



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS
SERVICIOS DE LA SALUD**

Análisis del tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el Servicio Dental
de Lima Metropolitana según Enaho, 2018

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestro en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Amez López Juan Carlos (ORCID: 0000-0001-9048-0965)

ASESORA:

Dr. Juana Yris Díaz Mujica (ORCID: 0000-0001-8268-4626)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Políticas de los Servicios de la Salud

Lima – Perú

2020

Dedicatoria

Este estudio se lo dedico en primer lugar a Dios, por ser el motor y motivo para continuar y así poder realizar uno de los metas más deseados de mi vida.

A mis padres y hermanas por su apoyo y su amor; a mi esposa e hija por todo su comprensión y confianza.

Agradecimiento

Agradezco a Dios por su infinita bondad y por permitirme cumplir sueños, por brindarme apoyo en los momentos más difíciles de mi vida; a mi madre, a mi abuela, a mis hermanas, esposa e hija por creer en mis sueños y por todo sus sacrificios; también agradezco a la asesora de mi proyecto de investigación la Dra. Juana Yris Díaz Mujica y sobre todo a todos los docentes de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo – Filial Lima Norte, por haber inculcado en mi los conocimientos y el lado humanista y, a todos aquellos que colaboraron para la realización de esta investigación.

Página del jurado

Declaratoria de Autenticidad

Yo, **Juan Carlos Amez López**, estudiante de la Escuela de Posgrado, Maestría en Gestión de los Servicios de la Salud, de la Universidad Cesar Vallejo, Sede Lima Norte; declaro que el Trabajo académico titulado “**Análisis del Tiempo de Espera de los Afiliados a Essalud en el Servicio Dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018**”, presentada para la obtención del grado académico de Magister en Gestión de los Servicios de la Salud, es de mi autoría.

Por tanto, declaro lo siguiente:

-He mencionado todas las fuentes empleadas en el presente trabajo de investigación, identificando correctamente toda la cita textual o de paráfrasis provenientes de otras fuentes, de acuerdo con lo establecido por las normas de elaboración de trabajos académicos.

-No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquellas expresamente señaladas en este trabajo.

-Este trabajo de investigación no ha sido previamente presentado completa ni parcialmente para la obtención de otro grado académico o título profesional.

-Soy Consciente de que mi trabajo puede ser revisado electrónicamente en búsqueda de plagios.

-De encontrar uso de material intelectual ajeno sin el debido reconocimiento de su fuente o autor, me someto a las sanciones que determinen el procedimiento disciplinario.

Lima, 08 de agosto 2020



Juan Carlos Amez López
DNI N° 41358178

Índice

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Página del jurado	iv
Declaratoria de autenticidad	v
Índice	vi
Índice de figuras	vii
Resumen	viii
Abstract	ix
I. Introducción	1
II. Método	15
2.1 Tipo y diseño de investigación	15
2.2 Operacionalización de variable	16
2.3 Población, muestra y muestreo	17
2.4 Técnica e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad	18
2.5 Procedimiento	19
2.6 Métodos de análisis de datos	20
2.7 Aspectos éticos	20
III. Resultados	21
IV. Discusión	25
V. Conclusiones	29
VI. Recomendaciones	30
Referencias	31
Anexos	37
Anexo 1 Matriz de consistencia	38
Anexo 2 Instrumento	41
Anexo 3 Validación de Instrumento	48
Anexo 4 Salidas del software estadístico STATA 14	51
Anexo 5: Análisis del instrumento	54

Índice de Tablas

		Pág.
Tabla 1	Operacionalización de la variable Tiempo de Espera	16
Tabla 2	Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento	19
Tabla 3	Tiempo efectivo de espera en horas de consulta	21
Tabla 4	Tiempo de programación de citas	22
Tabla 5	Tiempo de llegada al lugar de consulta	23
Tabla 6	Tiempo de espera en el lugar de consulta	24

