



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO

MOTIVO DE CONSULTA Y TIEMPO DE ESPERA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS DURANTE  
LA PANDEMIA POR COVID-19 2020

PRESENTADO POR

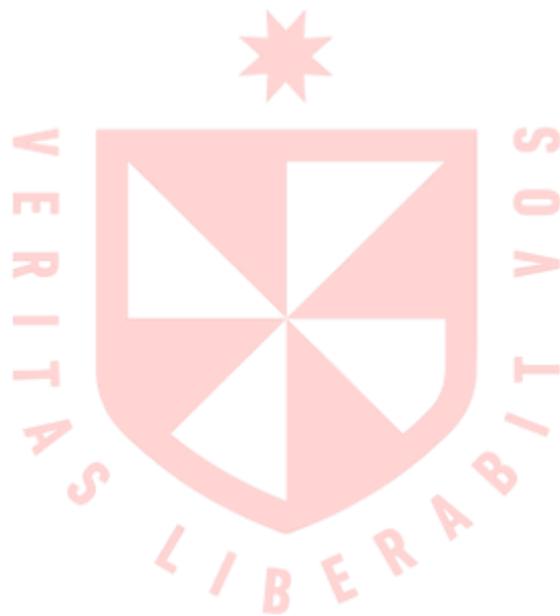
ENRIQUE OSWALDO BEDOYA ISMODES

TESIS PARA OPTAR  
EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS  
DE SALUD

ASESOR  
PEDRO JESUS MENDOZA ARANA

LIMA – PERÚ

2022



**CC BY-NC-SA**

**Reconocimiento – No comercial – Compartir igual**

El autor permite transformar (traducir, adaptar o compilar) a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.



**USMP**  
UNIVERSIDAD DE  
SAN MARTIN DE PORRES

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**MOTIVO DE CONSULTA Y TIEMPO DE ESPERA EN  
ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS DURANTE LA  
PANDEMIA POR COVID-19 2020**

**TESIS**

**PARA OPTAR**

**EL GRADO ACADÉMICO DE MAESTRO EN GERENCIA DE SERVICIOS DE  
SALUD**

**PRESENTADA POR**

**ENRIQUE OSWALDO BEDOYA ISMODES**

**ASESOR  
DR. PEDRO JESUS MENDOZA ARANA**

**LIMA, PERÚ  
2022**

## **JURADO**

**Presidente: Dr. Ricardo Alberto Aliaga Gastelumendi**

**Miembro: Mrta. Cybill Andrea Chavez Rivas**

**Miembro: Mg. Paul Fernando Cuellar Vilanueva**

*A Dios que me da la oportunidad de ser mejor día a día  
y a mi familia, quien me apoya incondicionalmente  
a crecer como profesional y persona.*

## **AGRADECIMIENTOS**

Al Dr. Pedro Jesús Mendoza Arana y a la Universidad de San Martín de

Porres, por brindarme la posibilidad y

herramientas necesarias.

## ÍNDICE

	<b>Págs</b>
<b>Portada</b>	i
<b>Jurado</b>	ii
<b>Dedicatoria</b>	iii
<b>Agradecimientos</b>	iv
<b>Índice</b>	v
<b>Resumen</b>	vi
<b>Abstract</b>	vii
<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>II. MARCO TEÓRICO</b>	6
<b>III. METODOLOGÍA</b>	20
<b>IV.RESULTADOS</b>	29
<b>V. DISCUSIÓN</b>	33
<b>VI. CONCLUSIONES</b>	36
<b>VII. RECOMENDACIONES</b>	37
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	38
<b>ANEXOS</b>	50
ANEXO 1	50

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la asociación entre el motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 2020.

**Metodología:** Estudio no experimental, observacional analítico de tipo transversal con análisis secundario de datos de la ENAHO del Instituto de Estadística e Informática (INEI) del año 2020. Para el análisis, se consideró como motivo de consulta en síntomas COVID-19 y otros síntomas agudos.

**Resultado:** Se realizó el análisis de 1363 personas encuestadas. No se encontró asociación entre motivo de consulta y tiempo de espera. Se encontró asociación significativa entre tiempo de espera con con sexo femenino, educación superior, lugar de residencia Lima, acudir a establecimiento del Ministerio de Salud (Minsa) y ser atendido por personal médico. No se encontró asociación con motivo de consulta. En el análisis multivariado encontró asociación con sexo femenino (RP(a): 2.94; 95% IC: 2.94 - 14.73), residir en Lima (RP(a): 2.28; 95 %IC: 1.80 - 24.34). **Conclusiones:** No se encuentra asociación entre motivo de consulta y tiempo de espera. El sexo femenino, establecimiento de salud Minsa, acudir a establecimiento en Lima y ser atendido por personal médico se asocian a mayor tiempo de espera.

**Palabras Clave:** Servicios de Salud Atención a la Salud, COVID 19, Pandemia de COVID-19, Atención Médica.

## **ABSTRACT**

Objective: To identify the association between the reason for consultation and waiting time in the health during the COVID-19 pandemic 2020. Methodology: Cross-sectional study with secondary analysis of data from the ENAHO of the Institute of Statistics and Informatics (INEI) done in 2020. For the analysis, regarding the reason for going to the health facility, symptoms were considered compatible with COVID- 19 and other acute symptoms. Results: Data of 1363 participants were analyzed No association was found between reason for consultation and waiting time. A significant association was found between waiting time with women, higher education, place of residence in Lima, going to an Ministerio de Salud (Minsa) establishment and being treated by a doctor. No association was found with the reason for consultation. In the multivariate analysis found an association with female sex (PR (a): 2.94; 95% CI: 2.94 - 14.73), reside in Lima (PR (a): 2.28; 95% CI: 1.80 - 24.34). Conclutions: There is no association between reason for consultation and waiting time. The female sex, Minsa health establishment, being attended in Lima and being attended by medical personnel are associated with longer waiting time.

**Keywords: Waiting Rooms, Delivery of Health Care, COVID-19,**

NOMBRE DEL TRABAJO

**MOTIVO DE CONSULTA Y TIEMPO DE ESPERA EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19**

AUTOR

**ENRIQUE OSWALDO BEDOYA ISMODES**

RECUENTO DE PALABRAS

**13113 Words**

RECUENTO DE CARACTERES

**68641 Characters**

RECUENTO DE PÁGINAS

**59 Pages**

TAMAÑO DEL ARCHIVO

**1.3MB**

FECHA DE ENTREGA

**Nov 3, 2022 2:18 PM GMT-5**

FECHA DEL INFORME

**Nov 3, 2022 2:21 PM GMT-5**

● **8% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 8% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● **Excluir del Reporte de Similitud**

- Base de datos de trabajos entregados
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)
- Material bibliográfico
- Material citado

PEDRO JESUS MENDOZA ARANA



Pedro Jesús Mendoza Arana  
Doctor en Medicina

# I. INTRODUCCIÓN

## 1.1 Descripción de la situación problemática

La enfermedad producida por el coronavirus (COVID-19) se suscitó desde fines del 2019, llegando a afectar a gran porcentaje de la población desde el primer trimestre de 2020 (1) . Hasta el momento, se han reportado más de 500 millones de casos positivos, de los cuales, aproximadamente 6.3 millones han fallecido (1) Esta pandemia ha afectado a varios países, generando deterioro económico y sanitario (2).

América latina fue una de las regiones más afectadas, con mayor número casos y muertes registradas (4). La intensidad de daño en este continente, demostró el impacto económico y social; además, demostró la incapacidad y precariedad del sistema de salud de muchos de los países, por lo que se llegó a considerar como el nuevo epicentro de la pandemia (5) El país más afectados de la región fue Brasil (5).

Perú se encuentra entre los 30 países más afectados por esta patología a nivel mundial y entre los 5 primeros a nivel de Latinoamérica. Se llegó a reportar más de 3.6 millones de casos positivos; 212 mil muertes y más de 2 millones de personas recuperadas (1) .Además, generó que la crisis sanitaria que afectaba al país por más de 30 años sea agravada, ocasionando mayor dificultad de acceso a establecimientos de salud por parte de los pacientes asegurados y no asegurados(2). Ello se ve reflejado en la disminución de atenciones por un personal calificado y en la búsqueda de otras vías más rápidas de asistencia como las farmacias u otros establecimientos no formales de salud (7).

El tiempo de espera para recibir atención médica presenta una barrera para el acceso y la participación en el sistema de salud. Los periodo de espera para el ámbito de cirugía electiva y atención en departamento de emergencia son los más estudiados y se ha demostrado que durante estos últimos 10 años no ha presentado cambios, sobre todo en países desarrollados. Por el contrario, en países en vías de desarrollo el tiempo de espera en general se distribuye de

manera irregular, siendo mayor en personas de nivel socioeconómico mas bajo.(78

El tiempo de espera máximo basado en índices internacionales es variable según la unidad prestadora de servicio de salud (UPSS) y la clasificación en los niveles del sistema de Manchester. En el caso de atenciones urgentes debería ser máximo de 60 minutos y para consulta externa entre 120 a 240.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en el 2015, el tiempo para la atención promedio, sea público o privado, hasta recibir atención en consultorio médico fue de 104 minutos, en caso de clínicas, fue de 42 minutos, en Essalud fue de 81 minutos y los que mayor tiempo de espera registraron fueron los que acudieron a establecimientos del Minsa, con un aproximado de 148 minutos (9). En el año 2016, se reportó que en hospitales del ministerio y de gobiernos regionales fue aproximadamente 135 minutos (19) La duración de espera puede generar insatisfacción del usuario externo, aglomeración, disminución del distanciamiento social, aumento de probabilidad de contagio y afectar negativamente en la atención (11–14)

Al partir del mes de marzo del 2020, debido al rápido contagio y aumento de casos, que llevo a desestabilizar al sistema de salud en general, la atención de los pacientes con enfermedad producida por el coronavirus, se habilitaron espacios diferenciados, con el fin de evitar los contagios intrahospitalarios y poder contar con una rápida respuesta por parte de los diferentes establecimientos de salud. Durante los proximos meses de la pandemia, pese a la implementación de estas áreas especiales para pacientes con sintomatología compatible con COVID-19 y al aislamiento social obligatorio a nivel nacional y con ello la disminución del uso de los servicios de salud por otras causas, se continuó percibiendo demora en el tiempo para la atención, lo que generaba grandes colas; además de evidenciarse la falta de recursos humanos, desabastecimiento de equipamiento biomédico y de medicamentos (15).

Luego de la revisión bibliográfica, no se ha evidenciado que se haya realizado investigaciones previas con la finalidad de determinar si el tiempo de espera de asocia al motivo de consulta en establecimientos públicos durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020. De esa manera, se evidencia la necesidad de llevar a cabo una investigación cuantitativa con base de datos secundaria a partir de la ENAHO 2020, permita obtener datos representativos sobre el tiempo de espera y el motivo por el cual se realiza la consulta en establecimientos de salud públicos.

## **1.2 Problema de Investigación**

¿Existe asociación entre el motivo de consulta y el tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 en el 2020?, según un análisis de la ENAHO 2020.

## **1.3 Objetivo**

### **1.3.1 Objetivo general**

El objetivo general fue determinar la asociación entre el motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 2020.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia de la investigación**

La presente investigación, a partir de le ENAHO 2020, es importante y se encuentra justificada debido a que se realiza con el propósito de aportar el conocimiento existente sobre la relación de ambas variables en tiempos de pandemia y conocer el tiempo de espera aproximado en los dos sistemas de salud públicos (Minsa y Essalud) según el motivo de consulta. Se cuenta con gran cantidad de sujetos para el análisis del estudio. Políticamente viable y de interés nacional. No existen problemas éticos para la realización.

La información obtenida y resultados de la presente investigación es importante para gestores en salud, encargados de calidad, personal administrativo, y personal asistencial, debido a que permitirá a dichos profesionales de los establecimientos de salud tomar decisiones inteligentes para la mejora del tiempo de espera por cada UPSS o servicio en específico, identificando cuales son los factores que se asocian a mayor tiempo de espera y tomando medidas para cada uno de ellos; además, con ello mejoraría los índices de calidad y satisfacción por parte del usuario externo. Se deben considerar de igual manera los determinantes de salud, los cuales se asocian a dificultades para acceder al sistema de salud, como el caso del género y educación, pertenecientes a los determinantes estructurales (3). Por otro lado, permitirá realizar estudios específicos por UPSS y que puedan medir cada momento desde la llegada del paciente al establecimiento de salud hasta la atención por el profesional médico o de salud.

