a su medición, se utilizan enfoques tanto subjetivos como objetivos. Mientras algunos estudios recurren a cuestionarios de percepción del paciente, otros emplean registros clínicos electrónicos para determinar tiempos reales. Este segundo enfoque resulta clave al buscar relaciones entre tiempo de espera y resultados clínicos.

Por tanto, el tiempo de espera no debe limitarse a su dimensión cuantitativa. Su análisis exige integrar percepciones del usuario y datos verificables del sistema. Así, este indicador no solo refleja eficiencia, sino también la calidad percibida y la equidad del acceso a los servicios.

La conceptualización del tiempo de espera ha evolucionado hacia un enfoque integral que incorpora expectativas, experiencias y desempeño institucional. La variedad de métodos empleados en su estudio resalta la necesidad de abordajes interdisciplinarios que permitan comprender sus múltiples determinantes.

#### **2.2.2.2. Dimensiones del tiempo de espera en salud**

El tiempo de espera en salud comprende dimensiones cuantitativas y cualitativas que reflejan su naturaleza compleja. No es un concepto unidimensional, sino un constructo integrado por componentes asistenciales, sociales, psicológicos y éticos, cuyo impacto se manifiesta en distintos niveles del sistema sanitario (35).

Una de las dimensiones más analizadas es la clínica, referida al intervalo entre la llegada del paciente y el inicio de la atención médica. Este componente directamente se relaciona con la satisfacción del usuario y la percepción de eficiencia institucional (36). Otro aspecto relevante es el tiempo destinado a la obtención de resultados diagnósticos. Aunque suele subestimarse, su prolongación genera incertidumbre y ansiedad, afectando la evaluación global del servicio recibido.

Además, el tiempo de espera varía según características sociodemográficas. Estudios han evidenciado que en zonas con menor acceso a recursos, la demora en la atención es mayor, lo que revela desigualdades estructurales según la ubicación geográfica y el nivel socioeconómico del

paciente (37). Esto demanda estrategias que promuevan equidad en el acceso a los servicios, ajustadas a contextos territoriales específicos.

Desde una perspectiva subjetiva, la percepción de la espera está influida por el entorno físico, la calidad de la comunicación del personal y el estado emocional del paciente. Estas condiciones modifican la valoración del tiempo transcurrido, generando mayor o menor satisfacción independientemente de la duración objetiva de la espera (38).

A ello se añade una dimensión ética vinculada con la asignación equitativa del tiempo y los recursos. En escenarios con alta demanda, la organización de la atención debe garantizar justicia distributiva, evitando que la eficiencia comprometa la equidad en el acceso (39).

El tiempo de espera constituye un fenómeno multidimensional que integra factores operativos, perceptuales, sociales y éticos. Su análisis requiere un enfoque integral que oriente la toma de decisiones hacia una atención más eficiente, equitativa y centrada en el usuario.

### **2.2.3. Satisfacción del paciente**

#### **2.2.3.1. Concepto de satisfacción del paciente**

La satisfacción del paciente es un componente fundamental en la evaluación de la calidad en salud y se reconoce como un indicador clave del desempeño institucional (40). No se limita a una valoración positiva del servicio recibido, sino que constituye un fenómeno complejo condicionado por factores individuales, sociales y contextuales.

Se entiende como una apreciación subjetiva resultante del contraste entre las expectativas del usuario y su experiencia concreta dentro del sistema de atención médica (41). Estas expectativas están influenciadas por variables como antecedentes personales con servicios de

salud, creencias culturales y percepciones individuales sobre lo que representa una atención adecuada.

Existe divergencia en la literatura sobre su naturaleza. Algunos autores sostienen que puede abordarse como una variable unidimensional; sin embargo, enfoques más recientes la conciben como un constructo multidimensional que incluye componentes diferenciados como comunicación entre el personal de salud, tiempo de espera y manejo del dolor, entre otros (42). Esta diferenciación es relevante, ya que cada dimensión puede requerir estrategias de intervención específicas.

Además, la satisfacción no es estática. Cambia con el tiempo según el estado clínico del paciente, la calidad del vínculo con los profesionales de salud y la información que recibe sobre su condición. Por tanto, una medición aislada puede no representar adecuadamente la experiencia integral del usuario (43).

Si bien se ha establecido una relación positiva entre satisfacción y calidad asistencial, esta no siempre se traduce en mejores resultados clínicos. En algunos casos, altos niveles de satisfacción no implican efectividad terapéutica, lo que obliga a interpretar este indicador de manera crítica.

#### **2.2.3.2. Características de la satisfacción del paciente**

La satisfacción en el paciente constituye un constructo multifactorial que incluye componentes objetivos y subjetivos. La comunicación con el personal de salud se reconoce como un determinante clave en la percepción del servicio. De igual forma, el tiempo de espera influye significativamente en la evaluación del usuario. Sin embargo, más que la duración exacta, lo que condiciona el nivel de satisfacción es cómo el paciente percibe dicho tiempo (44). En

consecuencia, aun cuando la atención clínica sea adecuada, esperas prolongadas pueden generar una valoración negativa del servicio.

La relación entre satisfacción y resultados clínicos no siempre es lineal. Se han documentado casos en los que altos niveles de satisfacción se asociaron con mayores costos asistenciales o incluso con peores desenlaces en salud, incluyendo incrementos en la mortalidad (45). Esto pone en cuestión la idea de que una mayor satisfacción implica automáticamente mejor calidad, y destaca la necesidad de evaluar este indicador con criterio crítico y contextualizado.

Otro componente esencial es el rol de las expectativas previas. La satisfacción resulta de la comparación entre lo que el paciente espera y lo que efectivamente experimenta. Si las expectativas superan la calidad percibida, la satisfacción disminuye, incluso cuando el servicio cumple con estándares aceptables (46).

Además, el contexto sociocultural influye en la forma en que los pacientes expresan su nivel de satisfacción. En entornos donde la confrontación es socialmente rechazada, puede existir una tendencia a reportar experiencias positivas, aunque estas no reflejen fielmente la realidad del servicio recibido (47). Esto obliga a interpretar los resultados de satisfacción considerando las normas y valores culturales del grupo evaluado.

El entorno físico también incide en la experiencia del paciente. Factores como limpieza, señalización adecuada y accesibilidad influyen en la percepción general del servicio. Estas condiciones materiales, junto con aspectos subjetivos como la empatía del personal y la claridad en la información, conforman un conjunto de variables que determinan la satisfacción.

### **2.2.3.3. Modelos de satisfacción del paciente**

Diversos modelos teóricos han sido desarrollados para explicar la satisfacción del paciente desde perspectivas complementarias. Uno de los más reconocidos es el modelo SERVQUAL, formulado por Parasuraman et al., que sostiene que la percepción del servicio depende de la diferencia entre las expectativas del usuario y su experiencia real durante la atención (48). Aunque se ha señalado que prioriza la calidad del servicio percibido sobre los resultados clínicos, continúa siendo una herramienta ampliamente empleada en estudios de satisfacción.

Otra propuesta destacada es el modelo de Donabedian, que estructura la evaluación del cuidado en tres componentes: estructura, proceso y resultados. Esta clasificación permite analizar el funcionamiento del sistema sanitario desde una perspectiva institucional y planificar mejoras basadas en evidencias (49). No obstante, su implementación en escenarios clínicos ha generado discusión, especialmente por las limitaciones de SERVQUAL al ser aplicado en contextos sanitarios, dado que fue concebido originalmente para entornos comerciales (50).

Además, la aplicabilidad de estos modelos se ha puesto en cuestión debido a su escasa adaptación a las particularidades socioculturales de distintas poblaciones. Esto ha impulsado el desarrollo de enfoques más centrados en la experiencia del usuario, como el Modelo de Participación del Paciente. Este modelo destaca la importancia de la implicación activa del paciente sobre la toma de decisiones de su tratamiento, promoviendo una atención personalizada y colaborativa (51).

Cada modelo aporta elementos útiles para comprender y evaluar la satisfacción, pero también presenta limitaciones contextuales y conceptuales. Frente a la creciente complejidad de los sistemas de salud y la diversidad de usuarios, se hace necesaria una evolución de estos marcos

teóricos que incorpore nuevas variables y permita una valoración más ajustada a las realidades actuales de la atención médica.

#### **2.2.3.4. Dimensiones de la satisfacción del paciente**

La satisfacción del paciente se configura a partir de diversas dimensiones que, de forma conjunta o individual, determinan su percepción sobre la atención recibida. Entre los factores más relevantes se encuentran la calidad asistencial, la relación con el equipo de salud, el tiempo de espera y las condiciones del entorno físico del establecimiento (55). La identificación y análisis de estas dimensiones permiten desarrollar intervenciones orientadas a mejorar la experiencia del usuario dentro del sistema sanitario.

La calidad de la atención ha sido tradicionalmente uno de los ejes centrales en la evaluación de la satisfacción. Elementos como competencia técnica en el personal, efectividad de tratamiento y precisión diagnóstica son decisivos en la percepción del servicio, especialmente en áreas clínicas de alta complejidad donde las expectativas del usuario son más exigentes (56,57).

La comunicación con el personal de salud también constituye una dimensión clave. Una interacción clara, empática y continua no solo incrementa los niveles de satisfacción, sino que favorece la adherencia terapéutica y mejora los resultados clínicos, en particular en pacientes con enfermedades crónicas que requieren seguimiento prolongado (58).

El tiempo de espera es otro componente relevante. Para el paciente, este no solo representa una medida de eficiencia, sino también un indicador del respeto hacia su tiempo y su condición. Estudios han mostrado que las demoras, incluso cuando se brinda atención de calidad, pueden generar percepciones negativas sobre el servicio (59).

Por último, el entorno físico del establecimiento de salud incide directamente en la experiencia del usuario. Condiciones como limpieza, señalización adecuada, organización funcional y disponibilidad de espacios confortables afectan la comodidad y el estado emocional del paciente durante su permanencia. Un ambiente cuidado contribuye a reducir el estrés y mejora la valoración global de la atención recibida.

En conjunto, estas dimensiones muestran que la satisfacción del paciente es resultado de una interacción compleja entre aspectos técnicos, humanos y ambientales. Para fortalecer este indicador, es necesario abordar cada componente desde un enfoque integral que priorice la calidad clínica y la experiencia del usuario.

#### **2.2.3.5. Modelos de gestión hospitalaria para la optimización de tiempos de espera**

Diversos modelos de gestión hospitalaria han sido aplicados para reducir los tiempos de espera y mejorar la eficiencia en la atención médica. Uno de los enfoques más difundidos es *Lean Healthcare*, que se basa en la identificación y eliminación de actividades que no generan valor, así como en la reducción de desperdicios dentro de los procesos asistenciales. La implementación de esta metodología ha demostrado eficacia en la optimización del flujo de pacientes y en el uso racional de recursos, lo que se traduce en una disminución significativa en tiempos de espera y una mejora en la satisfacción del usuario (28,29).

Otro modelo consolidado es el *Triage estructurado*, el cual organiza la atención considerando de la gravedad del caso. El Sistema de Triage de Manchester, utilizado internacionalmente, clasifica a los pacientes en cinco niveles de prioridad, lo que permite atender de forma oportuna los casos críticos sin descuidar a quienes presentan menor urgencia (30). La aplicación de este sistema ha mostrado una reducción de la saturación en los servicios de

emergencia y una mejora en la percepción del servicio por parte de los usuarios. Sin embargo, su efectividad depende de la capacitación continua del personal y de una infraestructura que facilite una clasificación rápida y precisa (31).

La transformación digital ha aportado herramientas clave para gestionar la demanda asistencial. Implementar sistemas de citas electrónicas y plataformas de monitoreo en tiempo real permite distribuir la atención de forma más equitativa, reducir aglomeraciones y optimizar los recursos disponibles (32). El uso de algoritmos predictivos y análisis de datos ha permitido mejorar la planificación de recursos humanos y materiales, disminuyendo demoras y aumentando la eficiencia operativa (33). Además, la digitalización de trámites administrativos libera tiempo del personal sanitario, favoreciendo su dedicación a la atención clínica (34).

Asimismo, el modelo de atención centrado en el paciente ha cobrado relevancia como estrategia para gestionar la espera desde una perspectiva más humana. Este enfoque promueve la comunicación clara sobre los tiempos estimados, establece expectativas realistas y prioriza el acompañamiento emocional del usuario (35). La percepción de la espera no depende exclusivamente de su duración, sino también de las condiciones en que ocurre. Estrategias como la información oportuna, el trato empático y la personalización del servicio han demostrado reducir la ansiedad del paciente y mejorar su evaluación del sistema (36,37).

En conjunto, estos modelos evidencian que la reducción del tiempo de espera requiere una combinación de eficiencia operativa, innovación tecnológica y enfoque humanizado. La implementación integrada de estas estrategias resulta clave para mejorar la experiencia del usuario y garantizar una atención oportuna y equitativa en contextos de alta demanda.

### **2.2.3.6. Factores psicológicos y sociales que influyen en la percepción del tiempo de espera en pacientes**

La percepción del tiempo de espera en los servicios de salud no se explica únicamente por su duración objetiva, sino también por factores psicológicos que condicionan la experiencia del paciente. Según la teoría de la justicia en la espera, planteada por Durrande-Moreau, la equidad en la asignación del tiempo influye significativamente en la satisfacción del usuario (32). Pacientes que reciben explicaciones claras y perciben un trato justo tienden a valorar mejor el servicio, incluso ante demoras prolongadas. En cambio, la ausencia de información y la sensación de abandono generan malestar, ansiedad y una percepción exagerada del tiempo transcurrido (33).

El estado emocional también desempeña un papel clave. La ansiedad y el estrés intensifican la percepción del tiempo, haciendo que las esperas parezcan más largas. Estudios han demostrado que los pacientes con mayor angustia subjetiva tienden a sobreestimar la duración de la espera respecto a quienes se encuentran emocionalmente estables (36). Estrategias como proporcionar información relevante, disponer de salas cómodas o incorporar elementos de distracción pueden reducir esa percepción negativa, mitigando la sensación de tiempo perdido (38). Intervenciones enfocadas en mejorar el entorno físico y comunicacional han mostrado efectos positivos en la experiencia del usuario (39).

Desde el plano social, las expectativas también condicionan la evaluación del tiempo de espera. En contextos donde los servicios de salud son ágiles y accesibles, los pacientes suelen mostrar menor tolerancia ante cualquier demora. En cambio, en sistemas con limitaciones estructurales, las esperas prolongadas son asumidas como parte del proceso, lo cual modula la percepción del tiempo (41). Asimismo, las normas culturales influyen en esta experiencia: en algunas sociedades, la puntualidad es un valor fundamental, mientras que en otras la espera se

asocia a prácticas habituales dentro del sistema de atención (42). Estas diferencias obligan a contextualizar las estrategias de gestión según las características socioculturales de la población atendida.