Índice de Figuras

		Pág.
Figura 1	Esquema del diseño de investigación	16

Resumen

El tiempo de espera para la consulta médica en establecimientos públicos es una prioridad que debe de ser atendido, las constantes quejas sobre la demora en la atención hospitalaria y ambulatoria, se ve reflejado en la percepción del paciente que acude a los centros de salud; el propósito de este estudio fue analizar el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018; es una investigación básico descriptivo, de enfoque cuantitativo, analítico descriptivo, transversal y no experimental, la población estudiada fue de 1 896 736 personas con una muestra de 2880 habitantes de la zona urbana, para la recopilación de datos se usó la información inmersa en los sistemas de Inei (Instituto Nacional de Estadística e Informática) denominado Encuesta de Hogares que anualmente realiza una encuesta nivel nacional a través de una ficha, con personal capacitado y provisto de una Tablet, para luego ser descargados en la base de datos de la Inei. El resultado obtenido fue que el tiempo efectivo de espera total fue de 214 horas o 8.9 días, este a su vez puede variar entre un tiempo mínimo de 151 horas o 6.3 días y un tiempo máximo de 277 horas o 11.5 días, se concluye que el tiempo de espera para la atención en el servicio dental se encuentra dentro del margen establecido a nivel nacional de establecimientos de Essalud, sin embargo, hay una diferencia muy significativa con otros estudios internacionales.

Palabras claves: tiempo de espera, Enaho, servicio dental

Abstract

The waiting time for medical consultation in public establishments is a priority that must be addressed, the constant complaints about the delay in hospital and outpatient care, is reflected in the perception of the patient who goes to the health centers; The purpose of this study was to analyze the waiting time of Essalud affiliates in the dental service of Metropolitan Lima according to Enaho, 2018; It is a basic descriptive research, with a quantitative, descriptive analytical, cross-sectional and non-experimental approach. The population studied was 1,896,736 people with a sample of 2,880 inhabitants of the urban area. For data collection, the information immersed in the Inei systems (National Institute of Statistics and Informatics) called Household Survey that annually conducts a national level survey through a file, with trained personnel and provided with a Tablet, to then be downloaded into the Inei database. The result obtained was that the total effective waiting time was 214 hours or 8.9 days, this in turn can vary between a minimum time of 151 hours or 6.3 days and a maximum time of 277 hours or 11.5 days, it is concluded that the waiting time for dental service care is within the nationally established margin of Essalud establishments, however, there is a very significant difference with other international studies.

Keywords: waiting time, Enaho, dental service

I. Introducción

En cuanto a la realidad problemática, se observa que el tiempo de espera para la consulta médica en establecimientos públicos es una prioridad que debe de ser atendido, las constantes quejas sobre la demora en la atención hospitalaria y ambulatoria, se ve reflejado en la satisfacción del paciente que acude a los centros de salud. Según Valentine (2003, p. 96), la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “el tiempo de espera de los pacientes es la cantidad de tiempo que los pacientes buscan atención en las unidades de atención médica antes de ser atendidos para la consulta y el tratamiento”. La Organización Panamericana de Salud (OPS), (2011, p.13) considera que el tiempo de estancia en urgencia “se establece como la mediana del tiempo expresada en minutos para cada nivel de triaje y para la totalidad de pacientes visitados en urgencia”. Un estudio realizado en Canadá por Delisle, Helewa, Ward, Hochman, Park y Mackey (2020), mencionan que los largos tiempos de espera y los costos en la atención médica es una cuestión que merece la atención pertinente por parte del estado, pues, los resultados obtenidos fueron, que el tiempo de espera total tuvo un intervalo de 0 a 762 días, los cortos y largos tiempos de espera tuvieron un nivel de confianza del 95%, sin embargo, al momento de valorar la estancia en el ambiente médico, consideraron que un largo tiempo de espera condiciona a un elevado costo de atención médica y con posibilidad de fallecimiento. Considerar la demanda de pacientes que se atienden por cada servicio ofrecería una mejor oferta de atención de la salud. En el país es fundamental conocer la cantidad poblacional y el crecimiento constante del mismo, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), (INEI, 2017, p. 25), la población mayoritariamente urbana comprende la provincia de Lima con un 93,3% (9 324 796 habitantes) y con una población rural total de 160 609 habitantes que es el 1,7%. La salud es uno de los pilares del desarrollo de la población, el gobierno en beneficio de la salud dispone de planes de seguro a nivel nacional, así lo revela el censo nacional realizado por el (INEI, 2017, p. 146), detalla que el 75,5% (22 173 663 habitantes) de toda la población dispone de un tipo de seguro de salud, y que el 24,5% (7 208 221 habitantes) no están asegurados. En el Perú el seguro de salud comprende a: Seguro Integral de Salud (SIS) 44,4% (13 039 920 habitantes), Seguro Social de Salud (en adelante Essalud) 24,8% que comprende a 7 299 949 habitantes, y el 5,1% (1 513 009 habitantes) otro tipo de seguro, (INEI, 2017, p.164). La cobertura de salud a nivel departamental (Lima) para el año 2017, menciona la (INEI, 2017,