### **1.5 Limitaciones del estudio**

Esta tesis es viable debido a que el acceso de los microdatos a partir de la ENAHO 2020 del INEI es de acceso libre y público, se cuenta con herramientas intelectuales y programas estadísticos que permiten el análisis de los datos obtenidos; además, de contar con el tiempo necesario para la investigación correspondiente (4).

Las limitaciones que se pueden encontrar en el presente estudio es a que al tratarse de un estudio transversal y de fuente secundaria, puede presentar sesgos de memoria y del entrevistador; además, que no se puede concluir sobre causalidad o temporalidad de efectos, pero si permite obtener prevalencia (16). Se debe tener en cuenta que la aplicación del cuestionario no difiere el uso por parte del usuario; es decir, que tipo de Unidad Prestadora de Servicio de Salud (UPSS) utilizó específicamente, como es el caso de consultorio externo, emergencia u otros de las diferentes UPSS; además, de no contar con información respecto al tiempo de espera presentados en cada proceso de la atención, desde la llegada al centro de salud hasta la atención por el profesional de salud, por lo que el tiempo de espera debe de considerarse como referencial.

Hay que tener en cuenta que la encuesta no se plantea con finalidad de responder la pregunta de investigación, sino de poder recolectar la información requerida por el INEI. Los resultados obtenidos no son extrapolables a otras poblaciones aseguradas, como los pertenecientes a las Fuerzas Armadas o a la policía, ni a poblaciones de establecimientos privados.

## II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 Antecedentes de la investigación

Acuña et al., en el 2012, evaluó el grado de satisfacción generada por la atención a los pacientes de entre 60 y 90 años mediante un diseño transversal, descriptivo, observacional y prospectivo. Se realizó la aplicación de encuesta enfocada en la satisfacción basada en el Illustrated Patient Satisfaction Instrument en una muestra de 100 pacientes en dicho rango de edad. Se obtuvo que el 66% de los encuestados esperó más de 3 turnos para ser atendidos; además, que existió relación entre el tiempo de espera y el nivel de satisfacción (14).

Oche y Adamu, en el 2013, realizaron una investigación, la cual tuvo como objetivo evaluar los determinantes del tiempo de espera en pacientes del departamento de consulta externa en un hospital de tercer nivel en Nigeria, mediante un estudio transversal con aplicación de un instrumento a una muestra de 100 pacientes. Se obtuvo que más del 60% de los pacientes esperaron entre 90 a 180 minutos, mientras que 36.1% esperaron menos de 5 minutos, esto debido principalmente a la brecha de recursos humanos que ha llegado a presentar dicha institución (17)

Fontova-Almató, Juvinyá- Canal y Suñer-Soler, en el año 2015, con el objetivo de evaluar el nivel de satisfacción presente en los usuarios externos y la relación con el tiempo de espera en un servicio de urgencias. Se observó la relación inversamente proporcional entre tiempo de espera con y satisfacción. Los usuarios que fueron comunicados sobre el tiempo de espera hasta atención por el médico registraron mejores niveles de satisfacción que los que no fueron informados (14)

Gerónimo-Carrillo y Guzmán-Cejas, en el año 2015, realizaron una investigación en un establecimiento de salud en la ciudad de Tabasco mediante aplicación de la encuesta SERVQUAL. Se concluyó que desde la perspectiva de los pacientes el tiempo de espera prolongado, junto a otros factores como incumplimiento de horario de atención, escasez de medicamentos y deficiencias físicas se asocian a bajo nivel de calidad de servicio (18)

Alarcon- Ruiz, en el año 2019, determinó la relación entre satisfacción y periodo de espera del usuario externo, mediante el uso de una base secundaria ENSUSALUD 2015. En el estudio se demostró que el tiempo de espera como el tiempo de consulta mostraron una asociación con la satisfacción general del paciente, la cual fue más fuerte en los primeros 90 min de espera y en los primeros 15 min de consulta (19)

Valladares- Garrido, en el año 2021, realizó un estudio tipo transversal en establecimientos de salud de un área urbana de Lima. En el presente, se utilizó un cuestionario para medir la accesibilidad a los servicios de salud, factores demográficos, socioeconómicos y las características de los servicios de salud. Se demostró, que tiempo de espera larga para la atención y se mujer se asociaron con una menor frecuencia de accesibilidad (20)

Ballesteros, en el año 2016, realizó una investigación cuantitativa, basada en una encuesta nacional Argentina, en la cual tenía como objetivo realizar el análisis de los tiempos de espera desde la solicitud de un turno y la atención por médico especialista, según características sociodemográficas. Se obtuvo que el los grupos con menor ingreso, menor nivel educativo y que cuentan únicamente con aseguramiento público, son lo que mayor tiempo de espera reportan. Estos resultados generan afectación de la calidad e impacta en percepción de proceso salud-enfermedad- atención (21).

Mathews, en el 201, realizó un estudio sobre satisfacción y tiempo de espera en pacientes con cáncer de mama, próstata, pulmón o colorrectal. La satisfacción de los pacientes con los tiempos de espera estaban influenciadas por tres dimensiones interrelacionadas: las habilidades interpersonales de los médicos, la coordinación de la atención y la puntualidad de la atención (22).

Umbarkar P, et al. 2020, realizaron durante los meses de Abril a Setiembre de dicho año. Se aplicó un cuestionario en las que se evaluaban información general, como el modo de transporte, estado de ánimo durante el tratamiento, conciencia sobre la pandemia, satisfacción con la atención brindada por el personal de atención médica y también la documentación de sugerencias para mejorar la calidad de la atención. En este caso el 90% de los participantes se mostró satisfecho con el estado y medidas de seguridad empleadas en el área de espera y sección de facturación. Se encontró que más del 70% mostró alta satisfacción con los servicios (23).

Toga- Sato, en año 2021, realizó un estudio con el fin de conocer el impacto del tiempo de espera real y el tiempo de espera percibido en la satisfacción del tratamiento en pacientes con diabetes que reciben atención ambulatoria mediante la aplicación de un cuestionario que incluye preguntas sobre sus percepciones del tiempo de espera (tiempo de espera percibido) y satisfacción con el tratamiento (DTSQ). Se obtuvo que se encontró asociación inversa entre tiempo de espera real y percibida con la satisfacción de los pacientes; es decir, acortando ambos tiempos a través de la mejora de la respuesta por parte del personal médico aumentaría la satisfacción del paciente (24).

Pujolar, en el año 2022, realizó una revisión sistemática de estudios realizados entre fines del 2019 y fines del 2021. En total se estudiaron 16 artículos. En ella se describió reducción del uso de servicios de salud. En dos estudios se demostró que existió un aumento del tiempo de espera durante la pandemia y en otro aumento de costo (25).

Taype-Huamani et al., en el año 2019, realizaron una investigación, en la cual evaluó el tiempo de espera por parte de los usuarios externos con problemas médicos urgentes en el servicio de emergencia del hospital nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM) durante el año 2018. Se concluyó que los tiempos de espera en el caso de la primera atención se encuentra dentro del rango recomendado internacionalmente, el cual es menos de 60 minutos. Se concluyó que luego de la implementación de un programa de mejora en los procesos, el tiempo fue similar a estándares en otros países (26).

Bergh, Bishu y Taddese, en el año 2022, realizaron una investigación sobre la satisfacción del paciente, basándose en la teoría de la calidad de la atención médica de Donabedian con las características, la estructura y el proceso del paciente como los principales determinantes, con el objetivo de evaluar dichos determinantes de satisfacción en mujeres embarazadas con la atención prenatal en Kenia, Tanzania y Malawi. Además de encontrar asociación entre determinantes estructurales y de proceso diferentes en cada país, se obtuvo que el tiempo de espera era un factor importante que se asocia a satisfacción en los 3 países (27).

Acosta et al., realizaron una investigación en el año 2020, en la cual describieron las manifestaciones de pacientes con diagnóstico de COVID-19, mediante evaluación de características socio-demográficas, antecedentes e imagenológicas, tratamientos y evolución de los pacientes que fueron atendidos en emergencia del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins perteneciente a Essalud. Este estudio fue uno de los primeros estudios realizados en un hospital a nivel nacional desde la notificación del primer caso de COVID-19 y se llegó a encontrar en su momento que la mayoría de pacientes eran de sexo masculino y pacientes que presentaban comorbilidades (28)

Méndez-Malpartida, en el año 2020, estudió el periodo de espera en la atención del usuarios con diagnóstico COVID-19. Con un diseño descriptivo, exploratorio y basado en experiencias de atención de los usuarios de acuerdo a su vivencia. Se concluyó que la espera de la atención por médico tratante es de 20 minutos y por el lado de tópicos de medicina, cirugía y ginecología puede llegar a ser hasta 3 horas. Se demuestra que el tiempo de espera hasta la atención no es el optimizado. El tiempo en laboratorio y en la espera de los exámenes auxiliares en emergencia tienen un impacto mayor con el tiempo de espera global en los usuarios (11).

Nguyen, en el año 2018, realizó un estudio para identificar los factores que se asocian a mayor tiempo de espera en paciente que reciben atención médica ambulatoria, mediante un estudio de tipo transversal en un hospital nacional de alta influencia en Vietnam. Es este estudio, se obtuvo que los pacientes adultos mayores, pacientes que acuden a medicina interna, tiempo de registro temprano y que pasen por análisis de sangre fueron factores contribuyentes para un tiempo de espera mayor (29).

Galvão, en el año 2020, realizó una investigación, en la cual evaluó el tiempo de espera y duración de las consultas médicas en una ciudad de Brasil. Se concluyó que la media de espera fue de aproximadamente 125 minutos (IC 95% 120.2; 130.5). El sexo femenino, la pobreza, las personas con nivel educación de menor nivel, los indígenas, las personas residentes en el interior del estado, las personas sin seguro de salud y las personas que acuden a atención por especialistas en ginecología presentaron mayor tiempo para la consulta ( $p < 0.05$ ). La duración de la consulta fue menor para las personas que no eran de etnia blanca y las no aseguradas ( $p < 0.05$ ). En promedio, la duración de las consultas médicas fue la mitad de la duración de la espera (30).

Narro-Cornelio y Vásquez-Tirado, en el año 2020, realizó una investigación para describir las características clínicos-epidemiológicos en pacientes con diagnóstico de COVID-19 de la Red de Salud Virú. Se obtuvo que la mayoría de pacientes eran de sexo masculino y los síntomas más frecuente fueron la tos, el malestar general y dolor de garganta. La comorbilidad predominante fue la diabetes mellitus (31).

Anaypoma- Ocón, et al., en el año 2020, estudiaron las características clínicas y epidemiológicas relacionadas con letalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19 en el Hospital Simón Bolívar de Cajamarca, durante junio y agosto del año 2020. Se llegó a la conclusión que las característica clínica que podrían aumentar la letalidad en pacientes hospitalizados por COVID-19 la saturación de oxígeno menor al 80%, y características epidemiológicas se encontró la edad, el uso de ivermectina como parte del tratamiento hospitalario y la solicitud desatendida de camas de UCI.(32).

Vela-Ruiz, en el año 2021, determinó el nivel de calidad de atención de los pacientes del puesto de salud de Huayana Apurímac 2017, mediante un diseño cuantitativo, observacional, descriptivo de corte transversal y prospectivo. Se realizó a partir de la norma técnica del MINSA respecto a equipamiento e infraestructura, instrumento SERVQUAL y ficha de registro de tiempo de espera. Es este estudio obtuvo el resultado que más de la mayoría de pacientes esperó entre 0 a 5 minutos (33).