El nivel socioeconómico y educativo también impacta en esta percepción. Pacientes con menor acceso a información sobre el funcionamiento del sistema pueden sentirse más confundidos o frustrados durante la espera (43). Además, quienes tienen empleos con horarios inflexibles pueden percibir la demora como una pérdida de productividad, incrementando su nivel de insatisfacción (44). Estos factores justifican la necesidad de implementar sistemas informativos claros y accesibles, así como mecanismos que reduzcan la incertidumbre sobre los tiempos de atención, contribuyendo a una experiencia más positiva del paciente (45).

#### **2.2.3.7. Percepción del tiempo de espera en la adherencia al tratamiento médico**

La percepción del tiempo de espera tiene un impacto directo sobre la adherencia terapéutica. Cuando el usuario experimenta demoras prolongadas o una atención percibida como ineficiente, su confianza en el sistema de salud se ve afectada. Esta desmotivación puede traducirse en la interrupción del tratamiento o en prácticas inadecuadas como la automedicación (41). Una espera excesiva tiende a generar la impresión de desorganización institucional o desinterés del personal, lo que reduce la disposición del paciente a seguir las recomendaciones clínicas (42).

La adherencia no depende exclusivamente de factores médicos. También está influida por la experiencia integral del paciente dentro del sistema sanitario. Estudios han señalado que una atención oportuna, acompañada de información clara y trato adecuado, incrementa la probabilidad de que el paciente cumpla con las indicaciones terapéuticas (43). En cambio, la falta de

comunicación sobre los tiempos de atención y los procedimientos a seguir suele percibirse como negligencia, afectando negativamente el vínculo con el equipo de salud (44).

El efecto de los tiempos de espera es aún más crítico en pacientes con enfermedades crónicas. La continuidad del tratamiento es esencial para evitar recaídas o complicaciones. No obstante, cuando existen barreras de acceso como demoras frecuentes en consultas o procedimientos, los pacientes pueden abandonar el seguimiento médico, con el consecuente deterioro clínico (45). En condiciones como la diabetes o la hipertensión, este abandono puede derivar en eventos adversos y hospitalizaciones evitables (46).

Asimismo, la gestión inadecuada del tiempo de espera puede debilitar la percepción general sobre el sistema sanitario. Estrategias como la mejora en la programación de citas, la organización de turnos y la provisión de información anticipada son medidas efectivas para reducir la frustración del usuario (47). Cuando el paciente comprende los tiempos estimados y la importancia del tratamiento, su disposición a colaborar con el proceso asistencial mejora. Por ello, garantizar tiempos de espera razonables y una experiencia informada y empática es esencial para fortalecer la adherencia terapéutica y optimizar los resultados en salud (48).

#### **2.2.3.8. Estrategias de comunicación para mitigar la percepción negativa del tiempo de espera en salud**

La percepción del tiempo de espera está fuertemente influenciada por la calidad de la comunicación entre el sistema sanitario y paciente. Cuando la información acerca de la duración estimada y el motivo de la demora es clara y oportuna, los niveles de ansiedad disminuyen y aumenta la tolerancia del usuario ante la espera (32). Esta transparencia informativa no solo mejora la experiencia inmediata, sino que refuerza la confianza en la institución sanitaria. Por tanto,

estrategias como actualizaciones periódicas y explicaciones concretas sobre el proceso de atención contribuyen a reducir la percepción negativa del servicio (33).

El uso de tecnologías de la información ha cambiado la forma cómo se comunica el estado de atención. Sistemas digitales en tiempo real, como pantallas en salas de espera, notificaciones móviles y mensajes automatizados, permiten mantener informados a los pacientes sobre su turno y el progreso del proceso asistencial. Estas herramientas han mostrado efectos positivos en la satisfacción del usuario, al reducir la incertidumbre y mejorar la organización del flujo de pacientes (34,35).

La dimensión humana también es fundamental. La interacción empática del personal sanitario influye directamente en la valoración de la espera. Actitudes como la cortesía, la escucha activa y el reconocimiento del malestar del paciente pueden generar una percepción más favorable, incluso si el tiempo de espera es prolongado (36,37). Asimismo, proporcionar explicaciones comprensibles sobre los procedimientos refuerza el sentido de acompañamiento, disminuye la sensación de abandono y aumenta la satisfacción general.

Además, la comunicación efectiva debe adaptarse al contexto sociocultural. En algunos entornos, la falta de información es percibida como una mayor deficiencia que el propio tiempo de espera. Por ello, implementar protocolos estandarizados de información, diseñados para contextos diversos, y capacitar al personal en habilidades comunicativas, resulta esencial para mitigar la percepción negativa del servicio (38). Estas acciones no solo impactan en la experiencia individual del usuario, sino que también fortalecen la eficiencia global de la gestión hospitalaria y la equidad en la atención (39).

#### **2.2.4. Relación entre calidad percibida y recompensas cognitivas del usuario**

La calidad percibida ha sido tradicionalmente abordada desde un enfoque técnico, centrado en la eficacia clínica, los procesos asistenciales y la seguridad del paciente. No obstante, esta perspectiva ha sido ampliada por modelos que integran elementos subjetivos, como la teoría de las recompensas cognitivas propuesta por Linder. Esta autora sostiene que la percepción de calidad incluye el grado en que el paciente se siente comprendido, valorado y emocionalmente contenido durante la atención médica (41). En este sentido, la calidad no se reduce a la precisión diagnóstica o la efectividad terapéutica, sino que incorpora aspectos relacionales que configuran la experiencia del usuario en el entorno hospitalario.

En situaciones de espera, la interacción entre paciente y sistema de salud se convierte en una oportunidad para generar o deteriorar estas recompensas cognitivas. Por ejemplo, un tiempo de espera prolongado, acompañado de falta de información o desinterés percibido por parte del personal, puede interpretarse como una señal de desvalorización, lo que afecta negativamente la percepción del servicio. En cambio, la atención empática, la explicación clara de los procedimientos y la validación emocional del malestar experimentado durante la espera fortalecen la percepción de que el sistema se preocupa por el paciente como persona, no solo como caso clínico. Esto resulta determinante en contextos de alta carga emocional, como las salas de emergencia.

El enfoque de Linder propone que la satisfacción del usuario está mediada por la congruencia entre sus expectativas individuales y las recompensas obtenidas durante la atención, las cuales incluyen tanto elementos tangibles (tratamiento, diagnóstico, infraestructura) como intangibles (trato, comunicación, contención). De este modo, una intervención médica técnicamente correcta puede ser mal valorada si no genera estas recompensas subjetivas, mientras que una atención limitada en recursos, pero percibida como humana y respetuosa, puede alcanzar

altos niveles de satisfacción. En este contexto, el tiempo de espera no es solo una variable logística, sino una experiencia emocional que modula la construcción del juicio sobre la calidad del servicio.

Incorporar esta visión en la gestión hospitalaria implica reconocer que cada contacto del paciente con el sistema de salud es una oportunidad para construir confianza o generar rechazo. Las recompensas cognitivas operan como reforzadores positivos cuando el paciente siente que ha sido escuchado y que su presencia importa. Por ello, estrategias centradas en mejorar la comunicación, promover la atención empática y garantizar un entorno físico acogedor, incluso en situaciones de espera, resultan esenciales. De esta forma, se amplía el concepto de calidad hacia una dimensión más integral, donde la experiencia subjetiva del paciente se considera un indicador legítimo de la efectividad del sistema sanitario.

### **2.2.5. Expectativas normativas y su impacto en la evaluación del servicio**

Las expectativas normativas constituyen un marco conceptual útil para comprender cómo los pacientes valoran los servicios de salud. Este enfoque sostiene que las personas no solo evalúan la atención con base en experiencias pasadas o estándares comparativos, sino también en lo que consideran que "debería" ocurrir dentro de un sistema ideal (42). Estas expectativas normativas actúan como referencia interna, moldeada por valores culturales, discursos institucionales, información socialmente disponible y aspiraciones individuales. Cuando el servicio percibido no se ajusta a ese estándar ideal, aun si la atención fue técnicamente adecuada, el resultado evaluativo puede ser negativo.

Este marco explica por qué algunos usuarios manifiestan insatisfacción incluso cuando reciben atención en tiempos razonables o con resultados clínicos exitosos. Si, por ejemplo, consideran que el sistema debe garantizar inmediatez o trato personalizado en todo momento,

cualquier desviación de esa expectativa será interpretada como una deficiencia. Este fenómeno es especialmente relevante en servicios de emergencia, donde la expectativa de atención inmediata es alta y, en ocasiones, poco compatible con la realidad operativa del hospital. En tales casos, el desfase entre lo esperado normativamente y lo vivido genera una percepción de incumplimiento, deteriorando la imagen del servicio y la disposición del usuario a confiar nuevamente en él.

Además, estas expectativas no son homogéneas en la población. Grupos con mayor nivel educativo o experiencia previa en sistemas de salud privados tienden a tener expectativas más altas en cuanto a eficiencia, comunicación y trato personalizado. En contraste, sectores con menos acceso a información o con experiencia en servicios públicos con limitaciones estructurales pueden establecer estándares más bajos, lo que condiciona su nivel de tolerancia ante las demoras o deficiencias. Esta variabilidad plantea un reto importante para los gestores de servicios de salud, ya que exige estrategias diferenciadas de comunicación y atención, ajustadas a las expectativas normativas del grupo atendido.

Por tanto, integrar las expectativas normativas como dimensión analítica permite enriquecer la interpretación de los resultados de satisfacción del usuario. No basta con medir los tiempos de atención o los indicadores clínicos; es necesario comprender el estándar ideal que guía el juicio del paciente. Solo así se podrá intervenir de manera efectiva en la brecha entre lo esperado y lo recibido. Esta perspectiva, además, aporta elementos clave para el diseño de estrategias de gestión orientadas no solo a mejorar los procesos internos, sino también a gestionar las expectativas mediante información clara, realista y culturalmente pertinente.

#### **2.2.6. Modelo de brechas de calidad en servicios de salud**

El modelo sobre brechas de calidad, desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry, proporciona un marco estructurado para analizar las discrepancias entre las expectativas del paciente y el servicio realmente recibido. Este modelo identifica cinco brechas fundamentales que, de estar presentes, deterioran la percepción de calidad: la brecha entre las expectativas del usuario y la percepción de la administración, entre esa percepción y el diseño del servicio, entre el diseño y la ejecución, entre la promesa comunicada y la entrega real, y entre la expectativa inicial del paciente y su percepción final (48). Su aplicación en el ámbito sanitario permite identificar de forma sistemática los puntos críticos que afectan la satisfacción del paciente.

La primera brecha, entre lo que el usuario aguarda y lo que los gestores del servicio creen que espera, es común en sistemas saturados, donde la demanda supera la capacidad de respuesta. Esta desalineación inicial condiciona negativamente la organización del servicio y afecta todas las etapas posteriores. Por ejemplo, si el personal considera que los usuarios aceptan esperas prolongadas sin molestia, puede subestimar la importancia de estrategias comunicacionales, agravando la frustración del paciente. A su vez, cuando esta percepción errónea guía el diseño de procesos, se incrementa la segunda brecha, afectando directamente la estructura operativa del servicio.

La tercera brecha, entre el diseño del servicio y su ejecución, es especialmente relevante en contextos con recursos humanos y logísticos limitados. Aunque un hospital cuente con protocolos adecuados para el triaje, la administración de tratamientos o la atención posdiagnóstica, si el número de profesionales es insuficiente o no están adecuadamente capacitados, el cumplimiento del diseño será parcial, generando una experiencia discontinua e insatisfactoria para el usuario. Esta situación suele intensificarse en áreas de emergencia, donde los márgenes de

respuesta rápida son más exigentes y los errores de implementación se perciben con mayor gravedad.

Las dos últimas brechas —la relacionada con la promesa institucional y la percepción del paciente— son determinantes en la evaluación del servicio. Cuando la información que recibe el usuario a través de canales institucionales (carteles, orientadores, personal administrativo) no se corresponde con lo que realmente experimenta, su nivel de confianza en el sistema se ve erosionado. Asimismo, la percepción negativa de un paciente puede mantenerse o incluso aumentar si no se gestiona adecuadamente la diferencia entre lo esperado y lo recibido. Por tanto, la reducción de estas brechas no solo requiere mejoras estructurales, sino también ajustes en la comunicación, supervisión y alineación estratégica del sistema de salud.

### **2.3. Formulación de hipótesis**

#### **2.3.1. Hipótesis general**

Ha: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024.

Ho: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024.

#### **2.3.2. Hipótesis específicas**

Ha<sub>1</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

- Ho<sub>1</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Ha<sub>2</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Ho<sub>2</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Ha<sub>3</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.
- Ho<sub>3</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

El estudio se desarrolló bajo un método hipotético-deductivo, el cual permitió partir de postulados teóricos generales para analizar fenómenos específicos vinculados a la atención en el servicio de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. La construcción de las hipótesis se fundamentó en la Teoría de la Calidad Percibida, así como en la Teoría de la Expectativa-Valoración, facilitando el análisis de la asociación tiempo de espera - satisfacción del usuario.

Se adoptó enfoque cuantitativo con un diseño no experimental, transversal y correlacional, lo que posibilitó la medición objetiva de las variables en un único punto temporal y sin manipulación directa de los factores en estudio. La recolección de datos se realizó mediante encuestas estructuradas aplicadas a pacientes del área de emergencia, complementadas con el análisis de fuentes secundarias, lo que proporcionó un sustento empírico robusto para examinar la intensidad y dirección del vínculo entre las variables investigadas.

### **3.2. Enfoque investigativo**

Se empleó un enfoque cuantitativo para analizar la correlación entre tiempo en espera en la atención y la percepción del servicio en la unidad de urgencia. Este método facilitó la medición objetiva de los datos, permitiendo establecer correlaciones y evaluar el impacto temporal de atención en la satisfacción de usuarios. A través de cuestionarios estructurados y herramientas estadísticas, se identificaron patrones, se cuantificó el nivel de conformidad de los pacientes y se examinaron tendencias que reflejan la calidad del servicio hospitalario (60).