p. 149), que, de un total de 9 485 405 habitantes, 6 903 489 habitantes tienen seguro de salud esto representa el 72,8%. La población limeña que accede en particular a Essalud según los datos de (INEI, 2017, p. 171) es el 32,1% que representa a 3 millones 45 mil 236 habitantes. Sin embargo, para conocer la información completa y detallada del país, es preciso revisar la información en la Encuesta Nacional de Hogares (en adelante Enaho). Este a su vez es el medio más conveniente e importante con lo que dispone el país, para obtener información estadística: social, económica y demográfica, que provienen de los hogares a nivel nacional (Enaho, 2018). Los centros de salud cuentan con una cartera de atención los cuales incluyen servicios hospitalarios y ambulatorios, estos servicios son: servicios de cardiología, neumología, reumatología, traumatología, dental, etcétera. Los servicios dentales, conocidos también como servicios odontológicos son aquellos que según (Universidad Alfonso X El Sabio, s.f.) es un servicio que aborda campos de la odontología como son: el diagnóstico bucal, la radiografía, la higiene dental, la odontología restauradora, la endodoncia, la implantología, la periodoncia, la prótesis dental, la odontopediatría, la cirugía oral y la ortodoncia; así como, otras especialidades médicas. El servicio de odontología es uno de los campos fundamentales que participa en la salud integral de la población, diversos centros privados y públicos del país cuenta con esta cartera (con una equipos básicos o completos), sin embargo, se han verificado diversos problemas en la atención bucodental, los tiempos de espera para una atención simple o de mediana complejidad se prolongan por horas e incluso meses, las cirugías complejas de afecciones microbianas u oncológicas tienen un mayor riesgo al no ser atendidos, Essalud no es ajeno a estos inconvenientes, las largas colas o citas que los pacientes deben de esperar dificultan aún más el acceso de la atención oportuna, si bien Lima Metropolitana cuenta con diversas redes de este seguro social, la lista de espera siguen siendo prolongados.

Existen muchas referencias a nivel internacional sobre el tiempo de espera para la atención a los pacientes, en Asia, Europa y América Latina. En Noruega Saether, Heggstad, Heimdal y Myrtveit (2020) realizaron un estudio titulado *Long Waiting Times for Elective Hospital Care- Breaking the Vicious Circle by Abandoning Prioritization*, el objetivo fue investigar si la priorización es la razón por los cuales el tiempo de espera son a menudo largos, se usó datos de flujo de pacientes de otorrinolaringología del año 2015; concluyeron que una política de asignación de citas de una forma inadecuada puede generar largos tiempos de espera. En China Wanhua, Xiufeng, Xiaojun y Peiying (2019), hicieron un