Muschol J, en el año 2021, en su investigación se trazó como objetivo analizar el tiempo de espera para la atención de especialistas ambulatorios para diferentes grupos de pacientes en función de su estado de seguro y nivel de oferta, pero por el problema de la pandemia de COVID-19, generó que realizaran un ensayo clínico en el que se realizaban llamadas a consultas externas de especialistas y solicitaron una cita para evaluar los tiempos de espera y el impacto producido por el COVID-19. Se concluyó que la incertidumbre de los pacientes por el temor a una posible infección por COVID-19 puede haber liberado capacidades en las prácticas de los médicos, lo que se ha reflejado en

menor tiempo de espera. Al mismo tiempo, la situación excepcional provocada por la pandemia puede haber generado incertidumbre entre los médicos, que podrían haber asignado citas con menor frecuencia (34).

ISARIC clinical characterisation group, en el año 2021, analizó la variación de síntomas de los pacientes admitidos al hospital con COVID-19 de acuerdo a edad y sexo. La investigación fue un estudio observacional prospectivo internacional en 43 países en el año 2020 de 60 109 pacientes con sintomatología y diagnóstico de COVID-19. Como resultado se obtuvo que los síntomas “típicos” fueron los más reportados como fiebre (69%), tos (68%) y disnea (66%). En pacientes mayores de 60 años y en niños que acudieron a los hospitales con diagnóstico de COVID-19 tienen menos frecuencia de los síntomas “típicos”; además, las náuseas y vómitos son síntomas atípicos que son comunes en menores de 30 años. De igual manera la confusión es un síntoma atípico en mayores de 60 años. Las mujeres tienen menos síntomas respiratorios típicos a comparación de los hombres(35)

Biya, en el año 2022, en su investigación planteó el objetivo de analizar el tiempo de espera y factores asociados en pacientes ambulatorios de Hospitales Públicos de la zona de Jimma, en el sudeste de Ethiopia, Mediante un estudio transversal y análisis de 422 pacientes, se obtuvo como conclusión que el tiempo de espera fue mayor que el promedio recomendado internacionalmente (93 minutos); además, que el tiempo de espera puede verse afectado por nivel de educación; es decir, los pacientes que no tenían la capacidad de leer y escribir esperaban 2.25 veces más a comparación de los pacientes con educación superior(36)

Mas-Ubillus, en el año 2021, realizó un estudio de cohorte retrospectivo, unicéntrico, que incluyó 1537 pacientes adultos hospitalizados con diagnóstico de neumonía por SARS-CoV-2 entre mayo de 2020 y agosto de 2020 en un hospital nacional de Lima, Perú. Mediante un modelo multivariado ajustado demostró que la mortalidad hospitalaria se asoció a mayor edad y a mayor requerimiento de oxígeno; además de encontrar una asociación entre

mortalidad y marcadores inflamatorios sanguíneos, principalmente leucocitos, dímero D, lactato deshidrogenasa, proteína C reactiva y ferritina (37).

Balasudaram, et al., en el año 2020, mediante el uso de una encuesta global de síntomas en línea, con un total de 78,299 pacientes de 190 países desde Abril hasta Setiembre del 2022. Se realizó un estudio exploratorio para poder analizar de síntomas asociados con un resultado positivo de la prueba COVID-19 por país. Perú, a comparación de otros países, se obtuvo que un menor número de pacientes con diagnóstico de COVID-19, presentaron dolor torácico, fatiga, dolor de cabeza, dolor articular y pérdida de olfato y gusto; pérdida de apetito y temperatura elevada (38) .

Payet, et al. Realizaron un estudio transversal de los primeros 100 pacientes hospitalizados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Lima, Perú) con diagnóstico de COVID-19. La edad media fue de 43,5 años a predominio del sexo masculino. La hipertensión arterial fue la comorbilidad más frecuente. Los síntomas asociados a la COVID-19 incluyeron tos (65 %), fiebre (57 %) y disnea (56 %). La complicación más frecuente fue la insuficiencia respiratoria aguda y la tasa de mortalidad general fue del 39%, donde la principal causa de mortalidad fue el síndrome de dificultad respiratoria aguda (39).

Alcas, et al., en el año 2020, realizó un estudio de cohorte prospectivo observacional que incluyó pacientes con diagnóstico COVID-19, del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Luego del análisis de 179 pacientes se obtuvo que, la edad media fue de  $61,6 \pm 15,5$  años y la predominancia masculina. Entre los síntomas se encontró disfunción olfativa en 24% de los pacientes. Se encontró asociación directa entre gravedad de COVID-19 con edad, tos y dificultad respiratoria (40).

## **2.2 Bases teóricas**

### **2.2.1 COVID-19:**

Infección producida por el virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-CoV-2), el cual pertenece a la familia Coronaviridae (1,30,31). Los primeros casos fueron en China a fines del 2019 (1,34,35). Luego de ello, en el mes de enero se reportaron 835 casos y en el mismo mes en Tailandia, Corea del Sur y en el transcurso de los siguiente meses se reportaron mayor cantidad de casos en diferentes países, por lo cual la Organización Mundial de la Salud (OMS), lo consideró como pandemia. Respecto a sintomatología, la mayoría (80%) de los casos son asintomáticos o leves, 15% cuadro moderado y 5% cuadro severo. Entre los síntomas se consideran la fiebre, tos, diarrea, conjuntivitis, dolor de cabeza, pérdida del gusto y olfato, sistemas gastrointestinales (34,39,42)

De acuerdo con la OMS, las definiciones de los casos son caso sospechoso, el cual es paciente con enfermedad respiratoria aguda y con antecedente de contacto o viaje a zonas con COVID- 19 confirmado en los últimos 14 días. Caso probable es cuando el caso sospechoso cuenta con resultados no concluyentes en pruebas de diagnóstico de COVID-19. Caso confirmado son los pacientes con o sin síntomas, pero que cuentan con una prueba COVID-19 positiva (42–44)

Entre los síntomas y signos de severidad se encuentran disnea, dolor de pecho o dificultad para moverse (11,34) Entre los factores asociados a forma severa o de mayor mortalidad se tiene a la edad avanzada, enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial y otras enfermedades cardiovasculares y pulmonares crónicas (39). El 6 de marzo de 2020 se reportó el paciente cero de COVID-19 en territorio Peruano, aumentando exponencialmente llegando a ser para mediados de abril del mismo año más de 12 mil casos notificados (1,11) Hasta el momento, en el se ha llegado a reportar 3.6 millones de casos positivos y 213 mil muertes (1).

### **2.2.2 Tiempo de espera**

Es el tiempo de espera por parte del paciente desde atención por servicio de admisión hasta ser atendido por el personal de salud. Es un elemento que no solo depende de atención directa del personal de salud sino que depende del nivel administrativo y organizacional del establecimiento de salud. Más del 80% de establecimientos de salud en el Perú son públicos; es decir, pertenecen al Estado. El tipo de atención de estos establecimientos es a través del orden de llegada, lo que genera que los pacientes tengan que esperar innecesariamente para recibir atención (45). Se debe considerar que el sistema de salud peruano presenta una carga mayor, debida e impulsada por el envejecimiento de la población y el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, por lo que se puede considerar tiempos de espera más prolongados (46).

Según reportes del INEI, en el año 2015, el tiempo de espera promedio para la atención en establecimientos de salud público y privados fue de 104 minutos. El tiempo de espera en IPRESS pertenecientes a Essalud fue de 81 minutos y en establecimientos de salud MINSA se reportó 148 minutos. (9). En el año 2016, se reportó que en hospitales del MINSA y de gobiernos regionales fue aproximadamente 135 minutos (10)

En el caso de los años siguientes (2017- 2019), mismos reportes pertenecientes al INEI, el tiempo de espera promedio para ser atendido en establecimientos de salud públicos a nivel nacional fue de 51 minutos, siendo aproximadamente la mitad de lo obtenido en el año 2015. Se identificó a la vez que el tiempo de espera disminuyó en Essalud a 60 minutos y en MINSA a 49 minutos a comparación del año 2015 (47-49).

En el año 2020, Mendez- Malpartida, identificó que el tiempo de espera para ser atendido en un establecimiento de salud perteneciente al MINSA, el Hospital Vitarte, fue de 50 minutos en promedio, datos similares a los obtenidos en el reporte de INEI del 2020, en el cual se obtuvo que el tiempo de espera fue de 49

minutos para dichos establecimientos. En el caso de Essalud se obtuvo que fue de 56 minutos. (11, 50)

El tiempo de espera es un indicador de la opinión sobre la calidad (11,18) Por ello, Maldonado (2002) refiere que el tiempo de espera es un elemento de satisfacción del usuario, que a la vez, puede ser considerado una barrera para poder acceder a los servicios de salud (51) De la misma manera, Maldonado concluye que el tiempo de espera es definido como un indicador cuantitativo que permite entender la importancia de la opinión de los usuarios (50). Además de ello, el tiempo de espera esta asociado a la vez con la satisfacción general del paciente y con el desempeño del establecimiento de salud (19,52).

### **2.2.3 Motivo de consulta**

El motivo de consulta, que es equivalente a la razón de consulta hace referencia a la demanda que hacen los usuarios externos, acerca de síntomas, problemas o dudas que puedan presentar; además, de factores predisponentes, factores inherentes a los servicios y de los proveedores. (53,54). Esta demanda de atención se encuentra condicionada por factores poblacionales y características del sistema de salud (51). El motivo de consulta puede presentar variación dependiendo de la UPSS o servicio que acude el usuario externo; además, este puede ser por motivo clínico o administrativo, asistencial o preventivo, de patología aguda o crónica o para el recojo de resultados de laboratorio o inclusive como exámen médico general. Dicho motivo además, puede variar en grupo etáreo y en género. En un estudio se identificó que hay predominio de adultos mayores en la atención a establecimientos de salud, excepto en el tópico de traumatología, en el cual se observó que la edad promedio era menor de 51 años y el principal motivo de consulta fueron afecciones del aparato locomotor y traumatismos (55).

Para el presente estudio y para poder responder la pregunta de investigación, se consideraron las características de la variable motivo de consulta en síntomas

COVID-19 y otros síntomas agudos, lo cual refiere a síntomas no respiratorio. No se consideraron los pacientes que acudieron por accidente o por recaídas.

Entre los principales motivos de consulta en los años 2011 y 2015 en establecimientos MINSA, se identificaron a aquellos relacionados con los diagnósticos de Infecciones respiratorias altas, seguidas de los relacionadas a diagnósticos de enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares; y en tercer lugar relacionados a las enfermedades infecciosas intestinales (56).

En un estudio realizado en un establecimiento de salud perteneciente a Essalud, el Hospital Nacional Rebagliati Martins, se obtuvo el motivo de consulta según área de atención en el año 2016. El motivo de consulta más frecuente fueron los signos mal definidos, afecciones del aparato genitourinario y traumatismos (55).

En el año 2020, los motivos de consulta en consultorio externo que se identificaron, fueron aquellos relacionados con los diagnósticos de Infecciones respiratorias altas, seguidas de los relacionados a diagnósticos de enfermedades de la cavidad bucal, de las glándulas salivales y de los maxilares, pero en el tercer lugar se tiene al diagnóstico de obesidad y otros tipos de hiperalimentación (58).

#### **2.2.4 Establecimientos de salud públicos**

El sistema público de salud peruano, se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, este último es el correspondiente a la seguridad social. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al Seguro Integral de Salud (SIS) se realiza a través de las Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud (IPRESS) pertenecientes al Minsa, como hospitales e institutos especializados distribuidos a nivel nacional. Los beneficiarios del Minsa, que equivalen al 58% de la población total, consisten en trabajadores de sector informal, del sector agrícola, desempleados y familias.(59)

Essalud por su lado, cubre a los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias. Se caracteriza por prestar el servicios de salud en IPRESS propias bajo el sistema de redes asistenciales, lo que permite la descentralización y dinamización de los servicios; además, de contar con mayor desarrollo tecnológico (60).