### **3.3. Tipo de investigación**

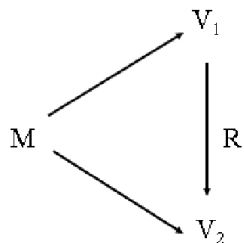
La investigación estuvo en el ámbito de la investigación aplicada, orientada a fortalecer el conocimiento sobre la correlación entre tiempo en espera en la atención y percepción del paciente. Su propósito fue comprender la dinámica entre ambas variables sin enfocarse en la resolución inmediata de problemas operativos. A través del análisis realizado, la investigación aportó a la literatura especializada sobre calidad en los servicios de salud, proporcionando una base teórica útil para futuras investigaciones dirigidas a la optimización de la gestión hospitalaria (60).

### **3.4. Diseño de la investigación**

Se utilizó un diseño observacional, transversal, descriptivo y correlacional, lo que permitió examinar las variables sin intervención directa del investigador. Este enfoque facilitó el análisis correlacional entre los tiempos en espera y satisfacción de usuario en un periodo específico dentro del área de urgencia. Al tratarse de un estudio transversal, la recopilación de data se llevó a cabo en un solo momento, ofreciendo una instantánea de la dinámica existente. Asimismo, la naturaleza correlacional permitió evaluar la intensidad y dirección del vínculo entre ambas variables, sin pretender establecer relaciones de causalidad (60).

**Figura 1**

*Diagrama del diseño de investigación*



Donde:

M : Muestra de pacientes del área de emergencia del HNHU

V<sub>1</sub> : Tiempo de espera

R : Grado de relación entre las variables

V<sub>2</sub> : Satisfacción del usuario

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

La población del estudio estuvo conformada por 170 pacientes adultos atendidos en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue (HNHU) durante el mes de marzo de 2024. La población objetivo fue específicamente de pacientes clasificados como no trauma shock, es decir, aquellos que acudieron por afecciones clínicas no quirúrgicas, que no presentaban compromiso vital inmediato, y que fueron admitidos en áreas de observación, medicina interna o triaje diferido. Esta delimitación permitió evaluar con mayor precisión los tiempos de espera antes de la primera atención, la realización de procedimientos diagnósticos y la administración de tratamientos.

Asimismo, se consideraron pacientes con capacidad cognitiva suficiente para responder el cuestionario, con estado clínico estable al momento de la encuesta, y que se mantuvieron en el área de emergencia el tiempo suficiente como para experimentar las distintas fases del proceso de atención.

Entre las características sociodemográficas comunes se identificó que la mayoría pertenecía a un nivel socioeconómico medio o bajo, residía en zonas urbanas periféricas y se encontraba afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS).

El tamaño de la muestra se calculó mediante fórmula para población finita, con nivel de confianza de 95%, margen de error de 5% y asumiendo una proporción esperada de 50%,

### **Figura 2**

*Fórmula para el cálculo de la muestra*

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

- N: Tamaño de la población (170 pacientes).
- Z: Valor crítico de la distribución normal para un nivel de confianza del 95% (Z=1.96).
- p: Proporción esperada de éxito (50% o 0.5, asumido por máxima variabilidad).
- q: Complemento de p (q=1-p=0.5).
- e: Margen de error permitido (5% o 0.05).

### Figura 3

#### *Cálculo de la muestra*

$$n = \frac{170 \cdot 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5}{0.05^2 \cdot (170 - 1) + 1.96^2 \cdot 0.5 \cdot 0.5} = 119$$

Del cálculo realizado se obtuvo como muestra 119 pacientes que acudieron a emergencia y para seleccionar los pacientes se realizó muestreo no probabilístico por conveniencia considerando los siguientes criterios de selección:

#### **Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años, atendidos en la emergencia de Hospital Nacional Hipólito Unanue
- Pacientes que otorgaron su consentimiento informado

#### **Criterios de exclusión**

- Pacientes de menos de 18 años
- Pacientes con casos de extrema gravedad que requirieron atención inmediata, imposibilitando el tiempo de espera.

### **3.6. Variables y operacionalización**

#### **Variable 1: Tiempo de espera**

**Definición operacional:** Definida como el periodo que transcurre a partir de la llegada del paciente al área de urgencia hasta la recepción de su primera atención, la realización de procedimientos diagnósticos y la administración de tratamientos. Su medición se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado con una escala de Likert de cinco puntos. La puntuación obtenida se

categorizó en tres niveles: bajo tiempo de espera (30 a 70 puntos), tiempo de espera regular (71 a 110 puntos) y alto tiempo de espera (111 a 150 puntos).

**Variable 2: Satisfacción del usuario**

**Definición operacional:** Corresponde al grado de satisfacción percibido por los pacientes del área de emergencia, considerando indicadores clave como la calidad en la atención, la comunicación e información recibida, el trato y la empatía del personal de salud. Se evaluó mediante un cuestionario en base a escala Likert de cinco puntos. La clasificación de los puntajes se estableció en tres niveles: baja satisfacción (30 - 70 puntos), satisfacción regular (71 - 110 puntos) y alta satisfacción (111 - 150 puntos).

### Matriz de operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable 1 Tiempo de espera	El tiempo de espera se refiere al intervalo de tiempo que transcurre desde que un paciente llega al área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue hasta que recibe la atención médica o el tratamiento necesario para abordar su condición médica urgente (28).	Refiere a la cantidad de tiempo que debe esperar un paciente del área de emergencia para recibir su primera atención, procedimientos diagnósticos, y administración de tratamientos. Medido a través de un cuestionario con escala de Likert de cinco puntos.	Tiempo de espera hasta la primera atención médica	Tiempo promedio desde la llegada del paciente hasta la atención médica.	Escala ordinal  Muy bajo (1pts.) Bajo (2 pts.) Regular (3 pts.) Alto (4 pts.) Muy Alto (5 pts.)	Bajo tiempo de espera: 30 a 70 puntos  Regular tiempo de espera: 71 a 110 puntos  Alto tiempo de espera: 111 a 150 puntos
				Porcentaje de pacientes atendidos dentro de un tiempo objetivo preestablecido.		
				Distribución de los tiempos de espera hasta la primera atención médica (por ejemplo, mediana, percentiles).		
			Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos	Tiempo promedio de espera para realizar pruebas o exámenes de diagnóstico.		
				Porcentaje de pacientes que recibieron los procedimientos diagnósticos dentro de un tiempo objetivo.		
				Distribución de los tiempos de espera para los procedimientos diagnósticos (por ejemplo, mediana, percentiles).		
			Tiempo de espera para la administración de tratamientos	Tiempo promedio de espera para recibir los tratamientos recomendados.		
				Porcentaje de pacientes que recibieron los tratamientos dentro de un tiempo objetivo.		
				Distribución de los tiempos de espera para la administración de tratamientos (por ejemplo, mediana, percentiles).		

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa	
Variable 2 Satisfacción del usuario	La satisfacción del usuario se refiere al grado de conformidad, gratificación y percepción positiva que experimenta un paciente en relación con la atención médica y los servicios recibidos en el área de emergencia de un hospital. Incluye la evaluación subjetiva de factores como la calidad de la atención, la comunicación efectiva, el trato humano, la comprensión de la información proporcionada y la percepción general de la experiencia en el área de emergencia (41).	Refiere al nivel de satisfacción que tiene el paciente o usuario del área de emergencia en función a indicadores sobre la Calidad de la atención, Comunicación e información, y Trato y empatía. Medido a través de un cuestionario con escala de Likert de 5 puntos.	Calidad de la atención	Percepción del paciente sobre la competencia y habilidades del personal médico y de enfermería.	Escala ordinal	Bajo satisfacción: 30 a 70 puntos  Regular satisfacción: 71 a 110 puntos  Alta satisfacción: 111 a 150 puntos	
				Evaluación del paciente sobre la efectividad de los tratamientos y procedimientos realizados.			
				Valoración de la limpieza y el orden en el área de emergencia.			
			Comunicación e información	Grado de satisfacción del paciente con la información proporcionada sobre su condición de salud y los procedimientos médicos.			Muy insatisfecho
				Evaluación de la claridad de las explicaciones y las instrucciones recibidas.			Insatisfecho
				Percepción del paciente sobre la disponibilidad y accesibilidad de la información durante su atención en el área de emergencia.			Neutral
			Trato y empatía	Percepción del paciente sobre el respeto y la amabilidad recibida por parte del personal de salud.			Satisfecho
				Evaluación de la escucha activa y la atención prestada a las necesidades y preocupaciones del paciente.			Muy satisfecho
				Valoración de la sensibilidad y la comprensión mostrada por el personal de salud hacia las emociones y situaciones del paciente.			

### 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

#### 3.7.1. Técnica

El estudio utilizó la encuesta como técnica para recolectar datos, por su eficacia de cara a obtener información específica y cuantificable de los usuarios del área de emergencia del HNHU. Mediante un cuestionario estructurado, se evaluó la satisfacción del usuario acerca de los tiempos en espera y demás aspectos relevantes de su experiencia. Este método, caracterizado por su estandarización, flexibilidad y coste-efectividad, permitió recopilar datos de manera eficiente y en un tiempo breve, proporcionando información cuantitativa esencial para el análisis estadístico y la objetiva evaluación de la asociación entre tiempo de espera y satisfacción en el usuario.

#### 3.7.2. Descripción

Para el presente estudio se utilizó dos instrumentos de diseño propio: el cuestionario sobre tiempo de esperar en el área de emergencia y el cuestionario de satisfacción del usuario en el área de emergencia.

**Tabla 1**

*Ficha técnica del instrumento 1: Cuestionario sobre tiempo de espera en el área de emergencia*

<b>Aspecto</b>	<b>Detalle</b>
<b>Población</b>	Pacientes del área de emergencia del HNHU durante el mes enero 2024.
<b>Tiempo</b>	Validación realizada en un periodo de 2 meses.
<b>Momento</b>	Los pacientes completaron el cuestionario después de recibir la atención médica en el área de emergencia.
<b>Lugar</b>	HNHU, específicamente en la sala de espera y áreas adyacentes a la emergencia.
<b>Validez</b>	Juicio de expertos (panel de especialistas en Ciencias de la Salud)

Aspecto	Detalle
<b>Fiabilidad</b>	Alfa de Cronbach = 0.85
<b>Tiempo de llenado</b>	Aproximadamente 10-15 minutos.
<b>Número de ítems</b>	30 ítems.
<b>Dimensiones</b>	Tiempo de espera hasta la primera atención médica (1-9)
	Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos (10-18)
	Tiempo de espera para la administración de tratamientos (19-30)
<b>Alternativas de respuesta</b>	Muy bajo (1), Bajo (2), Regular (3), Alto (4), Muy Alto (5)
<b>Baremo</b>	Bajo tiempo de espera: 30 a 70 puntos
	Regular tiempo de espera: 71 a 110 puntos
	Alto tiempo de espera: 111 a 150 puntos

**Tabla 2**

*Ficha técnica del instrumento 2: Cuestionario de satisfacción del usuario en el área de emergencia*

Aspecto	Detalle
<b>Población</b>	Pacientes del área de emergencia del HNHU durante mes de enero 2024.
<b>Tiempo</b>	Validación realizada en un periodo de 2 meses.
<b>Momento</b>	Los pacientes completaron el cuestionario después de recibir la atención médica en el área de emergencia.
<b>Lugar</b>	HNHU, específicamente en la sala de espera y áreas adyacentes a la emergencia.
<b>Validez</b>	Juicio de expertos (panel de especialistas en Ciencias de la Salud), análisis factorial exploratorio.
<b>Fiabilidad</b>	Alfa de Cronbach = 0.88
<b>Tiempo de llenado</b>	Aproximadamente 10-15 minutos.
<b>Número de ítems</b>	30 ítems.

---

	Calidad de la atención (1-6)
<b>Dimensiones</b>	Comunicación e información (7-16)
	Trato y empatía (17-30)
<b>Alternativas de respuesta</b>	Muy insatisfecho (1), Insatisfecho (2), Neutral (3), Satisfecho (4), Muy satisfecho (5)
	Bajo satisfacción: 30 a 70 puntos
<b>Baremo</b>	Regular satisfacción: 71 a 110 puntos
	Alta satisfacción: 111 a 150 puntos

---

### 3.7.3. Validación

La validación del cuestionario sobre los cuestionarios sobre tiempo de espera y satisfacción del usuario dentro del área de emergencia se realizó mediante el análisis de un panel de especialistas en Ciencias de la Salud. Se analizaron cada una de las preguntas y se analizó el constructo de cada una de estas (véase el anexo 3).

**Tabla 3**

*Validación de instrumentos a través de juicio de expertos*

---

<b>Experto</b>	<b>Tiempo de espera</b>	<b>Satisfacción del usuario</b>
Dra. Rosa Ambulay Grados	Tiene aplicabilidad	Tiene aplicabilidad
Dr. Marat Arturo Machado Diez	Tiene aplicabilidad	Tiene aplicabilidad
Dra. María Luz Bravo Pérez	Tiene aplicabilidad	Tiene aplicabilidad
Mag. Ana Cabello Lastanau	Tiene aplicabilidad	Tiene aplicabilidad
Mag. Charo Obando Zegarra	Tiene aplicabilidad	Tiene aplicabilidad

---

La validación fue exitosa, determinada por un consenso significativo entre los expertos reflejado en un alto coeficiente de validez de contenido. Este proceso asegura que el cuestionario es adecuado para medir los aspectos de interés con precisión y relevancia para el estudio en cuestión.

### 3.7.4. Confiabilidad

Para el cálculo en la confiabilidad se efectuó una prueba piloto en una muestra de 20 usuarios de emergencia en el mes de enero 2024, los resultados fueron:

**Tabla 4**

*Confiabilidad de los instrumentos*

<b>Instrumento</b>	<b>Alfa de Cronbach</b>
Cuestionario de tiempo de espera	0,86
Cuestionario de satisfacción del usuario	0,88

Los resultados muestran que ambos instrumentos presentan un nivel de confiabilidad alto, con un coeficiente Alfa de Cronbach que alcanzó 0,86 para el cuestionario de tiempo de espera y 0,88 para el cuestionario de satisfacción del usuario. Según Tavakol y Dennick (61), un valor de alfa igual o superior a 0,70 es considerado adecuado para garantizar la consistencia interna de una escala, mientras que valores superiores a 0,80 reflejan una confiabilidad alta. En tal sentido, los instrumentos empleados en el estudio evidencian una elevada homogeneidad entre ítems y son adecuados para medir las variables propuestas.

## 3.8. Procesamiento y análisis de datos

El tratamiento y análisis de la data se desarrolló en varias fases utilizando el software SPSS versión 27. En una etapa inicial, se estructuró la base de datos, se efectuó la depuración para corregir inconsistencias y se transformaron las variables cuantitativas en categóricas ordinales, garantizando su adecuación al enfoque estadístico seleccionado.