análisis sobre la tasa de registros de citas y tiempos de espera, el estudio se realizó mediante una encuesta, de tipo transversal, concluyen que la implementación de un servicio que no pertenece a emergencia acortó el tiempo de espera. La diferencia en los tiempos de espera de acuerdo al tipo de acceso de seguro de salud es el reflejo de la percepción de la atención que reciben los pacientes, así lo menciona un estudio realizado en Alemania por Lee, Gross, Pfaff y Dresen (2019), el estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias en el tiempo de espera de los pacientes que tienen seguro privado y seguro legal en cuanto a la atención hospitalaria de pacientes oncológicos, un estudio transversal realizado a 4226 pacientes mediante una encuesta por correo en el año 2017; concluyen que hubo una diferencia significativa entre los titulares de seguro privado y el seguro legal con respecto al tiempo de espera. En Vietnam Nguyen et. all (2018) efectuaron un estudio con el propósito de identificar aquellos indicadores que cooperan con el largo tiempo de espera en clínicas ambulatorias, se hizo un estudio transversal, analizando el tiempo para cada proceso (registro, visita y prueba) a un total de 7931 pacientes (5 al 9 de setiembre del 2016); concluyen que el tiempo de espera total fue de 104.1 minutos y que el tiempo de registro influyó fuertemente en el tiempo de espera total. En el caso de Finlandia Tolvanen, Koskela, Mattila y Kosunen (2018) hicieron un estudio con el objetivo de investigar las experiencias de acceso a la atención y analizaron los factores asociados al tiempo de espera para las citas médicas, realizaron una encuesta mediante cuestionarios (de 2 a 9 pacientes por médico) a un total de 1196 pacientes; concluyen que los tiempos de espera para las citas tienden a prolongarse, principalmente para las personas mayores y que existe un margen de mejora para el futuro. En la India Shaikh, Miraldo y Ranner (2018) con su estudio titulado *Waiting Time at Health Facilities and Social Class: Evidence From The Indian Caste System*, refieren que el tiempo de espera para la atención que no es de emergencia en ocasiones no es una preocupación política de priorización de los servicios de salud, pero esto al no ser tomado en cuenta empeoran los resultados de la salud, para ello, usaron los datos a nivel de hogares (2005-2012) para relacionar la clase social y el tiempo de espera a 27 251 personas, concluyen que la casta influye con el tiempo de espera de los que se atienden en servicios privados con aquellos que acuden a centros gubernamentales. Así mismo, Jhoannessen y Alexandersen (2018), realizan un estudio titulado *Improving accessibility for outpatients in specialist clinics Reducing long waiting times and waiting list with a simple analytic approach*, donde la problemática era la falta de recursos para el tiempo de espera (inicio de la intervención y después de la intervención); los datos fueron analizados mediante

un mapeo de flujo de procesos, concluyendo que se puede mejorar significativamente la accesibilidad de pacientes que esperan el servicio mediante la aplicación de métodos y análisis sofisticados. Por otro lado, Zhenzhen y Calvin (2017), hicieron un estudio titulado *Associations Between Waiting Times, Service Times, and Patient Satisfaction in an Endocrinology Outpatient Department: A Time Study and Questionnaire Survey*; la metodología usada fue transversal, con una muestra de 1700 pacientes a los que se les aplicó cuestionarios, concluyeron que no siempre es posible evitar la insatisfacción con la espera o reducir los tiempos aumentando recursos. En una investigación Street, Khan, Tong y Shanbhag (2017), efectuaron un estudio titulado *Improving waiting Times in the orthopaedic outpatient clinic*, se evaluó las dimensiones inicio del tratamiento y número de visitas al hospital, concluyen que se puede alterar las expectativas del paciente disminuyendo el tiempo de permanencia en la clínica. Para Sun, J. et al. (2017) su estudio tuvo como objetivo, reducir el tiempo de espera (tiempo de espera en la consulta y llenado de recetas) y aumentar la satisfacción del paciente, estudio longitudinal con un total de 130 mil pacientes, concluyen que la reducción del tiempo de espera y la satisfacción del paciente fueron efectivas. En el caso de Ahmad, Khairatul y Farnaza (2017) efectuaron un estudio titulado *An Assessment of Patient Waiting and Consultation Time in a Primary Health Care Clinic*, el propósito fue evaluar el tiempo de espera y el tiempo de consulta y formular estrategias de mejora, se realizó una auditoría por 4 semanas usando el método de muestreo universal, hallaron que más del 50% de los usuarios se registraron a 15 minutos (53%), el promedio del tiempo de espera y el de consulta fue de 41 y 18.21 minutos respectivamente, también se abordaron los problemas identificados en esta auditoría y se realizaron estrategias de mejora del tiempo de espera y de consulta, así como el aumento de personal de registro. Asimismo, Oberreuter, Oliva, Contreras y Cardemil (2017) realizaron un estudio con el objetivo de describir los tiempos involucrados entre los primeros síntomas y el tratamiento, mediante un estudio retrospectivo y descriptivo; por medio de fichas de evaluación de todos los usuarios atendidos en el departamento de otorrinolaringología (en Santiago, Chile) por un lapso de 18 meses. Concluyeron que la consulta no oportuna del informe histológico y el acceso al tratamiento son los principales retrasos al atender a estos pacientes.