### **2.3 Definición de términos básicos**

- Tiempo de espera es el periodo comprendido desde la admisión hasta ser atendido por el personal de salud (45)
- Motivo de atención es la causa por la cual se acude al establecimiento de salud, se considera como síntomas compatibles con COVID-19 y otros síntomas agudos (53);
- Edad es la cantidad de años en números que tiene el entrevistado al momento de la realización de la encuesta (61);
- Sexo es la condición orgánica consignada durante aplicación de encuesta, como hombre o mujer(61);
- Región de residencia es el territorio consignado como domicilio, el cual consiste en costa, sierra, selva y Lima(61).
- Estado civil es la situación de la persona en relación a una pareja, en este caso se consideró con pareja (conviviente y casado) y sin pareja (soltero, divorciado y viudo) (62) ;
- Nivel educativo es el grado de educación más alto que se registra al momento de la encuesta, los cuales incluye para el presente estudio, sin educación, primaria, secundaria y superior (61);
- Comorbilidad es la coexistencia de una o más enfermedad en un mismo individuo (63);
- Establecimiento de salud es el lugar que realiza la prestación del servicio de salud (59);
- Personal de atención es el profesional que provee la consulta y realiza la atención directa, para el presente estudio se ha considerado como médico y no médico (61,64).

## **2.4 Hipótesis de Investigación**

Hipótesis nula (H<sub>0</sub>): No existe asociación entre el motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 2020.

Hipótesis alterna (H<sub>1</sub>): Existe asociación entre el motivo de consulta y tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 2020.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño metodológico

- Según la intervención del investigador, es de tipo observacional con uso de base secundaria (ENAH0 2020), debido a que se observaron los datos de los encuestados con el fin de medir los resultados sin la influencia por parte del investigador en las variables.

- Según el alcance, es de tipo analítico, ya que se estudió la asociación entre dos variables (tiempo de espera y motivo de consulta).

-Según el número de mediciones, es de corte transversal, ya que se recolectó y analizó la data obtenida a partir de la ENAH0 en un momento específico de tiempo (año 2020).

-Según el momento de la recolección de datos, la investigación es de tipo retrospectivo.

El tipo y diseño es observacional, analítico, transversal, retrospectivo y cuantitativo.

#### 3.2 Diseño muestral

Diseño muestral utilizado fue Muestreo no probabilístico consecutivo.

#### **Población universo**

En el presente estudio, el número de personas encuestadas en la ENAH0, durante el año 2020, fue la población universo.

#### **Población de estudio**

La población de estudio fue el número de pacientes mayores de edad (18 años) y menores de 80 años, quienes acudieron a establecimientos de salud públicos (Minsa y Essalud) en las últimas 4 semanas de la aplicación de la ENAH0 2020 y fueron atendidos.

## **Criterios de elegibilidad**

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes de sexo femenino o masculino, que cuentan con Documento Nacional de Identidad (DNI);
- Usuarios mayores de 18 y menores de 80 años, quienes acudieron a establecimientos de salud públicos (Minsa y Essalud) en las últimas 4 semanas de la aplicación de la ENAHO 2020 y fueron atendidos;
- Personas que cuentan con respuestas de interés completas, como motivo de consulta, región de residencia, estado civil, nivel de educación, comorbilidades, a que establecimiento acude; por quién es atendido, tiempo que demora en llegar al establecimiento.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes que respondieron la encuesta o que fueron atendidos en los meses de Enero y Febrero.
- Pacientes que acudieron por presentar como motivo de consulta recaída o accidente.
- Usuarios que acudieron a establecimientos de salud privados o pertenecientes a Fuerzas Armadas o Policía.

## **Tamaño de la muestra**

Se obtuvo el tamaño de la muestra a partir de la frecuencia en una población finita (5), considerando el tamaño de la población de 120 346 como el total de encuestados, mediante la siguiente fórmula, donde:

$$n = \frac{Z^2 pqN}{e^2(N-1) + Z^2 pq}$$

Z= Valor de la tabla de distribución normal, con nivel de confianza del 95%= 1.96.

p= proporción de usuarios con sintomatología COVID= 0.5

q= proporción de encuestados con otros síntomas agudos= 0.5

N= Total de la población =120 346 encuestados en IENAHO 2020

e= Error máximo de estimación= 0.05

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5) \cdot 120\,346}{(0.05)^2 \cdot (120\,346 - 1) + (1.96)^2 \cdot (0.5) \cdot (0.5)}$$

$$n = 382.78$$

$$n = 383$$

El tamaño de la muestra es de 383 participantes para un nivel de confianza del 95% y un error máximo del 5%. La muestra (n=383) representa el 0.32% de la población (N=120 346).

### **Selección de muestra**

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico consecutivo (66).

### **3.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos**

Los datos fueron obtenidos a partir de la ENAHO del INEI correspondientes al módulo de salud, realizada durante el año 2020, la cual tiene un muestreo multiétapico, estratificado, probabilístico e independiente, con acceso libre y público (7,60)

La ENAHO permite desde el año 1995 realizar el seguimiento de los indicadores sobre las condiciones de vida. Debido estado de Emergencia Nacional por la pandemia producida por la pandemia que azotó al Perú desde el año 2020 el INEI continuó ejecutando la recolección de datos de la ENAHO en modalidad de entrevista a distancia, con ello evitar el contacto y exposición del personal encargado de la recolección de datos; además, de cumplir con el aislamiento social obligatorio y poder llegar a obtener y realizar las encuestas sin que se vea interrumpida por la pandemia (61).

La ENAHO se realiza en área urbana y rural en todo el territorio nacional, en los 24 departamentos y en la provincia constitucional del Callao (61).

Se consideraron las siguientes preguntas relacionadas al objetivo general y pregunta de investigación :

- P407H1 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta? N° horas (66)
- P407H2 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta ? N° minutos (66), - P4021 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Síntoma o malestar (64),
- P4022 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Enfermedad(66),
- P4026 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Síntoma del COVID-19 (66)
- P403 ¿A dónde acudió para consultar por esta enfermedad, sintoma o malestar y/o accidente? (Solo se consideraron Hospital MINSA y Hospital del Seguro ESSALUD) (66)

Las preguntas que se consideraron para las demás variables fueron:

- Edad: P208A ¿Qué edad tiene en años cumplidos?
- Sexo: P207. Sexo (Hombre y mujer)
- Estado Civil: P209 ¿Cuál es su estado civil o conyugal? ( considerandose sin pareja y con pareja)
- Region de residencia: DOMINIO. Dominio Geográfico (Costa, Sierra, Selva y Lima)

- Grado de Instrucción: P301A ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó? (considerandose Sin Nivel, Primaria, Secundaria y Superior)
- Comorbilidad: P401 ¿Padece de alguna enfermedad o malestar crónico?
- Personal que realizó la atención: P404 ¿Quién le atendió durante la consulta ? (Considerandose médico y otro personal de salud) (66).

### 3.4 Procesamiento y análisis de datos

Para el análisis, se incluyeron a los encuestados que cuentan con DNI que reportaron ser mayores de 18 y menores de 80 años, quienes acudieron a algún establecimiento de salud público; es decir hospitales de Minsa o Essalud, y que fueron atendidos. Para realizar la revisión de datos y el ajuste de las variables a estudiar se utilizó el programa Microsoft Excel. El análisis fue realizado mediante los programas estadísticos STATA ® v17.0 y SPSS® v28.0.0.14 para macOS.

La variable tiempo de espera se consideró a partir de las siguientes variables pertenecientes al módulo de salud de la ENAHO 2020, con sus respectivas etiquetas:

- P407H1 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta? N° horas (66).
- P407H2 ¿Cuánto tiempo esperó para ser atendido en su consulta ? N° minutos (66).

A partir de ambas preguntas se equipararon en una sola unidad de medida considerada en minutos. Por lo cual, la variable tiempo de espera es cuantificada en minutos.

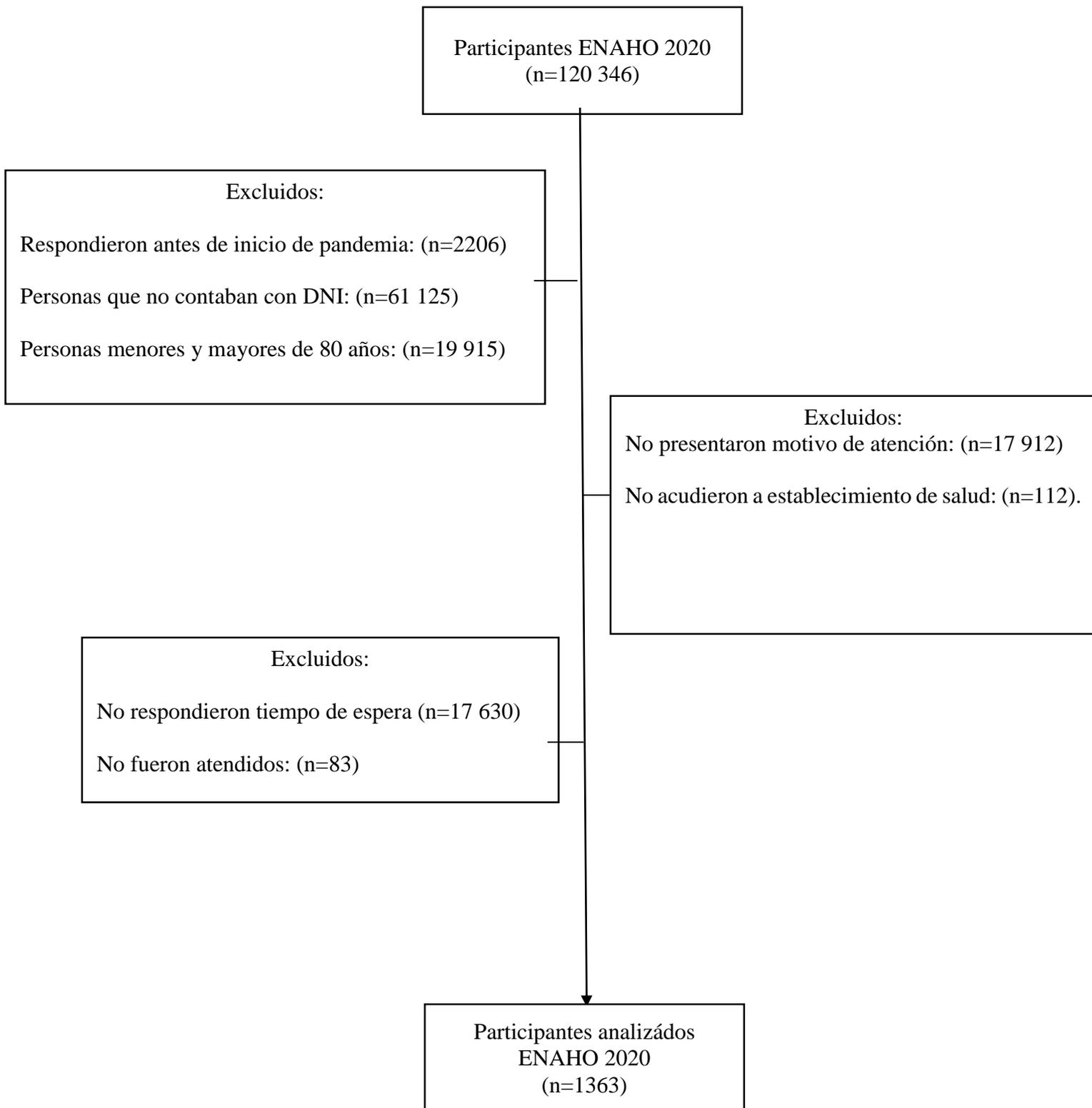
Así mismo, la variable motivo de consulta se consideró a partir de las variables del módulo de salud de la ENAHO 2020:

- P4021 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Síntoma o malestar (66).
- P4022 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Enfermedad(66)

- P4026 En las últimas 4 semanas, ¿Presentó Ud. Algún(a)? Síntoma del COVID-19 (66).

En este caso, se generó la variable dicotómica, motivo de consulta, la cual incluye las categorías Síntomas COVID-19 y Otros síntomas agudos. Para la categoría Síntomas COVID-19, se consideró la combinación de P4021 y P4026, debido a que al recién aplicarse la P4026 a partir del segundo trimestre se presentaron muy pocos encuestados; además, que en el caso de P4021 se refiere a síntomas respiratorios compatibles con la enfermedad producida por el coronavirus como como tos, dolor de cabeza, fiebre, etc (66). En el caso de las preguntas P4023 y P4024, no se consideraron dentro del estudio debido a que hacían referencia el acudir a establecimiento por recaída y accidente. Se consideró a los pacientes que respondieron establecimientos MINSA o Essalud en la pregunta P403.