Para comprobar la distribución de la data, fue aplicado el test Kolmogorov-Smirnov. Dado el carácter observacional del estudio y el uso de cuestionarios con escala Likert, las variables analizadas fueron ordinales. En consecuencia, se optó por un análisis no paramétrico, empleando el coeficiente rho de Spearman, que según Siegel (2012), sirve para examinar la relación entre el tiempo de espera y la percepción del servicio. Este método permitió evaluar la dirección e intensidad del vínculo entre las variables sin asumir una distribución normal en los datos, siendo apropiado para analizar correlaciones en datos ordinales o no normalmente distribuidos (62).

Para la recolección de datos se obtuvo la autorización y aprobación del comité institucional del Hospital nacional Hipólito Unanue que se muestra en el anexo 8

### **3.9. Aspectos éticos**

El estudio se efectuó en cumplimiento estricto de las directrices éticas establecidas por la Universidad Privada Norbert Wiener. Se garantizó la privacidad y confidencialidad de la información de los participantes, quienes otorgaron su consentimiento informado tras recibir una explicación detallada sobre los objetivos del estudio y su derecho a retirarse en cualquier momento sin repercusiones (ver Anexo 6). Los datos médicos fueron protegidos mediante estrictas medidas de seguridad y utilizados exclusivamente con fines investigativos, asegurando el respeto a los principios éticos internacionales y la protección de los derechos y el bienestar de los participantes.

## CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

### 4.1. Resultados

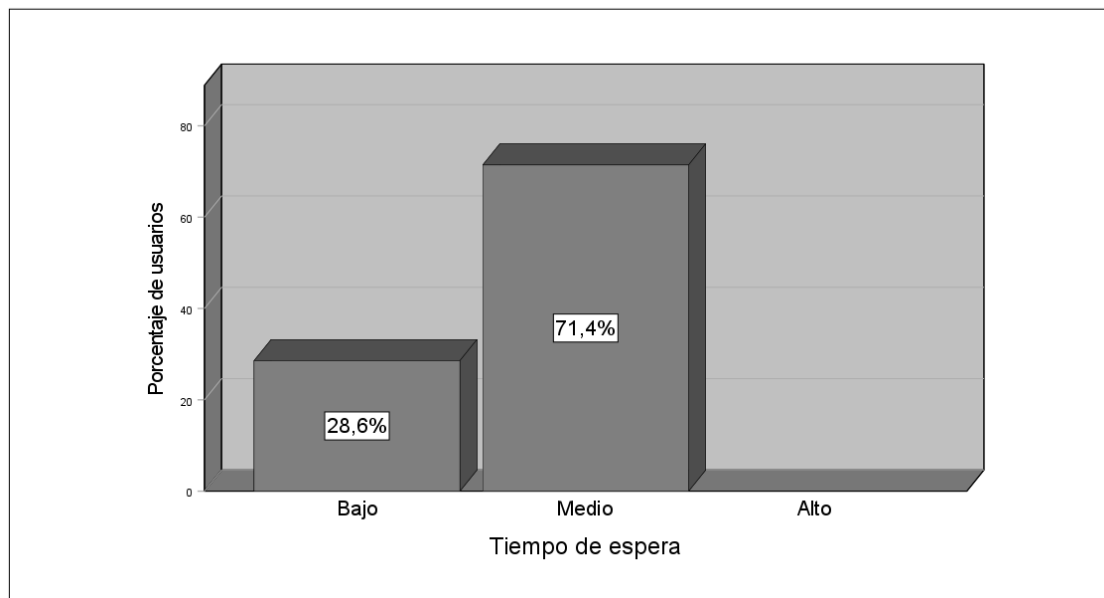
#### 4.1.1. Análisis descriptivo de resultados

En este apartado se muestran los hallazgos descriptivos obtenidos tras la recolección y análisis estadístico.

**Tabla 5**

*Tiempo de espera*

	fi	%
Bajo	34	28,6%
Medio	85	71,4%
Alto	0	0,0%
Total	119	100,0%

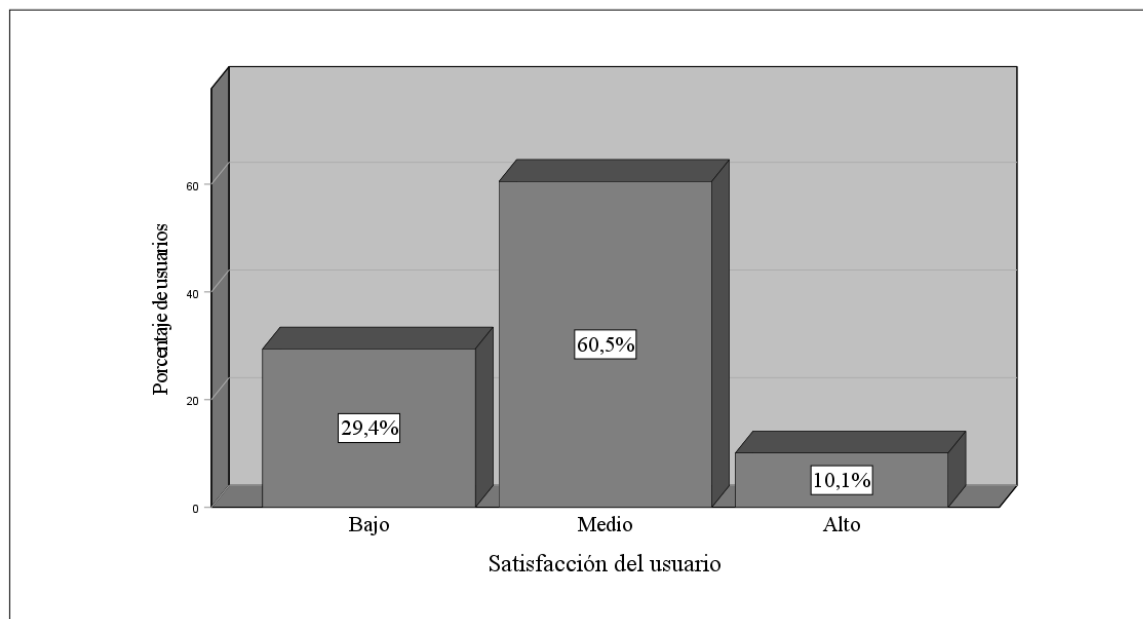
**Figura 4***Tiempo de espera*

Nota: Tabla 5.

Los datos observados en la Tabla 5 muestran que el 71,4% de usuarios del área de emergencia del HNHU reportaron un tiempo de espera clasificado como medio, mientras que el 28,6% lo calificaron como bajo, y ningún usuario indicó un tiempo de espera alto (0,0%). Esto sugiere que, aunque la mayoría de los pacientes experimentó tiempos de espera moderados, una proporción significativa percibió tiempos cortos, lo que refleja una ausencia de tiempos prolongados en el periodo evaluado según las categorías del cuestionario aplicado.

**Tabla 6***Satisfacción del usuario*

	fi	%
Satisfacción del usuario	Bajo	29,4%
	Medio	60,5%
	Alto	10,1%
	Total	119

**Figura 5***Satisfacción del usuario*

Nota: Tabla 6.

Los datos de la Tabla 5 revelan que el 60,5% de los usuarios reportaron un nivel medio de satisfacción, mientras que el 29,4% indicaron una satisfacción baja y solo el 10,1% calificaron su

satisfacción como alta. Estos resultados reflejan que, aunque la mayoría percibió una satisfacción moderada, una proporción considerable manifestó insatisfacción, lo que destaca áreas de oportunidad para optimizar la calidad en el servicio, así como la experiencia del usuario dentro del contexto evaluado.

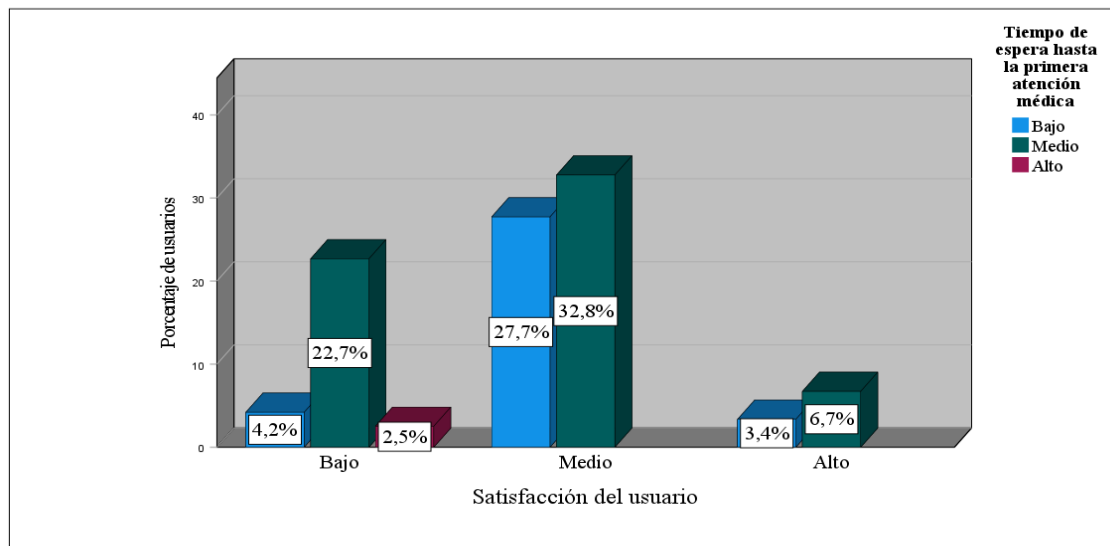
**Tabla 7**

*Tiempo de espera hasta la primera atención médica y satisfacción del usuario*

		Satisfacción del usuario			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Tiempo de espera hasta la primera atención médica	Bajo	fi	5	33	4	42
		%	4,2%	27,7%	3,4%	35,3%
	Medio	fi	27	39	8	74
		%	22,7%	32,8%	6,7%	62,2%
	Alto	fi	3	0	0	3
		%	2,5%	0,0%	0,0%	2,5%
Total	fi	35	72	12	119	
	%	29,4%	60,5%	10,1%	100,0%	

**Figura 6**

*Tiempo de espera hasta la primera atención médica y satisfacción del usuario*

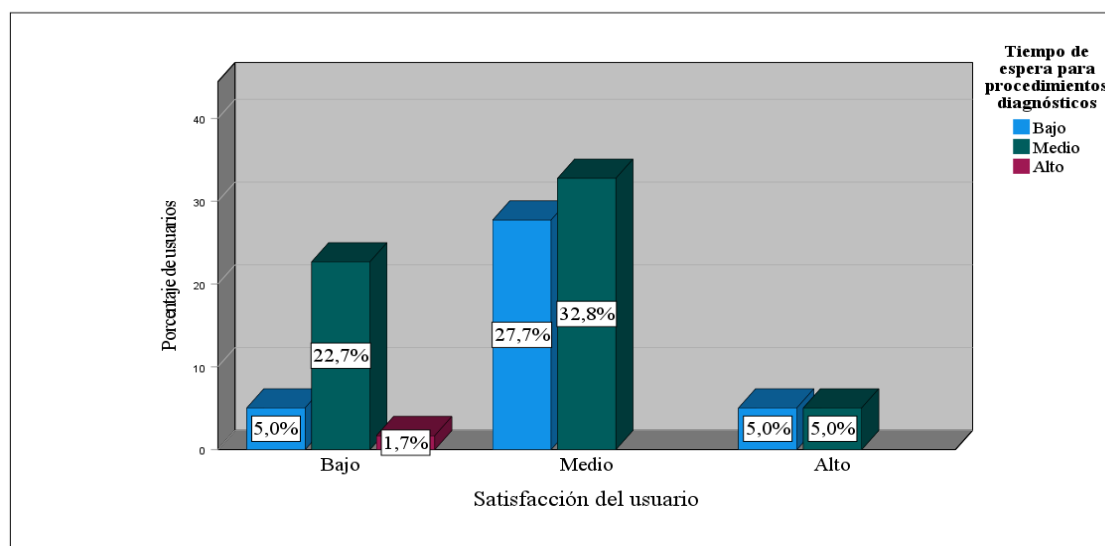


Nota: Tabla 7.

La Tabla 7 muestra que los pacientes con tiempos de espera bajos reportaron mayoritariamente satisfacción media (27,7%), mientras que una pequeña proporción expresó satisfacción baja (4,2%) o alta (3,4%). En contraste, aquellos con tiempos de espera medios presentaron un predominio de satisfacción media (32,8%), aunque un 22,7% indicó insatisfacción y un 6,7% manifestó satisfacción alta. Por otro lado, los tiempos de espera altos representaron solo el 2,5% de los casos, con ausencia total de satisfacción media o alta, reflejando insatisfacción en este grupo. Estos datos evidencian que tiempos de espera más bajos están asociados a mejores niveles de satisfacción, mientras que los tiempos altos se relacionan exclusivamente con insatisfacción, subrayando la importancia de reducir los tiempos de espera para mejorar la experiencia del usuario.

**Tabla 8***Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos y satisfacción del usuario*

		Satisfacción del usuario			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos	Bajo	fi	6	33	6	45
		%	5,0%	27,7%	5,0%	37,8%
	Medio	fi	27	39	6	72
		%	22,7%	32,8%	5,0%	60,5%
	Alto	fi	2	0	0	2
		%	1,7%	0,0%	0,0%	1,7%
	Total	fi	35	72	12	119
		%	29,4%	60,5%	10,1%	100,0%

**Figura 7***Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos y satisfacción del usuario*

Nota: Tabla 8.

La Tabla 8 analiza los tiempos de espera bajos están asociados mayoritariamente a satisfacción media (27,7%) y, en menor medida, a satisfacción alta (5,0%) o baja (5,0%). Los tiempos de espera medios presentan un patrón similar, predominando la satisfacción media (32,8%), mientras que un 22,7% reportó insatisfacción y solo un 5,0% manifestó satisfacción alta. En contraste, los tiempos de espera altos fueron mínimos (1,7%) y exclusivamente asociados a insatisfacción, sin registros de satisfacción media o alta. Estos resultados indican que tiempos de espera bajos o medios están relacionados con mejores niveles de satisfacción, mientras que los tiempos altos impactan negativamente en la percepción del usuario, destacando la importancia de optimizar los procesos diagnósticos para mejorar la experiencia del paciente.