En cuanto al trabajo nacional destaca Alarcón, Heredia y Taype (2019), su investigación titulado *Association of waiting and Consultation Time With patient Satisfaction-. Secondary Data Analysis of a national Survey in Peruvian Ambulatory Care*

facilities; su objetivo fue evaluar la asociación del tiempo de espera, tiempo de consulta y la satisfacción del paciente, la metodología usada fue un análisis transversal, mediante encuesta, concluyen que el tiempo de espera y el tiempo de consulta mostraron una asociación con la satisfacción del paciente. Por otro lado Murillo, Bellido, Huamani, Gamica, Munares y Del Carmen (2019) efectuaron un estudio con el propósito de estimar los niveles de satisfacción y el tiempo que esperan los pacientes que acuden al establecimiento de salud público y privados peruanos, realizaron un análisis secundario del cuestionario de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud) los años 2014, 2015 y 2016, el tiempo de espera se estableció en minutos desde que el paciente llega al establecimiento hasta que ingresa al consultorio; concluyen que en los años 2014, 2015 y 2016 el 70%, 73,7% y 73,9% respectivamente estuvieron satisfechos con la atención y que la mediana del tiempo de espera para la atención fue de 60 minutos. En el caso de Gutiérrez y Mendoza (2019) en su investigación cuyo objetivo fue determinar la conexión entre el tiempo de espera y la percepción de la calidad en la atención de pacientes de Odontología; la satisfacción se determinó mediante el instrumento SERVQUAL, los resultados obtenidos se correlacionaron con el tiempo de espera superior a 180 días, concluyen que existe una relación inversa entre el tiempo de espera y la percepción; también que el grado de insatisfacción se asocia a la afeción de la vida más que al propio tiempo de espera. Valorar la salud en todo su ámbito es un derecho, así como considerar el bienestar y el tiempo de todo paciente. En una investigación de López (2019) titulado *Tiempo de espera de pacientes con tuberculosis extremadamente resistente en el Hospital Nacional Hipólito Unanue*, de diseño transversal, cuantitativo, evaluó a 40 pacientes mediante un cuestionario respecto al tiempo de espera en la atención en dicho servicio de salud, concluye que el tiempo de espera de la atención de los pacientes con diagnóstico de tuberculosis extremadamente resistente fue regular. Asimismo Arias (2018) realizó un estudio titulado *Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un Instituto Especializado de salud de Lima*, su enfoque fue cuantitativo no experimental y transeccional, estuvo basado en un estudio censal entre enero y febrero del 2017, analizó los documentos (historias clínicas), concluye que el tiempo de espera promedio en días de retraso por efecto de los factores administrativos fueron de 49.26 mientras que la media de los factores asistenciales fue de 30.75 días.