El estudio se inició con 120 346 encuestados, se excluyeron a 2206 encuestados que respondieron antes de la pandemia por COVID-19, 61 125 personas por no contar con DNI, 19 915 por ser menores de 18 y mayores de 80 años de edad; se excluyeron a 17 912 encuestados que no presentaron motivo de atención y 112 que no acudieron a establecimiento de MINSA o Essalud. Luego de ello se excluyeron 17 713 encuestados por no responder el tiempo de espera y no ser atendidos. Al finalizar se realizó el análisis de 1363 participantes. (Figura 1). Se decidió realizar el análisis de 1363 participantes de la ENAHO 2020, ya que se cuenta con intervalo de confianza de 97% y un error de estimación de 3%. La muestra (n=1363) representa el 1,13% de la población (N=120 346).



**Figura 1.** Flujograma.

Para el estudio de distribución de la variable tiempo de espera se consideró la aplicación del test de Kolmogorov-Smirnov debido a que son más de 50 participantes. (Tabla 1). Como el nivel de significancia asintótica bilateral obtenido es menor al nivel de significancia alpha establecido ( $\alpha=0.05=5\%$ ), se procede a rechazar la H0 y se acepta H1 es decir se acepta que: La distribución del tiempo de espera no proviene de la distribución normal, por lo que en la prueba de hipótesis se debe utilizar una prueba no paramétrica. Sin embargo, al contar con 1363 participantes analizados, se utilizó como base el teorema del límite central, en el cual se indica que si hay una muestra aleatoria de población suficientemente grande (>30 participantes), la distribución de las medias muestrales se puede aproximar a una distribución normal. Por lo tanto, al tener un tamaño de muestra de 1363 participantes, se puede usar tests paramétricos incluso si la distribución de la población subyacente no es normal (16).

**Tabla 1.** Prueba de normalidad Kolmogorov- Smirnov del tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID 19, según la ENAHO 2020.

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Tiempo de Espera	0.306	1363	0.000

Para el análisis descriptivo de la variable tiempo de espera al ser cuantitativa con distribución no normal se utilizó mediana y rango intercuartílico. Las variables categóricas se presentaron en frecuencias y porcentajes.

Para el análisis de la variable dependiente, si las variables independientes eran dicotómicas (sexo, estado civil, comorbilidad, motivo de consulta establecimiento de atención y atención por) se aplicó T de student y en el caso que las variables independientes eran politómicas (grado de instrucción y lugar de residencia)se utilizó ANOVA. Se aplicaron análisis de distribución normal como t-test y ANOVA aplicando el teorema del límite central. Se consideró significativo un valor de p igual o menor a 0.05. El análisis multivariado se realizó mediante el modelo de regresión lineal multivariada cruda y ajustada mediante aplicación del regresión

de Poisson múltiple con varianza robusta. Para el modelo de regresión multivariado se incluyeron todas aquellas variables que presentaron un valor de  $p < 0.05$  en el análisis bivariado.

Para el análisis multivariado se utilizó la regresión múltiple con todo aquellas variables que lleguen a ser significativas ( $p$  menor igual a 0.05) en el análisis bivariado (sexo, grado de instrucción, región de residencia, establecimiento de salud y personal de atención).

### **3.5 Aspectos éticos**

La base de datos obtenida de la ENAHO cuenta con confidencialidad, debido a que no presenta identificación de los pacientes. Se obtuvo a través de la página web del INEI (<http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>). Según el manual del entrevistador del INEI, la recolección de datos por parte del INEI se realizó previo consentimiento verbal al ingresar al hogar donde se realizó la encuesta (7,66). De igual manera, se realizó el envío al comité de ética de la Universidad San Martín de Porres para su evaluación, la cual otorgó la aprobación del mismo.

#### IV. RESULTADOS

Se realizó el análisis de 1363 personas encuestadas. La edad media fue de 49.16 años y el género predominante fue el masculino (62.80%). La mayoría de las personas encuestadas registraron contar con pareja (64.05%). El grado de instrucción que predominó fue primaria (36.98%). La mayor parte de los participantes fueron encuestados en la sierra (38.30%). Se presentó una prevalencia de comorbilidades de 65.44%.

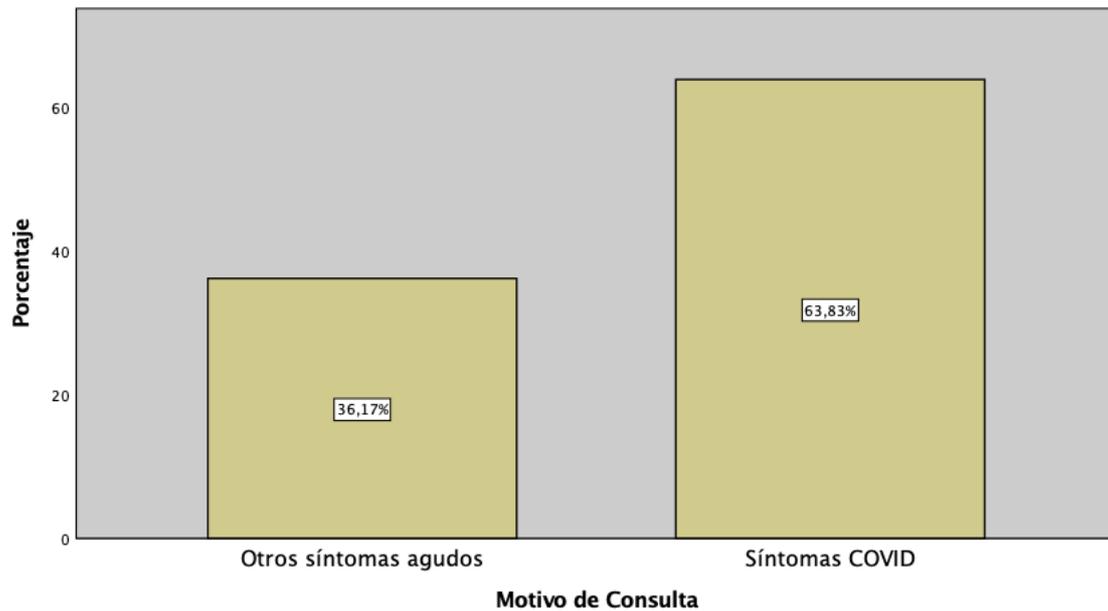
La prevalencia de pacientes con sintomatología COVID-19 fue de 870 (63.83%) y por otros síntomas agudos de 493 (36.17%) (Figura 2), la mayor parte de los pacientes acudieron a establecimientos de salud MINSA (79.16%) y la mayoría fue atendido por personal médico (65.52%). La mediana de tiempo de espera fue de 15 minutos. (Tabla 2 y Figura 3).

**Tabla 2.** Características sociodemográficas en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID 19, según la ENAHO 2020.

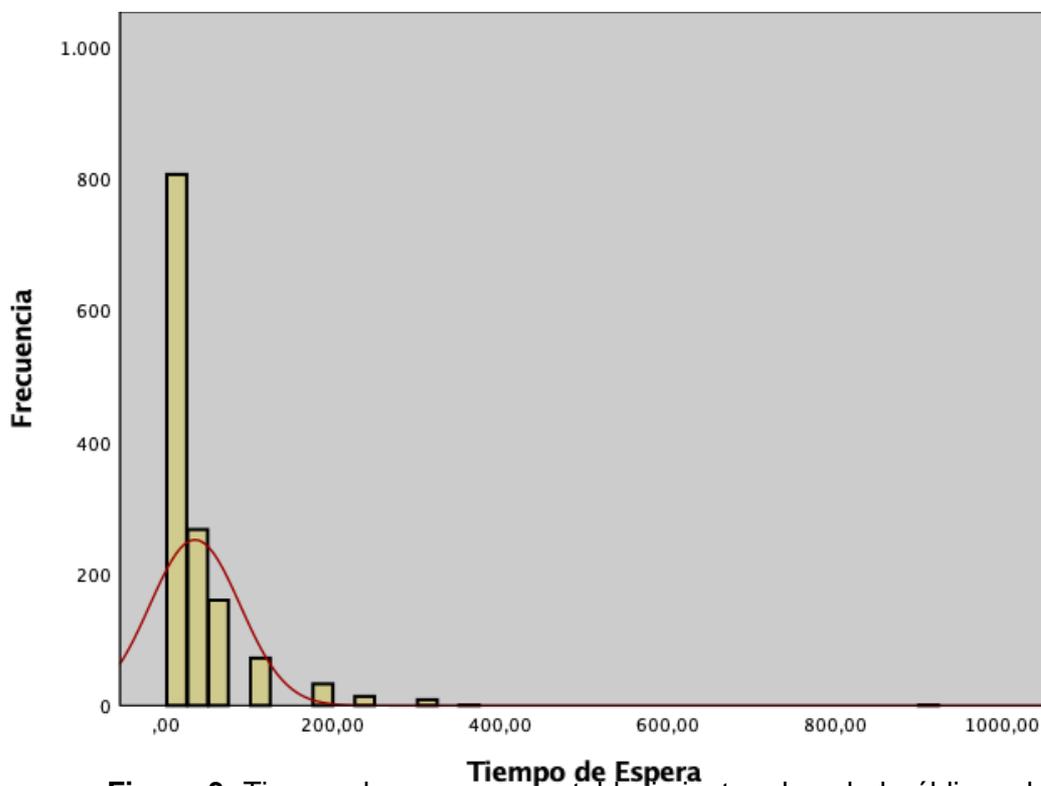
Características	n (%)
Media de edad (+/- DE)	50 ± 16.87
Sexo	
Mujer	856 (62.80%)
Hombre	507 (37.20%)
Estado Civil	
Sin pareja	490 (25.95%)
Con Pareja	873 (64.05%)
Grado de Instrucción	
Sin Nivel	140 (10.27%)
Primaria	504 (36.98%)
Secundaria	456 (33.46%)
Superior	263 (19.30%)
Lugar de Residencia	
Costa	285 (20.91%)
Sierra	522 (38.30%)
Selva	437 (32.06%)
Lima	119 (8.37%)
Comorbilidad	
Si	892 (65.44%)
No	471 (35.56%)
Motivo de Consulta	
Síntomas COVID-19	870 (63.83%)
Otros síntomas agudos	493 (36.17%)
Establecimientos de atención	
Minsa	1079 (79.16%)
Essalud	284 (20.84%)
Atención por	
Médico	893 (65.52%)
No médico	470 (34.48%)
Mediana de Tiempo de Espera (RIC)	15 (5-30)
Media de Tiempo de Espera (+/- DE)	34.31 ±54.01

DE: Desviación Estándar. Estado Civil: Sin pareja= Soltero, viudo, divorciado. Con pareja: Casado, Conviviente. Grado de instrucción: Primaria= incompleta y completa. Secundaria incompleta y completa. Superior= técnico incompleto, técnico completo, universitario incompleto, universitario completo, postgrado. Establecimientos de Salud: Minsa= Ministerio de Salud. Essalud= Seguro

Social del Perú. Atención por: No médico= licenciado/a en obstetricia, en enfermería, técnico en enfermería, auxiliar, promotor de salud.



**Figura 2.** Prevalencia de motivo de consulta en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, según análisis de la ENAHO 2020.



**Figura 3.** Tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, según análisis de la ENAHO 2020.

En el análisis bivariado se encontró asociación significativa entre mayor tiempo de espera con: sexo femenino (36.80 minutos), grado de instrucción superior (43.79 minutos), región de residencia en Lima (56.82 minutos), acudir a establecimiento de Minsa (50.06 minutos) y ser atendido por personal médico (42.32 minutos). No se obtuvo asociación significativa entre motivo de consulta y tiempo de espera (Tabla 3).

**Tabla 3.** Factores asociados al tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, según análisis de la ENAHO 2020.