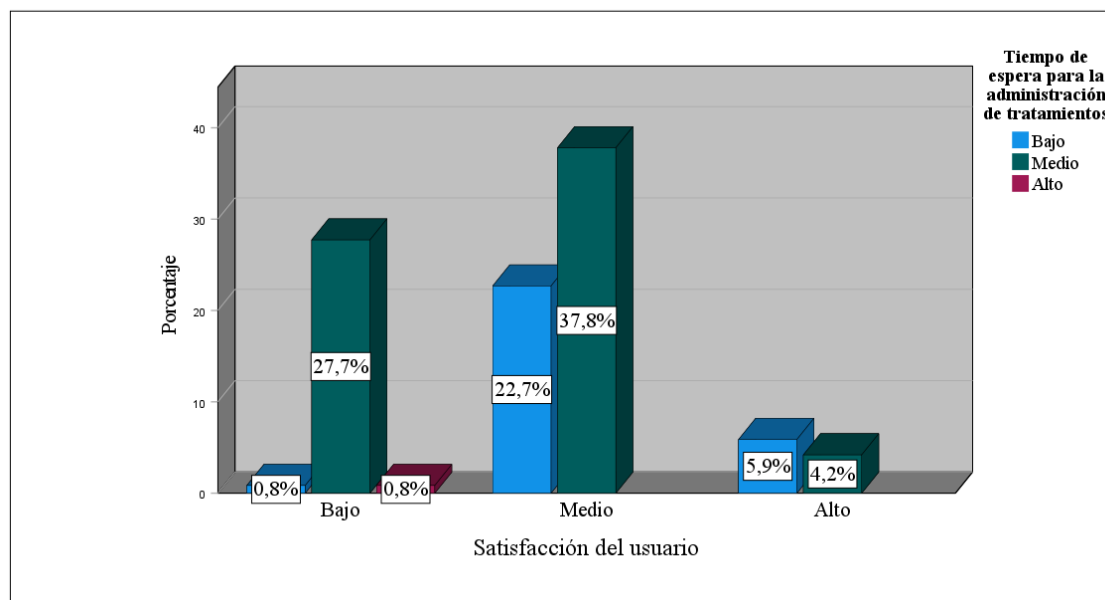
**Tabla 9**

*Tiempo de espera para la administración de tratamientos y satisfacción del usuario*

			Satisfacción del usuario			Total
			Bajo	Medio	Alto	
Tiempo de espera para la administración de tratamientos	Bajo	fi	1	27	7	35
		%	0,8%	22,7%	5,9%	29,4%
	Medio	fi	33	45	5	83
		%	27,7%	37,8%	4,2%	69,7%
	Alto	fi	1	0	0	1
		%	0,8%	0,0%	0,0%	0,8%
Total	fi	35	72	12	119	
	%	29,4%	60,5%	10,1%	100,0%	

**Figura 8**

*Tiempo de espera para la administración de tratamientos y satisfacción del usuario*



Nota: Tabla 9.

La Tabla 9 muestra que los tiempos de espera bajos se asociaron mayoritariamente a satisfacción media (22,7%) y en menor medida a satisfacción alta (5,9%) o baja (0,8%). Los tiempos medios, que constituyeron la mayoría de los casos (69,7%), se relacionaron predominantemente con satisfacción media (37,8%), seguidos por insatisfacción (27,7%) y un pequeño porcentaje con satisfacción alta (4,2%). En cuanto a los tiempos altos, fueron mínimos (0,8%) y exclusivamente asociados a insatisfacción, sin reportes de satisfacción media o alta. Estos resultados sugieren que los tiempos de espera bajos y medios generan mejores niveles de satisfacción en comparación con tiempos altos, que afectan negativamente la percepción del usuario. Esto resalta la importancia de reducir los tiempos de espera para la administración de tratamientos como estrategia para mejorar la experiencia del paciente.

## 4.1.2. Prueba de hipótesis

### 4.1.2.1. Prueba de hipótesis general

Ho: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024.

Ha: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

**Tabla 10**

*Correlación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario*

		Tiempo de espera	Satisfacción del usuario
Rho de Spearman	Tiempo de espera	1,000	-,636**
		Sig. (bilateral)	,000
		N	119
Rho de Spearman	Satisfacción del usuario	-,636**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000
		N	119

Nota: Datos analizados en SPSS versión 27.

**Toma de decisión:** La Tabla 10 presenta el análisis correlacional mediante el coeficiente rho de Spearman, el cual resultó en -0,636, indicando una correlación negativa moderada a fuerte entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario. El p-valor fue 0,000, menor al nivel de

significancia de 0,05, lo que lleva a rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_a$ . Se determinó así que un mayor tiempo de espera está asociado a una menor satisfacción en el usuario.

#### 4.1.2.2. Prueba de hipótesis específica 1

Ho<sub>1</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Ha<sub>1</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

**Tabla 11**

*Correlación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario*

		Tiempo de espera hasta la primera atención médica	Satisfacción del usuario
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	-,419**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	119	119
	Coefficiente de correlación	-,419**	1,000
Satisfacción del usuario	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	119	119

Nota: Datos analizados en SPSS versión 27.

**Toma de decisión:** La Tabla 11 presenta el análisis de correlación entre tiempo en espera hasta la atención médica primera con la satisfacción general en el usuario, lo que fue deducido mediante el coeficiente rho de Spearman, el cual fue -0,419, indicando una correlación negativa moderada entre ambas variables. El p-valor fue 0,000, menor al nivel de significancia de 0,05, lo que permite rechazar la  $H_0$  y aceptar la  $H_1$ . ello significa que los tiempos de espera prolongados para la primera atención médica se asocian con menores niveles de satisfacción general del usuario.

### 4.1.2.3. Prueba de hipótesis específica 2

Ho<sub>2</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Ha<sub>2</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

**Tabla 12**

*Correlación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario*

		Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos	Satisfacción del usuario
Rho de Spearman	Coefficiente de correlación	1,000	-,448**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	119	119
	Coefficiente de correlación	-,448**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	119	119

Nota: Datos analizados en SPSS versión 27.

**Toma de decisión:** La Tabla 12 presenta el análisis de correlación entre tiempo en espera para procedimientos diagnósticos y satisfacción del usuario, mediante el coeficiente rho de Spearman, que fue -0,448, indicando una correlación negativa moderada entre ambas variables. El p-valor fue 0,000, menor al nivel de significancia de 0,05, por lo que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_2$ . Se confirma así que los tiempos de espera prolongados para los procedimientos diagnósticos se asocian con menores niveles de satisfacción del usuario.

#### 4.1.2.4. Prueba de hipótesis específica 3

Ho<sub>3</sub>: No existe correlación significativa entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Ha<sub>3</sub>: Existe correlación significativa entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.

Nivel de significancia: 0,05

Estadístico de prueba: Rho de Spearman

**Tabla 13**

*Correlación entre el tiempo de espera para administración de tratamientos y la satisfacción del usuario*

			Tiempo de espera para la administración de tratamientos	Satisfacción del usuario
Rho de Spearman	Tiempo de espera para la administración de tratamientos	Coefficiente de correlación	1,000	-,581**
		Sig. (bilateral)	.	,000
		N	119	119
	Satisfacción del usuario	Coefficiente de correlación	-,581**	1,000
		Sig. (bilateral)	,000	.
		N	119	119

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Nota: Datos analizados en SPSS versión 27.

**Toma de decisión:** La Tabla 13 presenta el análisis de correlación entre tiempo de espera para administración de tratamientos y satisfacción en el usuario, hecho mediante el coeficiente rho de Spearman, que dio como resultado -0,581, indicando una correlación negativa, entre moderada y fuerte entre ambas variables. El p-valor fue 0,000, menor al nivel de significancia de 0,05, por lo que se rechaza la  $H_0$  y se acepta la  $H_3$ . De ese modo se tiene que los tiempos de espera prolongados para la administración de tratamientos se asocian con menores niveles de satisfacción del usuario.

### 4.1.3. Discusión de resultados

El análisis descriptivo mostró que el 71,4% de los pacientes reportaron tiempos de espera clasificados como medios, mientras que un 28,6% los calificaron como bajos; no se registraron tiempos altos. En cuanto a la satisfacción del usuario, el 60,5% mostró una satisfacción media, el 29,4% una satisfacción baja, y solo el 10,1% reportó una satisfacción alta. Estas tendencias sugieren que, aunque la mayoría experimentó niveles moderados de satisfacción, existe un porcentaje significativo de usuarios insatisfechos.

Estos hallazgos se alinean parcialmente con los reportados por Alrajhi et al. (18) y Murillo et al. (24), quienes también identificaron niveles mayoritarios de satisfacción moderada, pero con una proporción superior de satisfacción alta en algunos contextos. Por otro lado, Spechbach et al. (20) resaltaron que la percepción de tiempo en espera presenta influencia de la comunicación y la atención percibida, lo que podría explicar la diferencia en los niveles de satisfacción alta observados en este estudio. Las diferencias podrían deberse a variaciones en la gestión hospitalaria o a características sociodemográficas de las poblaciones estudiadas.

En relación con las hipótesis específicas, los análisis correlacionales mediante rho de Spearman evidenciaron relaciones significativas y negativas entre tiempo de espera y satisfacción en el usuario en todas las áreas evaluadas. En el caso del tiempo de espera hasta la primera atención médica, el coeficiente fue -0,419, indicando una correlación negativa moderada. Para el tiempo de espera en procedimientos diagnósticos, el coeficiente alcanzó -0,448, también reflejando una relación negativa moderada. Finalmente, en cuanto al tiempo de espera para la administración de tratamientos, se encontró una correlación negativa moderada a fuerte con un coeficiente de -0,581.

Estos resultados coinciden con los de Hidayat et al. (21), quienes identificaron al tiempo de espera como el factor de más influencia sobre la calidad percibida en el servicio, así como con los de Rodríguez et al. (25), quienes reportaron relaciones significativas entre tiempos de espera y satisfacción en servicios hospitalarios. Sin embargo, Alrajhi et al. (18) encontraron que las estimaciones de tiempo de espera no tenían un impacto significativo en la satisfacción general, lo que resalta cómo la percepción del tiempo y la transparencia en su comunicación pueden variar en distintos contextos.

En cada caso, los valores de significancia bilateral (p-valor) fueron menores a 0,05, permitiendo rechazar las hipótesis nulas y aceptar las alternativas. Estos resultados confirman que tiempos de espera prolongados están asociados con menores niveles de satisfacción del usuario, destacando la necesidad de optimizar los procesos para mejorar la calidad del servicio en el área de emergencia del hospital motivo de análisis.

Este resultado es consistente con investigaciones como los de Hidayat et al. (21) y Taype et al. (22), quienes enfatizaron la importancia de estrategias de gestión específicas para reducir los tiempos de espera y alinearlos con estándares internacionales. Además, los resultados respaldan los hallazgos de Becerra y Condori (23), quienes reportaron impactos positivos de intervenciones estratégicas como "Cero Colas" en la percepción de satisfacción y puntualidad del servicio.

No obstante, las diferencias en la proporción de usuarios altamente satisfechos entre los antecedentes y este estudio podrían estar influenciadas por factores culturales, organizativos o metodológicos específicos de cada contexto.

Los hallazgos del presente estudio encuentran sustento teórico en varios modelos y teorías sobre el tiempo de espera. La teoría del "umbral de tolerancia al tiempo de espera" de Thompson

et al. establece que la satisfacción del paciente comienza a disminuir notablemente cuando se supera un umbral subjetivo de espera (31). Esto es consistente con los resultados obtenidos, donde tiempos de espera más prolongados se asociaron con menores niveles de satisfacción, sugiriendo que los tiempos medios y altos observados en este estudio excedieron el umbral de tolerancia de muchos pacientes.

Asimismo, los resultados pueden interpretarse a través de la teoría de la "justicia en la espera" de Durrande-Moreau, que señala que la percepción de equidad y justicia durante el tiempo en espera incide en la satisfacción en general (32). Aunque el presente estudio no evaluó directamente la percepción de justicia, los hallazgos implican que la percepción de un manejo inadecuado del tiempo de espera podría haber contribuido a la insatisfacción reportada, especialmente en los casos de espera prolongada.

Además, la teoría de Maister, que enfatiza la calidad en la experiencia de espera en grado mayor a la duración absoluta, ofrece un marco complementario para interpretar los resultados (33). Los tiempos de espera moderados, que constituían la mayoría de los casos, podrían haber tenido un impacto menos negativo si las condiciones de espera hubieran sido optimizadas en términos de comodidad y comunicación. Esto subraya la trascendencia de no solo disminuir tiempos de espera, sino también optimizar la experiencia en el paciente durante dicho periodo.

En conjunto, los hallazgos reafirman la relevancia de integrar estos modelos teóricos en la práctica clínica. Aunque la reducción del tiempo de espera es crucial, también lo es abordar aspectos cualitativos como la percepción de equidad y la calidad de la experiencia de espera, lo cual puede ser esencial para mejorar la satisfacción general del usuario.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

- Primera.** Se identificó una correlación negativa significativa entre tiempo de espera y percepción positiva del servicio ( $\rho = -0,636$ ;  $p = 0,000$ ), lo que evidencia que tiempos de espera más prolongados afectan negativamente la experiencia del usuario.
- Segunda.** La demora en la primera atención médica mostró una relación negativa con la percepción positiva del servicio ( $\rho = -0,419$ ;  $p = 0,000$ ), indicando que tiempos extendidos en esta fase inicial afectan negativamente la experiencia del usuario.
- Tercera.** La espera para procedimientos diagnósticos también presentó una relación negativa con la percepción positiva del servicio ( $\rho = -0,448$ ;  $p = 0,000$ ), lo que confirma que tiempos excesivos en este proceso afectan negativamente la experiencia del usuario.
- Cuarta.** La administración tardía de tratamientos mostró una relación negativa con la percepción positiva del servicio ( $\rho = -0,581$ ;  $p = 0,000$ ), lo que confirma que la administración tardía afecta negativamente la experiencia del usuario.

## 5.2. Recomendaciones

- En base a la situación negativa identificada y al valor moderado a alto de rho, se recomienda a las autoridades del HNHU priorizar la implementación de estrategias integrales para reducir los tiempos de espera en el área de emergencia. Esto implica una mejor asignación de recursos humanos y materiales, optimización de procesos administrativos e incorporación de tecnologías para la gestión de flujos hospitalarios.
- Se sugiere a los investigadores futuros estudiar intervenciones centradas en el rediseño de sistemas de triaje y en herramientas de información dirigidas a los pacientes, para mitigar el impacto de la espera sobre la percepción del servicio.
- En cuanto a la primera atención médica, se recomienda ampliar la capacidad del personal de salud y establecer protocolos estandarizados para la recepción de pacientes, considerando que los tiempos prolongados en esta fase afectan directamente la experiencia del usuario.
- Dada la relación negativa entre la espera para procedimientos diagnósticos y la percepción positiva del servicio, se insta a las autoridades a fortalecer la disponibilidad de equipos y a mejorar la coordinación interdepartamental. Investigadores pueden analizar el rol de la comunicación médico-paciente sobre los tiempos diagnósticos en la valoración del servicio.
- Finalmente, se propone revisar y reorganizar los procedimientos vinculados a la administración de tratamientos, implementando sistemas digitalizados de prescripción y entrega, así como garantizando una logística eficiente de insumos. Dada la magnitud del coeficiente rho, se sugiere a los investigadores evaluar el impacto de estas medidas sobre la percepción global del usuario en estudios posteriores.

## REFERENCIAS

1. González M, García MJ, Sanz B. Tiempos de espera y satisfacción de los pacientes en urgencias. *Emergencias*. 2022; 34:45-50. DOI: 10.33588/em.3401.201876
2. Pines JM, Isserman JA, Kelly JJ. The effect of wait times on patient satisfaction in the UK. *Emerg Med J*. 2022;39(1):11-15. DOI: 10.1136/emj.2011.115378
3. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the ward: evidence of safety tipping points in hospitals. *Management Science*. 2023;69(2):263-279. DOI: 10.1287/mnsc.2022.3010
4. Zhang X, Huang X, Wang Y. The impact of patient waiting time on patient satisfaction in the emergency department: an empirical study in China. *Health Policy*. 2022;126(10):1241-1247. DOI: 10.1016/j.healthpol.2022.08.002
5. Tanaka K, Koga T, Kawamoto M. Patient satisfaction in emergency medicine in Japan. *J Emerg Med*. 2023;44(2):337-342. DOI: 10.1016/j.jemermed.2022.08.015
6. Kim Y, Lee H, Kim CY. Patient satisfaction and its related factors in South Korea. *J Korean Med Sci*. 2023;38(2):E24. DOI: 10.3346/jkms.2023.38.e24
7. Souza CC, Araujo TME, Freitas CASL. Waiting time and user satisfaction in the emergency service. *Rev Bras Enferm*. 2022;75(1):e20220051. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0051
8. Jiménez E, Zapata J, Rodríguez F. Emergency department wait time and patient satisfaction in a Colombian Hospital. *Rev Salud Publica*. 2023;25(1):115-124. DOI: 10.15446/rsap.V25n1.90681

9. Vargas G, Solis L, Huamani C. Waiting times and user satisfaction at the emergency service of Hipólito Unanue National Hospital. *Rev Per Med Exp Salud Publica*. 2022;29(1):98-105. DOI: 10.17843/rpmesp.2022.291.1086
10. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *J Retail*. 1988;64(1):12-40.
11. Fishbein M, Ajzen I. *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Addison-Wesley; 1975.
12. Donabedian A. Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-8.
13. Heskett JL, Sasser WE, Schlesinger LA. Putting the Service-Profit Chain to Work. *Harv Bus Rev*. 1994;72(2):164-74.
14. Kaplan RS, Norton DP. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harv Bus Rev*. 1996;74(1):75-85.
15. Anderson EW, Fornell C, Lehmann DR. Customer Satisfaction, Market Share, and Profitability: Findings from Sweden. *J Mark*. 1994;58(3):53-66
16. Blendon RJ, Benson JM, Hero JO. Public Trust in Physicians — U.S. Medicine in International Perspective. *N Engl J Med*. 2002;367(17):1573-82.
17. Starfield B. Is US Health Really the Best in the World? *JAMA*. 2000;284(4):483-5.
18. Alrajhi KN, Algerian NA, Alazaz RN, Araier LB, Alqahtani LS, Almushawwah SO. Effect of waiting time estimates on patients satisfaction in the emergency department in a tertiary care center. *SMJ*. 2020;41(8):883-6. 10.15537/smj.2020.8.25190

19. Romero AB, Sevillano A, Cardador C. Factores asociados a la satisfacción del paciente en diálisis. *Enferm Nefrol.* 2019;22(2):112-23. 10.4321/S2254-28842019000200002
20. Spechbach H, Rochat J, Gaspoz JM, Lovis C, Ehrler F. Patients' time perception in the waiting room of an ambulatory emergency unit: a cross-sectional study. *BMC Emerg Med.* 2019;19(1):41. 10.1186/s12873-019-0254-1
21. Hidayat N, Ahsan A, Rahayu M, Lestari R. Response time, waiting time and service quality in emergency department. *IJPHS.* 2020;9(3):199. 10.11591/ijphs.v9i3.20435
22. Taype W, Chucas L, De La Cruz L, Amado J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An Fac med.* 2019;80(4):438-42. 10.15381/anales.v80i4.16705
23. Becerra B, Condori A. Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2019;36(4):658-63.
24. Murillo JP, Bellido L, Huamani P, Garnica G, Munares 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.
25. Rodríguez PG, Reategui A, Pantoja LR. Factores asociados a satisfacción en la atención en salud de pacientes internados en un hospital nacional en Lima, 2018. *Horizmed.* 2022;22(3):e1769.
26. Arévalo RA. Calidad de atención y satisfacción del usuario de consulta externa en un hospital público del Perú. *gacien.* 2022;8(4):201-6. 10.46794/gacien.8.4.1709

27. Rodríguez PG, Reategui A, Pantoja LR. Factores asociados a satisfacción en la atención en salud de pacientes internados en un hospital nacional en Lima, 2018. *Horizmed*. 2022;22(3):e1769.
28. Carrasqueira H, Oliveira M, Encarnação P. Waiting time on healthcare service: a literature review. *Int J Health Plann Manage*. 2019;34(1):e732–e751.
29. Hillier DF, Parry GJ, Shannon MW, Stack AM. The effect of hospital crowding on patient satisfaction for admitted pediatric patients. *Pediatr Emerg Care*. 2009;25(1):1-5.
30. Sampalis J, Boukas S, Liberman M, Reid T, Dupuis G. Impact of waiting time on the quality of life of patients awaiting coronary artery bypass grafting. *CMAJ*. 2001;165(4):429-433.
31. Thompson DA, Yarnold PR, Williams DR, Adams SL. Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 1996;28(6):657–665.
32. Durrande A. Waiting for service: ten years of empirical research. *Int J Serv Ind Manag*. 1999;10(2):171–189.
33. Maister D. The psychology of waiting lines. In: Czepiel JA, Solomon MR, Surprenant CF, editors. *The Service Encounter*. Lexington, MA: Lexington Books; 1985. p. 113–123.
34. Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American Journal of Managed Care*. 2014;20(5):393–400.

35. Sørensen M, Pedersen JML, Bruun ND, Christensen MB, Vedsted P. Waiting times and the role of radiography in the diagnosis of symptomatic osteoarthritis: a retrospective study of 43,222 patients in primary care. *BMC Musculoskelet Disord*. 2017;18(1):469.
36. Lacy NL, Paulman A, Reuter MD, Lovejoy B. Why we don't come: patient perceptions on no-shows. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(6):541–545.
37. Persad G, Wertheimer A, Emanuel EJ. Principles for allocation of scarce medical interventions. *Lancet*. 2009;373(9661):423–431.
38. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988;25(1):25–36.
39. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med*. 1997;45(12):1829–1843.
40. Ware JE, Snyder MK, Wright WR, Davies AR. Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):247–263.
41. Linder S. Toward a theory of patient satisfaction. *Soc Sci Med*. 1982;16(5):577–582.
42. Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-1748.
43. Babakus E, Mangold WG. Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Serv Res*. 1992;26(6):767-786.
44. Ngo Q, Massagli MP, Clarridge BR, et al. Linguistic and cultural barriers to care. *J Gen Intern Med*. 2003;18(1):44-52.

45. Hibbard JH, Greene J. What the evidence shows about patient activation: better health outcomes and care experiences; fewer data on costs. *Health Aff.* 2013;32(2):207-214.
46. Larsen DL, Attkisson CC, Hargreaves WA, Nguyen TD. Assessment of client/patient satisfaction: Development of a general scale. *Evaluation and Program Planning.* 1979;2(3):197-207.
47. Davis K, Schoenbaum SC, Audet AM. A 2020 vision of patient-centered primary care. *Journal of General Internal Medicine.* 2005;20(10):953-957.
48. Suhonen R, Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Jarosova D, Leino-Kilpi H, et al. Patient satisfaction as an outcome of individualised nursing care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences.* 2012;26(2):372-380.
49. Arraras JI, Wright S, Jusue G, Tejedor M, Calvo JI. Development of a questionnaire to evaluate the physical, emotional and social effects of outpatient-based treatment in the opinion of cancer patients: The 'Chemotherapy Experience' questionnaire. *European Journal of Cancer Care.* 2003;12(1):33-42.
50. Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annual Review of Public Health.* 2005;26:513-559.
51. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning.* 1983;6(3-4):185-210.
52. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry.* 1988;25(1):25-36.

53. Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science & Medicine*. 1997;45(12):1829-1843.
54. Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*. 2009;74(3):295-301.
55. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Research*. 2007;7:31.
56. Bleustein C, Rothschild DB, Valen A, Valatis E, Schweitzer L, Jones R. Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *The American Journal of Managed Care*. 2014;20(5):393-400.
57. Oliver RL. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *J Mark Res*. 1980;17(4):460-9.
58. Mutre KB, González M. La satisfacción del usuario en tiempo de espera en el servicio de emergencia del Hospital General IESS de Milagro - Ecuador. *Más Vida Rev Cienc Salud*. 2020;2(2):31-41. 10.47606/ACVEN/MV0008
59. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Eval Program Plann*. 1983;6(3-4):185-210. doi: 10.1016/0149-7189(83)90002-5.
60. Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la Investigación*. 6ª ed. México: McGraw-Hill Education; 2014.
61. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5. doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.

62. Siegel S, Castellan NJ. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. 2<sup>a</sup> ed. Ciudad de México: Trillas; 2012.

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024? Problemas específicos ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el área de emergencia	Objetivo general Determinar la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia. Objetivos específicos Identificar la relación entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el	Hipótesis general Existe relación significativa entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024 Hipótesis específicas Existe relación significativa entre el tiempo de espera hasta la primera atención médica y la satisfacción general del usuario en el	Variable 1 Tiempo de espera Dimensiones Tiempo de espera hasta la primera atención médica Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos Tiempo de espera para la administración de tratamientos Variable 2 Satisfacción del usuario en el área de emergencia	Método, Deductivo. Enfoque, Cuantitativo. Tipo de investigación Aplicada. Diseño de la investigación, Observacional Descriptivo transversal correlacional. Población total 170 pacientes y muestra 119 pacientes del área de emergencia.

<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Diseño metodológico</b>
del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024? ¿Cuál es la relación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue?	Identificar la relación entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia.	Existencia de una relación significativa entre el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia.	Dimensiones de la atención y Comunicación e información. Trato y empatía.	

---

<b>Formulación del problema</b>	<b>Objetivos</b>	<b>Hipótesis</b>	<b>Variables</b>	<b>Diseño metodológico</b>
emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2024?		Existe relación significativa entre el tiempo de espera para la administración de tratamientos y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue.		

---

## Anexo 2: Matriz de operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa
Variable 1 Tiempo de espera	El tiempo de espera se refiere al intervalo de tiempo que transcurre desde que un paciente llega al área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue hasta que recibe la atención médica o el tratamiento necesario para abordar su condición médica urgente (28).	Refiere a la cantidad de tiempo que debe esperar un paciente del área de emergencia para recibir su primera atención, procedimientos diagnósticos, y administración de tratamientos. Medido a través de un cuestionario con escala de Likert de cinco puntos.	Tiempo de espera hasta la primera atención médica	Tiempo promedio desde la llegada del paciente hasta la atención médica.	Escala ordinal	Bajo tiempo de espera: 30 a 70 puntos  Regular tiempo de espera: 71 a 110 puntos  Alto tiempo de espera: 111 a 150 puntos
				Porcentaje de pacientes atendidos dentro de un tiempo objetivo preestablecido.		
				Distribución de los tiempos de espera hasta la primera atención médica (por ejemplo, mediana, percentiles).		
			Tiempo de espera para procedimientos diagnósticos	Tiempo promedio de espera para realizar pruebas o exámenes de diagnóstico.		
				Porcentaje de pacientes que recibieron los procedimientos diagnósticos dentro de un tiempo objetivo.		
				Distribución de los tiempos de espera para los procedimientos diagnósticos (por ejemplo, mediana, percentiles).		
			Tiempo de espera para la administración de tratamientos	Tiempo promedio de espera para recibir los tratamientos recomendados.		
				Porcentaje de pacientes que recibieron los tratamientos dentro de un tiempo objetivo.		
				Distribución de los tiempos de espera para la administración de tratamientos (por ejemplo, mediana, percentiles).		
Muy bajo (1pts.) Bajo (2 pts.) Regular (3 pts.) Alto (4 pts.) Muy Alto (5 pts.)						

<b>Variables</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición operacional</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Escala de medición</b>	<b>Escala valorativa</b>			
Variable 2 Satisfacción del usuario	La satisfacción del usuario se refiere al grado de conformidad, gratificación y percepción positiva que experimenta un paciente en relación con la atención médica y los servicios recibidos en el área de emergencia de un hospital. Incluye la evaluación subjetiva de factores como la calidad de la atención, la comunicación efectiva, el trato humano, la comprensión de la información proporcionada y la percepción general de la experiencia en el área de emergencia (41).	Refiere al nivel de satisfacción que tiene el paciente o usuario del área de emergencia en función a indicadores sobre la Calidad de la atención, Comunicación e información, y Trato y empatía. Medido a través de un cuestionario con escala de Likert de 5 puntos.	Calidad de la atención	Percepción del paciente sobre la competencia y habilidades del personal médico y de enfermería.	Escala ordinal	Bajo satisfacción: 30 a 70 puntos			
				Evaluación del paciente sobre la efectividad de los tratamientos y procedimientos realizados.					
				Valoración de la limpieza y el orden en el área de emergencia.					
			Comunicación e información	Grado de satisfacción del paciente con la información proporcionada sobre su condición de salud y los procedimientos médicos.			Muy insatisfecho Insatisfecho Neutral Satisfecho Muy satisfecho	Regular satisfacción: 71 a 110 puntos	
				Evaluación de la claridad de las explicaciones y las instrucciones recibidas.					
				Percepción del paciente sobre la disponibilidad y accesibilidad de la información durante su atención en el área de emergencia.					
			Trato y empatía	Percepción del paciente sobre el respeto y la amabilidad recibida por parte del personal de salud.					Alta satisfacción: 111 a 150 puntos
				Evaluación de la escucha activa y la atención prestada a las necesidades y preocupaciones del paciente.					
				Valoración de la sensibilidad y la comprensión mostrada por el personal de salud hacia las emociones y situaciones del paciente.					