Características	Tiempo de Espera (minutos)	<i>p</i>
Edad	coef:0.005	0.95
Sexo		0.02
Mujer	36.80	
Hombre	30.13	
Estado Civil		0.45
Sin pareja	35.76	
Con Pareja	33.56	
Grado de Instrucción		0.001
Sin Nivel	25.11	
Primaria	28.50	
Secundaria	38.20	
Superior	43.79	
Región de Residencia		0.001
Costa	42.24	
Sierra	26.73	
Selva	32.1	
Lima	56.82	
Comorbilidad		0.081
Si	36.18	
No	30.8	
Motivo de Consulta		0.44
Síntomas COVID-19	35.16	
Otros síntomas agudos	32.84	
Establecimientos de atención		0.001
Minsa	50.06	
Essalud	30.18	
Atención por		0.001
Médico	42.32	
No médico	19.13	

Estado Civil: Sin pareja= Soltero, viudo, divorciado. Con pareja: Casado, Conviviente. Grado de instrucción: Primaria= incompleta y completa. Secundaria incompleta y completa. Superior= técnico incompleto, técnico completo, universitario incompleto, universitario completo, postgrado. Establecimientos de Salud: Minsa= Ministerio de Salud. Essalud= Seguro Social del Perú. Atención por: No médico= licenciado/a en obstetricia, en enfermería, técnico en enfermería, auxiliar, promotor de salud.

En el modelo de regresión multivariado, las variables asociadas significativamente a mayor tiempo de espera fueron sexo femenino (RP: 2.94; IC: 2.94 – 14.73) y región de residencia lima (RP: 2.28; IC: 1.80 – 24.34) (Tabla 4).

**Tabla 4.** Modelo de regresión multivariado del tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 en el año 2020, según análisis de la ENAHO 2020.

Factores asociados	Coeficientes	RP(a)	IC 95%	valor p
Sexo				0.004
Hombre	Ref	Ref		
Mujer	8.70	2.94	2.94 – 14.73	0.03
Grado de Instrucción				0.079
Sin Nivel Primaria	Ref	Ref		
Primaria	4.32	0.84	-5.72 – 14.37	0.399
Secundaria	8.53	1.61	-1.87 – 18.93	0.108
Superior	6.68	1.12	-5.04 – 18.41	0.263
Región de Residencia				0.079
Costa	Ref	Ref		
Sierra	-4.85	-1.16	-13.05 – 3.33	0.245
Selva	-1.44	-0.34	-9.64 – 6.77	0.731
Lima	13.07	2.28	1.80 – 24.34	0.023
Establecimientos de atención				0.03
Essalud	Ref	Ref		
Minsa	10.62	2.66	2.79 – 18.44	0.008
Atención por				0.000
No médico	Ref	Ref		
Médico	16.38	4.9	9.82 – 22.94	0.000

RP(a): razones de prevalencia ajustadas. IC 95%:Intervalos de confianza. Grado de instrucción: Primaria= incompleta y completa. Secundaria incompleta y completa. Superior= técnico incompleto, técnico completo, universitario incompleto, universitario completo, postgrado. Establecimientos de Salud: Minsa= Ministerio de Salud. Essalud= Seguro Social del Perú. Atención por: No médico= licenciado/a en obstetricia, en enfermería, técnico en enfermería, auxiliar, promotor de salud.

## V. DISCUSIÓN

El objetivo general del presente estudio fue determinar si el motivo de consulta se asocia al tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19. El análisis bivariado a partir de la ENAHO, reveló que las variables que se asociaron a mayor tiempo de espera fueron sexo, grado de instrucción, región de residencia, establecimiento de atención y que profesional realizó la atención. En el análisis multivariado de manera exploratoria, se obtuvo asociación entre sexo mujer y región de residencia Lima.

No se encontraron investigaciones locales en los cuales se estudie la asociación entre motivo de consulta y tiempo de espera. Sin embargo, se cuenta con un estudio realizado por Méndez-Malpartida L, en el año 2020, sobre el tiempo de espera en la atención del usuario COVID-19, con metodología descriptiva, en el cual se encontró que el lapso de demora hasta recibir la atención llegó a ser de más de 60 minutos, inclusive refieren que puede llegar hasta 3 horas, datos similares a nuestro estudio, el cual dio como resultado el tiempo de espera promedio de 50 minutos. Méndez- Malpartida refiere que los tópicos que presentaron mayor tiempo de espera fueron el de medicina, cirugía y ginecología (11). De igual manera se cuenta con una publicación realizado a nivel nacional por Taype-Huamaní W en el año 2019, el cual se desarrollo en un hospital perteneciente a Essalud. Se obtuvo que la mediana de tiempo de espera en hospital del seguro social es de 35 minutos en el caso de atenciones de prioridad III. En nuestro estudio se observan rangos similares, los cuales son recomendados a nivel internacional: menor a 60 minutos (12,67).

En Alemania, se realizó un estudio en el cual se observó al contrario del nuestro, que el promedio de tiempo de espera ha disminuido en pacientes que acuden a establecimientos públicos y privados, pero a pesar de ello, las desigualdades en acceso a atención médica han permanecido y terminaron siendo responsabilidad en el tipo de seguro que portaban los pacientes y la capacidad del nivel regional. Para ello, debe considerarse que el sistema de salud tiene menos desventajas de inequidad a comparación de nuestro sistema sanitario (34)

En nuestro estudio, la mayor cantidad de pacientes acuden al establecimiento del Minsa (79.16%). En los hospitales del Minsa se ha obtenido que el tiempo de espera es de 20 minutos más a comparación de los pacientes asegurados en Essalud, datos que se ven reflejados en los análisis realizados por parte del INEI, en los cuales, el tiempo de espera es mayor en pacientes que acuden a establecimientos pertenecientes al Minsa a comparación de Essalud (68).

En una investigación por Alfaro-M, en la cual se estudia la relación del tiempo de espera y sexo en pacientes que acuden a un establecimiento de salud, no se encontró asociación entre tiempo de espera y sexo (62). Por el contrario, en un estudio realizado en Brasil, si se encontró mayor tiempo de espera asociado al sexo femenino. De igual manera, en nuestro estudio sí se encontró presente dicha asociación tanto en el análisis bivariado y multivariado. Esto puede ser debido a que las pacientes de sexo femenino pasan por evaluación ginecológica, interrogatorio y examen físico y ginecológico en la cual el proceso y tiempo de espera conlleva más preparación y por ende mayor tiempo de atención y de espera para los siguientes pacientes (70)

En un estudio internacional realizado en Europa, se obtuvo que los pacientes con mayor nivel de educación presentaban menor tiempo de espera. Se encontró que los pacientes en España, Italia y Francia que tenían un mayor nivel de educación a comparación de menor nivel de atención tenían una disminución en tiempo de 68%, 67% y 34% respectivamente en cada país (71) De igual manera, en un estudio realizado en Inglaterra, se encontraron resultados similares (72). En nuestro estudio, en el análisis bivariado se encontró que los pacientes con mayor nivel de educación presentaron un aumento de 15 minutos a comparación con pacientes de menor nivel de educación, lo que equivale a un aumento de tiempo de espera de 54%. En el caso de análisis multivariado no se encontró asociación. En un estudio realizado en Argentina, se encontro que el los grupos con menor ingreso, menor nivel educativo y que cuentan unicamente con aseguramiento público, son lo que mayor tiempo de espera reportan (21).

El tiempo de espera, es uno de los factores primordiales de una atención de calidad y también presenta asociación inversa con la satisfacción de usuarios; además que un tiempo de espera prolongado puede generar consecuencias

negativas en el tratamiento (14). Se recalca estas asociaciones debido a que la importancia de implementar programas o medidas de mejora para con ello disminuir los tiempos de espera, con lo cual se pueden tener mejores resultados en las atenciones; además, que al considerar que un tiempo de espera largo puede conducir a resultados de salud inferiores es motivo de preocupación (12,14,34).

## **VI. CONCLUSIONES**

Respecto al objetivo general, en el análisis de la ENAHO 2020, no se encontró asociación entre el motivo de atención y el tiempo de espera en establecimientos de salud públicos durante la pandemia por COVID-19 2020.

La prevalencia de sintomatología COVID-19 que acuden a establecimientos de salud públicos es de 63% mientras que los que presentan otros síntomas agudos es de 36% durante la pandemia por COVID-19, según análisis de la ENAHO 2020.

En el caso de tiempo de espera, los pacientes con sintomatología COVID-19 cuentan con un tiempo de espera de 35.16 minutos mientras que los pacientes del grupo de otra sintomatología aguda es de 32.84 minutos, resultando una diferencia de 2.32 minutos, pero la cual carece de significancia estadística. Dicho resultado debe de considerarse de manera referencial, debido a que la aplicación del cuestionario de la ENAHO 2020, no es dirigida específicamente a una UPSS (consultorio externo, emergencia u otro); consecuentemente no refleja la realidad, la cual puede llegar a presentar mayor tiempo de espera.

## **VII. RECOMENDACIONES**

En base a los resultados de la presente investigación, se recomienda realizar estudios dirigidos al tiempo de espera, que permitan obtener información enfocada a la realidad de cada una de las UPSS de IPRESS de categoría nivel II o III, con el fin de obtener información específica y exacta, que permita a los gestores de los establecimientos de salud tomar decisiones inteligentes para la mejora del tiempo de espera del usuario externo.

Otra recomendación es referida a la aplicación del cuestionario de la ENAHO, que debe especificar a que UPSS o servicio acudió el usuario externo (consultorio externo, emergencia u otro), lo que permitiría obtener información específica y con ello tomar medidas efectivas.

Se debe fortalecer la implementación de la telemedicina, que ha demostrado ser una herramienta eficiente de servicio de apoyo, y que complementariamente permitiría, entre otras cosas, disminuir el tiempo de espera.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. HU. COVID-19 Map. Johns Hopkins Coronavirus Resource Center. [Internet] [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
2. Cuenca C, Osorio M, Pastor J, Peña G, Torres L. Aspectos económicos y de salud en tiempos de cuarentena por COVID 19 en población peruana, año 2020. Rev. Fac. Med. Hum. [Internet] 2020; 20(4): 630-639. [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2308-05312020000400630&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2308-05312020000400630&lng=es). <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i4.3067>
3. De La Guardia M, Ruvalcaba J. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR [Internet]. 2020 Ene [citado 2022 Oct 17] ; 5( 1 ): 81-90. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2529-850X2020000100081&lng=es). Epub 29-Jun-2020. <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3215>)
4. Agostoni C, Ramacciotti K, Lopes G. Historia en tiempos pandémicos: covid-19 en Latinoamérica. Hist Cienc Saude Manguinhos. 2022 Jun;29(2):563–79.
5. Tejedor-Estupiñán JM. The social and economic impacts of the COVID-19 pandemic in Latin America. Vol. 12, Revista Finanzas y Política Económica. Universidad Católica de Colombia; 2020. p. 335–40.
6. de Gois-Santos VT, Santos VS, de Souza CDF, Tavares CSS, Gurgel RQ, Martins-Filho PR. Primary health care in brasil in the times of COVID-19: Changes, challenges and perspectives. Rev Assoc Med Bras. 2021;66(7):876–9.

7. Benites-Zapata V, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Factores asociados a la no utilización de los servicios formales de prestación en salud en la población peruana: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2015. Rev Per de Med Exp y Sal Publ. [Internet] 2017;34. [Citado 20 junio2022]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2864>.
8. McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. Inquiry. 2020 Jan-Dec;57:46958020910305. doi: 10.1177/0046958020910305. PMID: 32349581; PMCID: PMC7235968.
9. Redacción Gestión. RG:Tiempo de espera para atención médica en Essalud es el doble que en clínicas. [Internet]. [Citado 9 Jul 2021]. Disponible en: <https://gestion.pe/economia/espera-atencion-medica-essalud-doble-clinicas-109889-noticia/>.
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016. Lima: INEI; 2017 . [Internet]. [Citado 20 marzo 2021]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/inei-y-susalud-realizaran-la-encuesta-nacional-de-satisfaccion-de-usuarios-en-salud-ensusalud-2016-8843/>.
11. Mendez- Malpartida L, Flores J, Anacaya M, Ochoa F, Gonzáles R. Tiempo de espera en la atención del usuario COVID 2020.Rev Cient de Enf. [Internet] 2021;10(2):3-18. [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/70>.
12. Taype W, Amado J. Respuesta del servicio de emergencia de un hospital terciario durante el inicio de la pandemia COVID-19 en el Perú. An Fac med [Internet]. 10 de junio de 2020 [citado 4 de septiembre de

2022];81(2). Disponible en:  
<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/17698>.