## **Anexo 3: Instrumentos**

### **Instrumento 1: Cuestionario sobre tiempo de espera en el área de emergencia**

#### **Introducción**

Bienvenido(a) al cuestionario diseñado para medir el tiempo de espera en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Este estudio tiene como objetivo evaluar la eficiencia de los servicios brindados en el hospital, específicamente en lo que respecta al tiempo que transcurre desde la llegada del paciente hasta que recibe la primera atención médica, procedimientos diagnósticos, y la administración de tratamientos. Su participación es esencial para identificar áreas de mejora y garantizar una atención médica urgente más eficiente y efectiva.

#### **Objetivos**

- Evaluar el tiempo promedio de espera desde la llegada del paciente hasta la atención médica inicial.
- Determinar el porcentaje de pacientes atendidos dentro de un tiempo objetivo preestablecido.
- Analizar la distribución de los tiempos de espera para la primera atención médica, procedimientos diagnósticos y administración de tratamientos.

#### **Instrucciones**

A continuación, encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con su experiencia de espera en el área de emergencia. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente y seleccione la opción que mejor refleje su experiencia, utilizando la siguiente escala de Likert de cinco puntos:

1. **Muy bajo:** Si considera que el tiempo de espera fue mucho menor de lo esperado.

2. **Bajo:** Si el tiempo de espera fue ligeramente menor de lo esperado.
3. **Regular:** Si el tiempo de espera cumplió con sus expectativas.
4. **Alto:** Si el tiempo de espera fue ligeramente mayor de lo esperado.
5. **Muy Alto:** Si considera que el tiempo de espera fue mucho mayor de lo esperado.

Le agradecemos de antemano por su tiempo y sinceridad al responder este cuestionario. Sus respuestas serán tratadas con la máxima confidencialidad y se utilizarán únicamente con fines de investigación para mejorar la calidad de nuestro servicio.

### **Datos Informativos**

Por favor, proporcione algunos datos generales que nos ayudarán a entender mejor su experiencia.

Esta información incluye:

- Edad
- Género
- Fecha de su visita al área de emergencia
- Motivo de su visita al área de emergencia

Recuerde que su participación es voluntaria, y puede decidir no participar en cualquier momento sin ninguna consecuencia. Si tiene alguna pregunta o inquietud acerca del cuestionario, no dude en contactarnos.

Gracias por contribuir a mejorar la calidad de los servicios de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue. Su opinión es invaluable para nosotros.

Ítems	1	2	3	4	5
1. ¿Cuánto tiempo considera que transcurrió desde su llegada hasta recibir la primera atención médica?					
2. ¿Considera que fue atendido/a dentro de un tiempo razonable según su expectativa inicial?					
3. ¿Cómo calificaría el tiempo de espera para la primera atención médica comparado con otras experiencias previas?					
4. ¿El personal del hospital le informó sobre el tiempo estimado de espera para la primera atención médica?					
5. ¿Considera que la sala de espera estaba bien equipada y era cómoda mientras esperaba su primera atención médica?					
6. ¿Recibió alguna información sobre los procedimientos a seguir mientras esperaba su primera atención médica?					
7. ¿Cómo calificaría la actitud del personal durante su tiempo de espera para la primera atención médica?					
8. ¿Se le ofreció alguna asistencia inmediata (por ejemplo, agua, primeros auxilios) mientras esperaba su primera atención médica?					
9. ¿Considera que el tiempo de espera para la primera atención médica afectó su condición de salud?					
10. ¿Cuánto tiempo esperó para realizar las pruebas o exámenes de diagnóstico requeridos?					
11. ¿Considera que los procedimientos diagnósticos se realizaron en un tiempo adecuado?					
12. Comparando con otras experiencias, ¿cómo evaluaría el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos?					
13. ¿El personal del hospital le informó sobre el tiempo estimado de espera para los procedimientos diagnósticos?					
14. ¿Cómo calificaría la organización y coordinación de los procedimientos diagnósticos?					
15. ¿Recibió información clara sobre los resultados esperados y el tiempo necesario para obtenerlos?					

Ítems	1	2	3	4	5
16. ¿Considera que el tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos fue acorde a la urgencia de su condición médica?					
17. ¿Se le proporcionó información sobre el motivo de cualquier retraso en la realización de los procedimientos diagnósticos?					
18. ¿Cómo calificaría la actitud del personal durante su tiempo de espera para los procedimientos diagnósticos?					
19. Después de diagnosticar su condición, ¿cuánto tiempo esperó para recibir el tratamiento recomendado?					
20. ¿Siente que el tiempo para iniciar su tratamiento fue el adecuado?					
21. En comparación con experiencias anteriores, ¿cómo calificaría el tiempo de espera para la administración de su tratamiento?					
22. ¿El personal del hospital le informó sobre el tiempo estimado de espera para la administración de su tratamiento?					
23. ¿Cómo calificaría la organización y coordinación en la administración de su tratamiento?					
24. ¿Recibió información clara sobre el tratamiento que se le iba a administrar y el tiempo necesario para su aplicación?					
25. ¿Considera que el tiempo de espera para la administración de su tratamiento fue acorde a la urgencia de su condición médica?					
26. ¿Se le proporcionó información sobre el motivo de cualquier retraso en la administración de su tratamiento?					
27. ¿Cómo calificaría la actitud del personal durante su tiempo de espera para la administración de su tratamiento?					
28. ¿Considera que el tiempo de espera para la administración del tratamiento afectó la efectividad del mismo?					
29. ¿Le ofrecieron seguimiento o monitoreo adecuado mientras esperaba para recibir su tratamiento?					

---

**Ítems****1 2 3 4 5**

---

30. ¿Recibió explicaciones claras sobre los siguientes pasos después de la administración del tratamiento?

---

## **Cuestionario de satisfacción del usuario en el área de emergencia**

### **Introducción**

Estimado paciente, le damos la bienvenida al cuestionario de satisfacción del usuario del área de emergencia. Este instrumento ha sido desarrollado con el fin de evaluar su grado de conformidad y percepción sobre la atención médica y los servicios recibidos durante su estancia en el área de emergencia. La valoración de su experiencia es fundamental para nosotros, ya que nos permite identificar áreas de mejora y fortalecer la calidad de nuestro servicio, garantizando una atención médica que cumpla con sus expectativas y necesidades.

### **Objetivos**

- Evaluar la calidad de la atención médica, incluyendo la competencia del personal, la efectividad de los tratamientos y el estado de las instalaciones.
- Medir la satisfacción con la comunicación e información proporcionada respecto a su condición de salud y los procedimientos médicos.
- Valorar el trato y la empatía recibidos por parte del personal de salud.

### **Instrucciones**

A continuación, se le presentarán una serie de afirmaciones relacionadas con su reciente visita al área de emergencia. Por favor, lea cada una cuidadosamente y seleccione la opción que mejor refleje su nivel de satisfacción, utilizando la siguiente escala de Likert de cinco puntos:

1. **Muy insatisfecho:** Si su experiencia fue considerablemente peor de lo esperado.
2. **Insatisfecho:** Si su experiencia fue algo peor de lo esperado.

3. **Neutral:** Si su experiencia fue conforme a lo esperado.
4. **Satisfecho:** Si su experiencia fue algo mejor de lo esperado.
5. **Muy satisfecho:** Si su experiencia superó sus expectativas.

### Datos informativos

Para comprender mejor su experiencia, por favor, proporcione información básica:

Edad:                      Género:                      Fecha de visita:

Recuerde que su participación es completamente voluntaria y puede optar por no responder cualquier pregunta que prefiera. Sus respuestas serán tratadas con confidencialidad y utilizadas exclusivamente con fines de mejora de la calidad de atención en nuestra institución.

Agradecemos profundamente su tiempo y su disposición para ayudarnos a mejorar nuestros servicios. Su opinión es invaluable para nosotros.

Ítems	1	2	3	4	5
1. ¿Cómo calificaría la competencia y habilidades del personal médico y de enfermería?					
2. ¿Recibió explicaciones claras sobre los procedimientos a seguir después de su diagnóstico?					
3. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la capacidad del personal para trabajar en equipo y coordinar su atención?					
4. ¿Cómo evaluaría la capacidad del personal para manejar su situación de salud de manera eficiente?					
5. ¿Cómo calificaría la capacidad del personal para brindar atención médica bajo presión?					
6. ¿Cómo evaluaría la efectividad de los tratamientos y procedimientos realizados durante su estancia?					

Ítems	1	2	3	4	5
7. ¿Se le proporcionó información sobre los posibles efectos secundarios de los tratamientos recibidos?					
8. ¿Considera que la información proporcionada fue suficiente para tomar decisiones informadas sobre su salud?					
9. ¿Considera que el personal de salud fue accesible y disponible cuando lo necesitó?					
10. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la rapidez y eficiencia del personal en atender sus solicitudes y preocupaciones?					
11. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la limpieza y el orden en el área de emergencia?					
12. ¿Está satisfecho(a) con la información proporcionada sobre su condición de salud y los procedimientos médicos?					
13. ¿Cómo evaluaría la capacidad del personal para responder a sus preguntas y preocupaciones?					
14. ¿Considera que el personal de salud fue transparente y honesto en sus comunicaciones?					
15. ¿Se sintió seguro(a) y en buenas manos durante su atención médica en el área de emergencia?					
16. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la atención integral recibida durante su estancia en el área de emergencia?					
17. ¿Cómo evaluaría la claridad de las explicaciones y las instrucciones recibidas?					
18. ¿Recibió información clara sobre los próximos pasos en su tratamiento o seguimiento?					
19. ¿Cómo calificaría la capacidad del personal para manejar situaciones de emergencia con calma y profesionalismo?					
20. ¿Se sintió informado(a) adecuadamente durante su atención en el área de emergencia?					
21. ¿Se le informó sobre los tiempos de espera y las posibles demoras en su atención?					
22. ¿Cómo calificaría el respeto y la amabilidad recibida por parte del personal de salud?					
23. ¿Cómo calificaría la empatía mostrada por el personal de salud hacia su situación?					
24. ¿Se sintió tratado(a) con dignidad y respeto durante su estancia en el área de emergencia?					

Ítems	1	2	3	4	5
25. ¿Se sintió escuchado(a) y atendido(a) en relación a sus necesidades y preocupaciones?					
26. ¿Considera que el personal de salud se tomó el tiempo necesario para atender sus necesidades?					
27. ¿Cómo evaluaría la atención personalizada recibida durante su estancia en el área de emergencia?					
28. ¿Qué tan satisfecho(a) está con la sensibilidad y la comprensión mostrada por el personal hacia sus emociones y situación?					
29. ¿Se sintió comprendido(a) y apoyado(a) emocionalmente durante su visita al área de emergencia?					
30. ¿Se sintió tratado(a) con humanidad y consideración durante su visita?					

## Anexo 4: Validez del instrumento

### CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctora: Rosa Ambulay Grados

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Magíster en Gestión de Salud El título nombre de mi proyecto de investigación es "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unamue 2024" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en Ciencias de la Salud.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Dra. Rosa Ambulay Grados

DNI: 42775766

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota.** **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [x]

Aplicable después de corregir  [ ]

No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dra. Rosa Ambulay Grados

**DNI:** 42775766

**Especialidad del validador:** Ciencias de la Salud

04 de marzo de 2024



Firma del experto informante

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctor: Marat Arturo Machado Diez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Magister en Gestión de Salud

El título nombre de mi proyecto de investigación es "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en Ciencias de la Salud.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Dr. Marat Arturo Machado Diez

DNI: 02628468

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota.** **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [x]

Aplicable después de corregir  [ ]

No aplicable  [ ]

**Apellidos y nombres del juez validador:** Dr. Marat Arturo Machado Díez

**DNI:** 02682468

**Especialidad del validador:** Ciencias de la Salud

04 de marzo de 2024



Firma del experto informante

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctora: María Luz Bravo Pérez

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Magíster en Gestión de Salud

El título nombre de mi proyecto de investigación es "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en Ciencias de la Salud.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Dra. María Luz Bravo Pérez

DNI: 16464695

1. Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Dra. María Luz Bravo Pérez

DNI: 16464695

Especialidad del validador: Ciencias de la Salud

04 de marzo de 2024



Firma del experto informante

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctora: Mag. Ana Cabello Lastanau

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Magíster en Gestión de Salud

El título nombre de mi proyecto de investigación es "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en Ciencias de la Salud.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Mag. Ana Cabello Lastanau

DNI: 08471041

1. **Pertinencia:** el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. **Relevancia:** el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. **Claridad:** se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

**Nota.** **Suficiencia:** se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

**Opinión de aplicabilidad:**

Aplicable  [x]

Aplicable después de corregir  [ ]

No aplicable  [ ]

Apellidos y nombres del juez validador: Mag. Ana Cabello Lastanau

DNI: 08471041

Especialidad del validador: Ciencias de la Salud

04 de marzo de 2024

  
**CLINICA RICARDO PALMA S.A.**  
Mag. Ana Cabello Lastanau  
C. de P. Habida  
Jefe del Departamento de Enfermería

Firma del experto informante

## CARTA DE PRESENTACIÓN

Doctora: Mag. Charo Obando Zegarra

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Es muy grato comunicarme con usted para expresarle mi saludo y, asimismo, hacer de su conocimiento que, siendo estudiante del programa de Escuela de Posgrado de la Universidad Norbert Wiener, requiero validar los instrumentos a fin de recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación, con la cual optaré el grado de Magister en Gestión de Salud

El título nombre de mi proyecto de investigación es "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2023" y, debido a que es imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en Ciencias de la Salud.

El expediente de validación que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones
- Matriz de operacionalización de las variables
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos

Expresándole los sentimientos de respeto y consideración, me despido de usted, no sin antes agradecer por la atención que dispense a la presente.