13. Hernández-Vásquez A, Rojas-Roque C, Prado-Galbarro F, Bendezu-Quispe G. Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2019 Oct [citado 2022 Sep 04] ; 36( 4 ): 620-628. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342019000400009&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000400009&lng=es).<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4515>.

14. Fontova-Almató A, Juvinyá-Canalb D, Suñer-Soler R. Influencia del tiempo de espera en la satisfacción de pacientes y acompañantes. RevCalidAsist. [Internet] 2015;30(1):10-16. [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X1500007X?via%3Dihub>.

15. Cortés-Meza HM, Arellano-Hernández N, Colín-Martínez T, et al. Triage respiratorio. Med Int Mex. [Internet] 2020;36(Suppl: 2):18-22. [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mims202d.pdf>.

16. Azfar M, Paulus J. Sample Size Calculation. En: Fregni F, Iligans B. Critical. Thinking in Clinical Research: Applied Theory and Practice Using Case Studies. Oxford. 2018: 225-233.

17. Oche M, Adamu H. Determinants of patient waiting time in the general outpatient department of a tertiary health institution in northwestern Nigeria. Ann Med Health Sci Res. [Internet] 2013 Oct;3(4):588-92. [Citado

20 junio 2022]. Disponible en:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3868129/>

18. Ortiz GG, Arias-Merino ED, Flores-Saiffe ME, Velázquez-Brizuela IE, Macías-Islas MA, Pacheco-Moisés FP. Prevalence of cognitive impairment and depression among a population aged over 60 years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2012;2012.

19. Alarcon-Ruiz CA, Heredia P, Taype-Rondan A. Association of waiting and consultation time with patient satisfaction: Secondary-data analysis of a national survey in Peruvian ambulatory care facilities. *BMC Health Serv Res.* 2019 Jul 1;19(1).

20. Valladares-garrido MJ, Ccosco-blas LM, Gutiérrez P, Ramos-rupay PJ, Rivera-pinto AX, Velarde-Tello AS, et al. Factors Associated with Accessibility in Seven Peruvian Primary Health Care Facilities. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences.* 2021 Aug 30;15(8):2301–6.

21. Ballesteros MS. N. Desigualdades sociales en los tiempos de espera para la consulta médica en Argentina. *Rev. Gerenc. Polít. Salud.* 2016; 15(30): 234-250. <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.rgyps15-30.dste>

22. Mathews M, Ryan D, Bulma D. J. What does satisfaction with wait times mean to cancer patients?. *BMC Cancer* 15, 1017 (2015). <https://doi.org/10.1186/s12885-015-2041-z>.

23. Prakash U, Venkatesan K, Sudesh D, Nikhil E, Suresh N, Omkar J, Ritika H, Rohit K, Sandeep S, Walmik M. Evaluation of cancer patient satisfaction during COVID-19 pandemic: A survey conducted at a tertiary

care center in India. *J Cancer Res Ther.* 2021 Oct-Dec;17(6):1540-1546. doi: 10.4103/jcrt.JCRT\_1720\_20. PMID: 34916392.

24. Toga-Sato S, Tosaki T, Kondo M, Tsunekawa S, Kato Y, Nakamura J, et al. Impact of actual waiting time and perceived waiting time on treatment satisfaction in patients receiving outpatient diabetes care. *Diabetol Int.* 2021 Jul 1;12(3):293–300.

25. Pujolar G, Oliver-Anglès A, Vargas I, Vázquez ML. Changes in Access to Health Services during the COVID-19 Pandemic: A Scoping Review. Vol. 19, *International Journal of Environmental Research and Public Health.* MDPI; 2022.

26. Taype-Huamaní W, Chucas-Ascencio L, De la Cruz-Rojas L, Amado-Tineo J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital terciario después de implementar un programa de mejora de procesos. *An. Fac. med.* [Internet] 2019; 80(4). [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832019000400005&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000400005&lng=es).

27. Bergh K, Bishu S, Taddese H. Identifying the determinants of patient satisfaction in the context of antenatal care in Kenya, Tanzania, and Malawi using service provision assessment data. Bergh et al. *BMC Health Services Research* (2022) 22:746 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08085-0>

28. Acosta G, Escobar G, Bernaola G, Alfaro J, Taype W, Marcos C et al . Caracterización de pacientes con COVID-19 grave atendidos en un hospital de referencia nacional del Perú. *Rev. perú. med. exp. salud publica* [Internet]. 2020 Abr [Citado 2022 Mar 20] ; 37( 2 ): 253-258. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172646342020000200253&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342020000200253&lng=es).

29. Nguyen STT, Yamamoto E, Nguyen MTN, Le HB, Kariya T, Saw YM, et al. Waiting time in the outpatient clinic at a national hospital in Vietnam. *Nagoya J Med Sci.* 2018 May 1;80(2):227–39.
30. Galvão TF, Tiguman GMB, Costa Filho DBD, Silva MT. Waiting time and medical consultation length in the Manaus metropolitan region, Brazil: a cross-sectional, population-based study, 2015. *Epidemiol Serv Saúde.* [Internet] 2020;29(4): e2020026. [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32785433/>.
31. Narro-Cornelio K, Vásquez-Tirado G. aracterísticas clínico-epidemiológicas en pacientes con diagnóstico covid-19. Red de salud Virú, marzo - mayo 2020. *Rev. cuerpo méd.* 2020; 3(4): 2020.
32. Anyaypoma-Ocón W, Vásquez SÑ, Bustamante-Chávez HC, Sedano-De la Cruz E, Zavaleta-Gavidia V, Angulo-Bazán Y. Factors associated with COVID-19 lethality in a hospital in the Cajamarca region in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica.* 2021 Oct-Dec;38(4):501-511. Spanish, English. doi: 10.17843/rpmesp.2021.384.8890. Epub 2022 Apr 1. PMID: 35385002.
33. Vela- Ruiz, J. Calidad de atención de los usuarios externos del puesto de salud de Huayana Apurímac 2017. [Tesis de maestría]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2021. Recuperado a partir de: <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/8222>.
34. Muschol J, Gissel C. COVID-19 pandemic and waiting times in outpatient specialist care in Germany: an empirical analysis. *BMC Health Serv Res.* [Internet] 2021 Oct 11;21(1):1076. [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34635091/>
35. ISARIC Clinical Characterization Group. COVID-19 symptoms at hospital admission vary with age and sex: results from the ISARIC

prospective multinational observational study. *Infection*. [Internet] 2021 Oct;49(5):889-905. [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7605573/>

36. Biya M, Gezahagn M, Birhanu B, Yitbarek K, Getachew N, Beyene W. Waiting time and its associated factors in patients presenting to outpatient departments at Public Hospitals of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. [Internet] 2022 Jan 25;22(1):107. [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35078474/>

37. Mas-Ubillus G, Ortiz PJ, Huaranga-Marcelo J, Sarzo-Miranda P, Muñoz-Aguirre P, et al. High mortality among hospitalized adult patients with COVID-19 pneumonia in Peru: A single centre retrospective cohort study. *PLOS ONE*. 2022; 17(3): e0265089. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265089>

38. Kadirvelu B, Burcea G, Quint JK, Costelloe CE, Faisal AA. Variation in global COVID-19 symptoms by geography and by chronic disease: A global survey using the COVID-19 Symptom Mapper. *EClinicalMedicine* [Internet]. 2022;45:101317. Available from: <https://doi.org/10.1016/j>

39. Payet E, Perez J, Sarria G, Neciosup S, Berrospi F, Vilchez S, et al. Characteristics of COVID-19 in cancer patients: A cross-sectional study in Peru. *Ecancermedicalscience*. 2021 Jun 1;15.

40. Alcas O, Saldaña D, Triveño A, Salazar M, Mejía P. Association between olfactory dysfunction and COVID-19 severity: A prospective study in a highly complex hospital in Peru. *Ear Nose Throat J*. 2021 Dec 15:1455613211066691. doi: 10.1177/01455613211066691. Epub ahead of print. PMID: 34908507.

41. Escobar G, Matta J, Taype W, Ayala R, Amado JP. Características clínico epidemiológicas de pacientes fallecidos por COVID-19 en un hospital nacional de Lima, Perú. *Rev Fac Med Hum.* 2020;20(2):14–9. DOI: 10.25176/RFMH.v20i2.2940
42. Velavan TP, Meyer CG. The COVID-19 epidemic. *Trop Med Int Health.* 2020 Mar;25(3):278-280. doi: 10.1111/tmi.13383. Epub 2020 Feb 16. PMID: 32052514; PMCID: PMC7169770.
43. Pérez M, Gómez J, Dieguez R. Características clínico-epidemiológicas de la COVID-19. *Rev haban cienc méd [Internet].* 2020 Abr [citado 2022 Sep 04] ; 19( 2 ): e3254. Disponible [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000200005&lng=es). Epub 22-Abr-2020.
44. Maguiña C, Gastelo R, Tequena. El nuevo Coronavirus y la pandemia del COVID-19. *Rev Med Hered. [Internet]* 2020; 31:125-131. [Citado 20 de junio 2022]. Disponible en: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/3776/4205>
45. Zafra- Tanaka J, Veramendi- Espinoza L, Villa- Santiago N. Problemas en la calidad de atención en salud: oportunidad de mejora. *An Fac med.* 2015;76(1):87-8 /doi:10.15381/anales.v76i1.11084.
46. McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry.* 2020 Jan-Dec;57:46958020910305. doi: 10.1177/0046958020910305. PMID: 32349581; PMCID: PMC7235968.
47. INEI. Condiciones de vida en el Perú. Informe Técnico. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares.2018;1:)

48. INEI. Condiciones de vida en el Perú. Informe Técnico. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares.2019;1:8
49. INEI. Condiciones de vida en el Perú. Informe Técnico. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares.2020;1:7)
50. INEI. Condiciones de vida en el Perú. Informe Técnico. Instituto Nacional de Estadística e Informática- Encuesta Nacional de Hogares.2020;2:6)
51. Maldonado G, et al. Tiempo de espera en el primer nivel para la población asegurada por el IMSS. Rev Med IMSS. [Internet] 2002;40(5): 421-429. [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2002/im025j.pdf>
52. Houston C, Sanchez LD, Fischer C, Volz K, Wolfe R. Waiting for triage: Unmeasured time in patient flow. Western Journal of Emergency Medicine. 2015;16(1):39–42.
53. Muñoz-Martínez, Amanda M, & Novoa-Gómez, Mónica Ma. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. Terapia psicológica, 30(1), 25-36. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100003>.
54. Addys D, Díaz M, Rodríguez A, Roche RGG, Susana D, Acosta B, et al. Utilización de los servicios médicos en un área de salud Use of medical services in a health area [Internet]. Vol. 51, Revista Cubana de Higiene y Epidemiología. 2013. Available from: <http://scielo.sld.cuhttp://scielo.sld.cu>.
55. Vásquez-Alva Rolando, Amado-Tíneo José, Ramírez-Calderón Fanny, Velásquez-Velásquez Rafael, Huari-Pastrana Roberto. Sobredemanda de atención médica en el servicio de emergencia de adultos de un hospital terciario, Lima, Perú. An. Fac. med. [Internet].

2016 Oct [citado 2022 Oct 16] ; 77( 4 ): 379-385. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es..](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832016000400010&lng=es..)

56. Guillén López Otto Barnaby, Casas Castañeda Jorge Alberto. Morbilidad ambulatoria y hospitalaria en el Perú: Cambios entre los años 2011 y 2015. Rev Med Hered [Internet]. 2019 Jul [citado 2022 Oct 16] ; 30( 3 ): 215-218. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018-130X2019000300019&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2019000300019&lng=es). <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v30i3.3597>

57. Coordinación de Estadística - DIRIS LN. 10 Primeras Causas de Morbilidad de Consulta Externa por Etapas de Vida y Sexo DIRIS Lima Norte - Año 2020. HISMINSa. 2020.

58. Utz LC, Peresini V, Farias MA, Gauna D, Peisino E, Almada D, Acevedo G. Motivos de consulta prevalentes en centros de salud de primer nivel de atención de la ciudad de Córdoba, año 2016. Rev. Salud Pública (Córdoba) [Internet]. 20 de diciembre de 2018 [citado 4 de septiembre de 2022];22(3):10-6. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/RSD/article/view/19779>

59. Alcalde-Rabanal J, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública Méx [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2022 Sep 04] ; 53( Supl 2 ): s243-s254. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es).

60. EsSalud. Manual Institucional. Lima. Defensoría del Asegurado. 2008: 13-23.

61. INEI. Ficha técnica. Encuesta nacional de hogares sobre condiciones de vida y Pobreza. 2020:1-2. [Internet] [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://www.datosabiertos.gob.pe/dataset/encuesta->

nacional-de-hogares-enaho-2020-instituto-nacional-de-estadística-e-informática-inei

62. Gallego-Montes G, Villegas-Arenas G. El estado civil como determinante del crecimiento de los hogares unipersonales en Colombia. Papeles de población, 21(86), 219-251. Recuperado en 04 de septiembre de 2022, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1405-74252015000400008&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252015000400008&lng=es&tlng=es).

63. Blanco Aspiazu MA, Shunchao K, XueqingL. La comorbilidad y su valor para el médico generalista en Medicina Interna. Revista Habanera de Ciencias Médicas [revista en Internet]. 2017 [citado 2017 Mar 8];16(1):[aprox. 0 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/1475>

64. Gamboa-Moreno L, Becerra-RodríguezK, Lopez-Vergara Y, Goicochea-Ríos E. Nivel de resiliencia del personal de salud frente a la pandemia por Covid-19. Rev. Cuerpo Med. HNAAA [Internet]. 2021 Oct [citado 2022 Sep 04] ; 14( Supl 1 ): 49-54. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2227-47312021000300007&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2227-47312021000300007&lng=es). Epub 30-Oct-2021. <http://dx.doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2021.14sup1.1170>.

65. Kimie C, Lee C. Basics of Statistics. En: Fregni F, Illigens B. Critical. Thinking in Clinical Research: Applied Theory and Practice Using Case Studies. Oxford. 2018.p 151-173. [Citado 20 junio 2022]

66. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares Diccionario. 2020. INEI. 2021.

67. Taype W, Amado J. Respuesta del servicio de emergencia de un hospital terciario durante el inicio de la pandemia COVID-19 en el Perú. An. Fac. med. [Internet] 2020; 81(2): 218-223. [Citado 20 junio 2022].

Disponible

en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-55832020000200218&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832020000200218&lng=es).<http://dx.doi.org/10.15381/anales.v81i2.17698>

68. Oficina Técnica de Difusión INEI. Usuarios esperan más de una hora para ser atendidos en un establecimiento de salud. 2014. INEI [Internet] [Citado 20 junio 2022]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/usuarios-esperan-mas-de-una-hora-para-ser-atendidos-en-un-establecimiento-de-salud-7823/>

69. Alfaro M. Factores asociados a la demora en la atención de pacientes con desorden cerebrovascular Hospital Daniel Alcides Carrión julio a diciembre 2002. [Tesis de postgrado] Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005. Recuperado a partir de: [https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1805/Alfaro\\_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1805/Alfaro_om.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

70. Balasch J. La Ginecología y la Atención Primaria. Med Int. 2000; 36(2): [Internet]. [cited 2022 Apr 6]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-la-ginecologia-atencion-primaria-11658>

71. Siciliani L, Verzulli R. Waiting times and socioeconomic status among elderly europeans: Evidence from share. Health Econ. 2009 Nov;18(11):1295–306.

72. Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: evidence from England. Soc Sci Med. 2012 May;74(9):1331-41. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.12.049. Epub 2012 Feb 21. PMID: 22425289.

## ANEXOS

### Anexo 1: Encuesta ENAHO 2020. Tema Salud

400. SALUD (Para todas las personas)									
Persona N°	Nombre:	Informante N°							
<b>400A. ¿EN QUÉ DÍA, MES Y AÑO NACIÓ?</b>  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 10px 0;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%; padding: 5px;">DÍA</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">MES</th> <th style="width: 33%; padding: 5px;">AÑO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÍA	MES	AÑO				<b>401F. HACE 5 AÑOS,..... ¿VIVÍA EN ESTE DISTRITO?</b>  Sí..... 1 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 401G1</span>  No..... 2  Aún no había nacido ..... 3 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 401G1</span>	
DÍA	MES	AÑO							
<b>401C. ¿TIENE DNI?</b>  Sí..... 1 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 401F</span>  No..... 2  NO SABE ..... 3 → <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">PASE A 401F</span>		<b>401G. ¿EN QUÉ DISTRITO, PROVINCIA Y DEPARTAMENTO VIVÍA HACE 5 AÑOS?</b>  Distrito: _____  Provincia _____  Departamento/País: _____  Si vivía en el extranjero, anote sólo el nombre del País.							
<b>401D. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE DNI:</b> (Acepte una o más alternativas)  No tiene partida de nacimiento? ..... 1 No lo considera importante? ..... 2 No conoce los requisitos? ..... 3 No sabe dónde acudir para tramitar su DNI? ..... 4 No existen oficinas del RENIEC cerca de su domicilio? ..... 5 No cuenta con los recursos económicos para tramitarlo? ..... 6 Está en trámite por primera vez? ..... 7 Por errores en la partida de nacimiento? ..... 8 Otro ..... 9 (Especifique)		<b>401G1. CUANDO USTED NACIÓ, ¿VIVÍA SU MADRE EN ESTE DISTRITO?</b>  Sí ..... 1 No ..... 2 ↓ <b>401G2. ¿EN QUÉ DISTRITO Y PROVINCIA VIVÍA SU MADRE?</b>  Distrito: _____  Provincia _____  No Sabe ..... 3							
<b>401E. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO TIENE PARTIDA DE NACIMIENTO:</b> (Acepte una o más alternativas)  No tiene dinero para trámite? ..... 1 Las oficinas de trámite se ubican lejos de su domicilio? ..... 2 No conoce los requisitos? ..... 3 No sabe dónde acudir para tramitarla? ..... 4 La persona no nació en un establecimiento de Salud? ..... 5 No reconocido por el padre? ..... 6 Otro ..... 7 (Especifique)		<b>OBSERVACIONES:</b> _____ _____ _____ _____ _____							

## DISCAPACIDAD

A continuación le haré algunas preguntas para saber si Ud. presenta alguna limitación o dificultad **PERMANENTE**, que le impida o dificulte desarrollarse normalmente en sus actividades diarias.

### 401H. ¿TIENE UD. LIMITACIONES DE FORMA PERMANENTE, PARA:

	SÍ	NO
1. Moverse o caminar, para usar brazos o piernas?	1	2
2. Ver, aun usando anteojos?	1	2
3. Hablar o comunicarse, aun usando la lengua de señas u otro?	1	2
4. Oír, aun usando audífonos?	1	2
5. Entender o aprender (concentrarse y recordar)?	1	2
6. Relacionarse con los demás, por sus pensamientos, sentimientos, emociones o conductas?	1	2

## SALUD

### 401. ¿PADECE DE ALGUNA ENFERMEDAD O MALESTAR CRÓNICO? (Artritis, hipertensión, asma, reumatismo, diabetes, tuberculosis, VIH, colesterol, etc.)

Sí ..... 1

No ..... 2

OBSERVACIONES:

### 402. EN LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS, DEL... AL... ¿PRESENTÓ UD. ALGÚN(A): (Acepte una o más alternativas)

Síntoma o malestar (tos, dolor de cabeza, fiebre, náuseas)? ..... 1

Enfermedad (gripe, colitis, etc.)? ..... 2

Recaída de enfermedad crónica? ..... 3

Accidente? ..... 4

No tuvo enfermedad, síntoma, recaída, accidente ..... 5

Síntoma de COVID-19 (fiebre, tos seca, sensación de ahogo)? ..... 6

PASE  
A  
413B

### 403. ¿A DÓNDE ACUDIÓ PARA CONSULTAR POR ESTA ENFERMEDAD, SÍNTOMA O MALESTAR Y/O ACCIDENTE?

(Acepte una o más alternativas)

Puesto de salud MINSA ..... 1

Centro de salud MINSA ..... 2

Centro o puesto de salud CLAS ..... 3

Posta, policlínico ESSALUD ..... 4

Hospital MINSA ..... 5

Hospital del Seguro (ESSALUD) ..... 6

Hospital de las FF.AA. y/o Policía Nacional ..... 7

Consultorio médico particular ..... 8

Clínica particular ..... 9

Farmacia o botica ..... 10

En su domicilio (del paciente) ..... 11

Otro ..... 13  
(Especifique)

NO BUSCÓ ATENCIÓN ..... 14

PASE  
A  
409

### 404. ¿QUIÉN LE ATENDIÓ DURANTE LA CONSULTA?

(Acepte una o más alternativas)

Médico ..... 1

Dentista/odontólogo ..... 2

Obstetriz ..... 3

Enfermera(o) ..... 4

Sanitario(a) (auxiliar técnico en salud) ..... 5

Promotor(a) ..... 6

Otro ..... 7  
(Especifique)

### RECUADRO (A)

ENCUESTADOR:

Si en la pregunta 403:

- Sólo está circulado el código 8 y/o 9, entonces pase a **recuadro (B)**.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 7 continúe con la pregunta 407F.

407F. DESDE QUE SOLICITÓ LA CITA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD A DONDE ACUDIÓ, ¿CUÁNTO TIEMPO TRANSCURRIÓ, HASTA LA FECHA QUE FUE PROGRAMADA SU ATENCIÓN?

N° Meses	N° Dias	N° Horas	N° Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?

N° Dias	N° Horas	N° Minutos

407H. LA ÚLTIMA VEZ QUE ACUDIÓ AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD, ¿CUÁNTO TIEMPO ESPERÓ PARA SER ATENDIDO EN SU CONSULTA?

N° Horas	N° Minutos

No lo atendieron..... 1

**RECUADRO (B):** Encuestador: Si en la pregunta 402:

- Está circulado el código 6, entonces pase a pregunta 407I.
- Si está circulado uno o más códigos entre 1 y 4 continúe con la pregunta 413B.

407I. ¿LE REALIZARON ALGUNA PRUEBA PARA DESCARTAR EL COVID-19?

Sí..... 1

No..... 2 → **PASE A 413B**

407J. ¿CUÁL FUE EL RESULTADO DE LA/S PRUEBA/S?

Negativo..... 1

Positivo..... 2

Aún no recibe resultado..... 3

409. ¿CUÁLES SON LAS RAZONES POR LAS QUE NO ACUDIÓ A UN CENTRO O ESTABLECIMIENTO DE SALUD?

(Acepte una o más alternativas)

- No tuvo dinero ..... 1
- Se encuentra lejos ..... 2
- Demoran mucho en atender ..... 3
- No confía en los médicos ..... 4
- No era grave/ no fue necesario ..... 5
- Prefiere curarse con remedios caseros ..... 6
- No tiene seguro ..... 7
- Se auto recetó o repitió receta anterior ..... 8
- Falta de tiempo ..... 9
- Por el maltrato del personal de salud ..... 10
- Otro ..... 11  
(Especifique)

413B. EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413C. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2		1	2

1. Control de crecimiento del niño sano / control integral del niño (niños menores de 3 años de edad)?

2. Programa de vacunas (inmunizaciones)?

**Para Mujeres de 12 a 49 años de edad y niños menores de 3 años de edad**

413D. EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES, ¿HA EFECTUADO CONSULTA POR:

Sí	No	No corresponde	413E. ¿Cómo lo obtuvo?	
			Programa social	Forma particular
1	2	3	1	2
1	2	3	1	2

1. Planificación familiar (mujeres de 12 a 49 años de edad)?

2. Suplemento de hierro (gestantes y niños menores de 3 años de edad)?