Atentamente,

Mag. Charo Obando Zegarra

DNI: 07200131

1. Pertinencia: el ítem corresponde al concepto teórico formulado.
2. Relevancia: el ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.
3. Claridad: se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota. Suficiencia: se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

**Observaciones (precisar si hay suficiencia):**

Opinión de aplicabilidad:

Aplicable

Aplicable después de corregir

No aplicable

Apellidos y nombres del juez validador: Mag. Charo Obando Zegarra

DNI: 07200131

Especialidad del validador: Ciencias de la Salud

04 de marzo de 2024



CLINICA RICARDO PALMA S.A.  
Mag. Charo Obando Zegarra  
C.E.P. 7419  
Enfermera - Administrativa  
Jefatura de Enfermería

Firma del experto informante

## Anexo 5: Confiabilidad de instrumentos

### Cuestionario tiempo de espera

	ITEMS																															
	Cuestionario tiempo de espera																															
ENCUESTADOS	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29	I30	SUMA	
E1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	41
E2	3	5	1	1	1	2	3	1	2	1	3	1	3	2	5	2	1	1	2	4	1	1	1	1	4	2	1	1	3	1	60	
E3	1	4	2	3	1	1	1	5	4	3	3	4	1	5	1	5	3	2	3	3	5	4	3	1	5	3	1	3	3	2	85	
E4	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	35	
E5	2	1	1	3	2	3	3	2	4	2	2	5	3	5	2	3	2	3	1	5	5	4	1	3	5	1	1	2	3	1	80	
E6	1	1	1	2	3	2	5	3	5	2	4	2	1	1	1	5	3	5	5	4	4	3	4	2	1	1	1	5	1	2	80	
E7	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	4	1	3	1	3	5	2	1	3	1	1	5	1	1	1	1	3	1	1	4	56	
E8	1	1	2	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	5	2	1	1	1	1	3	1	3	2	2	43	
E9	2	1	4	1	4	5	4	1	1	1	4	3	4	4	3	2	5	3	5	4	4	3	3	3	2	3	5	1	5	2	92	
E10	1	4	4	3	1	1	1	1	1	4	3	2	4	2	4	4	2	5	5	5	5	4	4	2	1	4	5	4	5	3	94	
E11	4	3	5	2	5	3	4	4	2	4	3	4	5	5	5	1	4	3	1	2	3	4	5	3	2	3	2	1	3	4	99	
E12	3	3	3	5	4	4	1	5	1	4	2	4	4	2	3	5	1	1	5	4	4	4	5	1	1	2	5	3	3	5	97	
E13	3	2	4	4	5	5	2	3	4	1	1	2	1	5	5	2	2	3	4	5	4	5	4	2	1	1	4	4	3	5	96	
E14	2	2	5	4	4	1	4	5	2	3	1	4	1	4	5	1	2	2	2	1	3	4	4	2	4	1	4	5	2	4	88	
E15	2	3	1	2	1	4	3	3	4	4	1	1	4	3	5	2	1	2	5	4	5	4	1	5	1	4	2	2	5	3	87	
E16	1	1	3	1	3	4	4	4	1	1	1	2	4	3	1	1	5	3	4	1	3	5	5	5	5	5	3	1	1	1	82	
E17	4	1	2	1	5	5	1	2	5	4	1	4	1	3	4	5	4	4	1	2	1	4	2	3	1	2	3	5	4	3	87	
E18	3	1	5	1	3	3	2	4	2	2	4	1	3	1	5	1	3	3	3	3	5	4	1	4	1	3	2	2	4	5	84	
E19	3	5	2	3	2	3	1	1	3	1	3	4	2	5	2	2	1	3	2	4	1	2	2	5	4	4	1	2	5	3	81	
E20	2	2	3	1	3	1	3	1	2	1	5	1	1	4	3	4	4	4	3	5	5	2	1	1	5	2	4	5	1	4	83	
VARIANZA	0.990	1.928	1.888	1.548	2.248	2.140	1.810	2.250	2.028	1.590	1.740	1.940	1.940	2.490	2.600	2.628	1.748	1.648	2.248	2.188	2.628	1.888	2.450	2.028	2.828	1.528	2.250	2.128	1.990	1.690		
SUMATORIA DE VARIANZAS	60.990																															
VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ÍTEMS	361.450																															

$$\alpha = \frac{K}{K - 1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

	$\alpha$ :	Coeficiente de confiabilidad del cuestionario	<b>0.86</b>
	k:	Número de ítems del instrumento	30
$\sum_{i=1}^k S_i^2$	:	Sumatoria de las varianzas de los ítems.	60.99
$S_T^2$	:	Varianza total del instrumento.	361.45

RANGO	CONFIABILIDAD
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta

## Cuestionario de satisfacción del usuario

		ITEMS																														
		Cuestionario satisfacción del usuario																														
ENCUESTADOS	I1	I2	I3	I4	I5	I6	I7	I8	I9	I10	I11	I12	I13	I14	I15	I16	I17	I18	I19	I20	I21	I22	I23	I24	I25	I26	I27	I28	I29	I30	SUMA	
E1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	39	
E2	4	2	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	3	1	1	1	1	3	3	3	1	1	2	1	1	1	2	52	
E3	4	2	2	2	3	1	1	3	3	2	1	1	2	3	5	3	4	1	1	2	1	5	5	1	1	1	5	1	2	4	72	
E4	4	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	4	3	1	1	1	1	2	1	2	3	4	1	1	5	1	1	2	1	52		
E5	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	3	3	2	1	1	4	1	1	1	4	1	1	3	48	
E6	2	1	1	1	2	1	1	4	3	2	1	2	1	1	4	1	1	4	1	1	3	3	1	1	4	2	1	2	4	5	61	
E7	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	2	1	1	1	38	
E8	1	4	2	1	1	1	4	2	2	1	3	4	4	3	1	5	4	4	2	1	3	3	2	4	3	5	5	4	1	1	81	
E9	4	1	1	2	1	1	1	1	4	5	3	1	1	1	1	5	2	1	3	5	4	5	3	4	1	1	1	1	2	67		
E10	3	3	4	1	5	5	5	5	3	5	1	4	2	3	1	3	1	1	4	2	5	4	3	3	3	1	5	2	3	3	93	
E11	4	1	2	4	3	3	5	2	4	5	4	4	1	1	3	1	2	1	4	5	2	5	1	4	2	3	3	4	1	3	87	
E12	3	3	5	3	4	5	5	4	4	5	5	4	5	5	2	5	1	4	5	3	1	3	2	3	3	3	1	2	1	5	104	
E13	4	3	2	5	3	2	1	3	5	1	3	5	3	2	1	5	2	2	5	5	3	1	1	4	1	2	5	4	1	1	85	
E14	5	5	2	1	4	3	2	3	5	3	4	5	5	3	5	5	5	1	2	4	2	5	1	5	2	3	1	1	4	4	100	
E15	1	3	2	2	5	1	5	5	5	3	1	2	5	5	1	3	2	4	2	5	2	5	5	3	5	1	2	5	3	4	97	
E16	5	4	2	5	5	2	4	4	3	2	4	2	1	2	1	5	4	2	5	4	1	5	4	4	1	1	2	1	2	4	91	
E17	1	3	4	3	3	1	4	2	5	2	4	5	2	5	3	1	2	4	1	5	5	1	4	1	1	4	3	4	4	2	89	
E18	5	2	5	4	3	3	2	2	4	2	1	1	4	1	1	3	5	1	5	2	4	3	4	2	2	4	5	4	4	1	89	
E19	2	4	4	3	1	1	1	5	4	2	5	5	4	4	1	1	5	5	3	4	5	5	4	2	3	5	4	3	1	3	99	
E20	4	4	1	4	4	3	2	3	3	5	2	2	1	3	2	5	4	2	1	4	1	1	1	4	1	3	3	4	2	1	80	
<b>VARIANZA</b>	<b>2.048</b>	<b>1.648</b>	<b>1.860</b>	<b>2.048</b>	<b>2.110</b>	<b>1.690</b>	<b>2.740</b>	<b>1.888</b>	<b>1.688</b>	<b>2.340</b>	<b>2.228</b>	<b>2.648</b>	<b>2.250</b>	<b>2.128</b>	<b>2.128</b>	<b>2.910</b>	<b>2.640</b>	<b>1.810</b>	<b>2.548</b>	<b>2.228</b>	<b>2.240</b>	<b>2.288</b>	<b>2.428</b>	<b>1.848</b>	<b>1.810</b>	<b>1.888</b>	<b>2.588</b>	<b>2.028</b>	<b>1.348</b>	<b>1.840</b>		
<b>SUMATORIA DE VARIANZAS</b>	<b>63.875</b>																															
<b>VARIANZA DE LA SUMA DE LOS ÍTEMS</b>	<b>424.760</b>																															

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[ 1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

	$\alpha$ :	Coeficiente de confiabilidad del cuestionario	<b>0.88</b>
	k:	Número de ítems del instrumento	30
	$\sum_{i=1}^k S_i^2$ :	Sumatoria de las varianzas de los ítems.	63.88
	$S_T^2$ :	Varianza total del instrumento.	424.76

RANGO	CONFIABILIDAD
0.53 a menos	Confiabilidad nula
0.54 a 0.59	Confiabilidad baja
0.60 a 0.65	Confiable
0.66 a 0.71	Muy confiable
0.72 a 0.99	Excelente confiabilidad
1	Confiabilidad perfecta

## Anexo 6: Aprobación del Comité de Ética

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD		
	CÓDIGO: UPNW-EES-FOR-069	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 11/08/2022

Yo, Elvia Soledad Alayo Esparza identificado con DNI Nro. 18229808, domiciliado en \_Manuel Scorza Mz. C.Lt 06 Campoy SJL, *estudiante/bachiller/egresado(a) /docente/investigador* de la carrera profesional de *Enfermería*, he realizado el Trabajo de Investigación titulado "Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el *area* de emergencia Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024" para optar el *grado académico/título profesional* de Maestría en gestión de salud , para lo cual,

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

1. El título del Trabajo de Investigación ha sido creado por mi persona, es original y no existe otro con igual denominación.
2. Después de la revisión de la tesis con el software de originalidad se declara 9% de coincidencias.
3. Se conduce la investigación de acuerdo a lo estipulado en el protocolo y consentimiento(s) informado(s) aprobados por el CIEI.
4. Se inicia esta investigación únicamente luego de haber obtenido la aprobación del CIEI -UPNW.
5. Para la recopilación de datos se ha solicitado la autorización respectiva a la empresa u organización, evidenciándose que la información presentada es real.
6. No existe mala conducta científica (fabricación de datos, falsificación y plagio).
7. En el caso de omisión, copia, plagio u otro hecho que perjudique a uno o varios autores es responsabilidad única de mi persona como investigador eximiendo de todo a la Universidad Privada Norbert Wiener (UPNW) y me someto a los procesos pertinentes originados por mi persona.

Lima, 25 de Abril del 2025



Elvia Soledad Alayo Esparza  
DNI:18229808  
Fecha:( 25/04/2025)

## **Anexo 7: Formato de consentimiento informado**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Instituciones : Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora : Elvia Soledad Alayo Esparza

Título : Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia  
del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024

---

**Propósito del estudio:** Estamos invitando a usted a participar en un estudio llamado: “Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024”. Este es un estudio desarrollado por la tesista de la Universidad Privada Norbert Wiener, Elvia Soledad Alayo Esparza. El propósito de este estudio es Determinar la relación entre el tiempo de espera y la satisfacción del usuario en el área de emergencia del Hospital Nacional Hipólito Unanue 2024. Su ejecución ayudará/permitirá a lograr dicho objetivo.

#### **Procedimientos:**

Si Usted decide participar en este estudio se le realizará lo siguiente:

- Se le administrará dos cuestionarios sobre las variables de Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia
- Se recolectará sus datos personales.
- Se procesará dicha información con fines solo de investigación.

La encuesta puede demorar unos 50 minutos entre el desarrollo de ambos cuestionarios. Los resultados de los instrumentos aplicados se le entregaran a Usted en forma individual o almacenaran respetando la confidencialidad y el anonimato.

**Riesgos:**

La investigación no representa algún riesgo para su integridad.

**Beneficios:**

Usted conocerá su estado de Tiempo de espera y satisfacción del usuario en el área de emergencia.

Esta información permitirá que se le brinde una mejor atención.

**Costos e incentivos**

Usted no deberá pagar nada por la participación. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

**Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de Usted. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

**Derechos del paciente:**

Si usted se siente incómodo durante el desarrollo de la investigación, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud y/o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el investigador principal Elvia Soledad Alayo Esparza al número 945 607 446, o al Comité de ética, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, Email: [comite.etica@uwiener.edu.pe](mailto:comite.etica@uwiener.edu.pe)

## **CONSENTIMIENTO**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas pueden pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

**Participante:**

**Nombres**

**DNI:**

**Investigador**

**Nombres**

**DNI:**

## Anexo 8: Aprobación del Institución para levantamiento de información



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Nacional Hipólito Unanue

OFICINA DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

El Agustino, 09 de mayo de 2025

### CARTA N° 242 -2025-DG-OADI-N° 046 / HNHU

Licenciada  
**ELVIA SOLEDAD ALAYO ESPARZA**  
Investigadora Principal  
Presente.-

Asunto : Aprobación de Proyecto de Tesis  
Referencia : Carta N°057 -2025 -CIEI-HNHU  
Expediente N° 25-015249 -001

De mi consideración:

Tengo a bien dirigirme a usted para saludarla cordialmente y comunicarle que, a través del documento de la referencia, el Comité Institucional de Ética en Investigación informa que en sesión ordinaria de fecha miércoles 23 de abril del año 2025, según consta en el Libro de Actas N°10, acordó por unanimidad **APROBAR** el Proyecto de Tesis titulado: **"TIEMPO DE ESPERA Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL ÁREA DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE 2025"**.

En este sentido, y visto el expediente presentado, esta Dirección General **AUTORIZA** la ejecución del Proyecto de Investigación, recomendando que el periodo de vigencia de esta aprobación se considera por un año, el mismo que caducará el día 23 de abril del 2026.

Sin otro particular, me despido de usted,

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD  
Hospital Nacional "Hipólito Unanue"

DR. MOISES ENRIQUE TAMBINI ACOSTA  
Director General (e)  
CMP. 16412



META/RQM/jsm  
c.c. OADI-HNHU  
c.c. Archivo

## Anexo 9: Reporte de similitud de Turnitin

### Reporte de similitud

#### ● 13% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% 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	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	2%
2	<b>Universidad Wiener on 2024-02-26</b> Submitted works	2%
3	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	1%
4	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
5	<b>SHAPE (VTC college) on 2024-08-06</b> Submitted works	<1%

## ● 13% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 10% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 11% Base de datos de trabajos entregados
- 2% 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	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Internet	2%
2	<b>repositorio.ucv.edu.pe</b> Internet	2%
3	<b>Universidad Wiener on 2024-02-26</b> Submitted works	2%
4	<b>hdl.handle.net</b> Internet	<1%
5	<b>SHAPE (VTC college) on 2024-08-06</b> Submitted works	<1%
6	<b>uwiener on 2024-02-27</b> Submitted works	<1%
7	<b>repositorio.unac.edu.pe</b> Internet	<1%
8	<b>repositorio.unjfsc.edu.pe</b> Internet	<1%