Respecto a las teorías relacionadas, con la variable: tiempo de espera, el ilustre especialista en la mejora de la calidad asistencial Donabedian (2019), menciona que el tiempo de espera para que un paciente reciba atención, es una de las variables más fundamentales para analizar una atención de calidad en un centro de salud y que la percepción de satisfacción del paciente aumenta cuando es menor el tiempo de espera; por otro lado, en un estudio Siciliani, Borowitz y Moran (2013) citado por Dmytraczenko y Almeida (2017) analizan que si bien el concepto del tiempo de espera: periodo de tiempo determinado entre la identificación de la necesidad y el acceso al servicio y que la definición de la lista de espera: se refiere a la cantidad de personas que esperan un servicio determinado, es de sencilla comprensión pero la resolución no es sencilla en la práctica constante de atención al usuario, (p.173), además, según la Salud Pública de México (1984), la espera de la atención se define como “El tiempo transcurrido entre el arribo de un paciente a solicitar una consulta y su ingreso a la misma”. Sin embargo, para Varo (1994), el tiempo de atención está dado por la permanencia del paciente en el servicio, al igual que la calidad y la gestión asistencial sanitaria están condicionadas por el parámetro de tiempo mínimo y máximo de la atención, (p.83).

La Enaho (2018), refiere que la variable tiempo de espera está contenida en tres dimensiones: La programación de la consulta que hace mención, al tiempo transcurrido para la programación de su atención, es aquel que verificara en meses, días, horas y minutos, siguiendo esta línea de tiempo la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal de Salud (Ensuaus), (Ensuaus,2014), analiza que, los pacientes que no alcanzaron una cita para el mismo día, tiene que esperar más de dos semanas para conseguir una cita médica, así se detalla que el tiempo de obtención de una cita fue de más de 20 días en hospitales de las Fuerzas Armadas y Policiales, en Essalud 19 días, Ministerio de Salud 12 días y en Clínicas 8 días, (p.31); para Martínez et. al. (2019), el acceso universal a servicios de salud de alta calidad es una finalidad por el que muchos países se esfuerzan, la mayor cantidad de información sobre mortalidad, factores y pronósticos de las listas de espera de atención médica universal provienen de Australasia, Europa y América del Norte, con poca información de América del Sur; en cuanto a la segunda dimensión: la llegada al lugar de consulta, hace referencia al tiempo de llegada del paciente al consultorio dental, se registra en días, horas y minutos, respecto a esta dimensión Ensuaus (2014), identifica que los usuarios que asisten desde sus hogares a los establecimientos de salud público tardan en

llegar un promedio de 39 minutos, a diferencia que los pacientes del seguro social del Perú y de las fuerzas armadas demoran 38 minutos y los centros médicos privados 48 minutos, también, un estudio revela que más del 60% del total que solicitaron una consulta externa en centros de salud fueron atendidos el mismo día, de la misma manera analizaron a cuatro instituciones de salud donde se solicitó una cita y fueron atendidos el mismo día, los resultados que arrojó fue que el 90,4% son de clínicas, 45,4% del Seguro Social del Perú (Essalud) y 73,4% del Ministerio De Salud, (p.28), finalmente como tercera dimensión : durante la consulta, que hace referencia al tiempo en la sala de espera dental, donde los rangos será: no la atendieron, si le atendieron en que tiempo en horas, en minutos; por el lado de Ensuaus (2014), la atención de los pacientes que solicitan una consulta externa en los establecimientos de salud simboliza la capacidad de respuesta inmediata, además la oportunidad y disponibilidad de atención es medido por el tiempo de espera, es por ello que saber el tiempo promedio de espera modificara las expectativas del paciente en cuanto a su atención; el tiempo de espera promedio en el consultorio médico fue superior a 80 minutos, en Clínicas 35 minutos, en el Ministerio de Salud fue de 1 hora con 54 minutos, en Essalud 58 minutos y en la sanidad de la policía y de las Fuerzas Armadas 50 minutos, (p.32), sin embargo, el tiempo que duró una consulta médica tanto en los establecimientos de Essalud y el Ministerio de Salud fue menor a los 15 minutos, sin embargo en Clínicas fue mayor a 15 minutos, (p.37); por otro lado en un estudio realizado por Breton et. al. (2017) considera que las listas de espera se centran en las solicitudes de pacientes no pertenecen a un proveedor de atención primaria en una localidad determinada y relacionan a los pacientes con los proveedores. Uno de los pilares para la atención adecuada y oportuna del paciente, lo refiere Zurro (2003), menciona que la gestión del tiempo se rige de dos columnas importantes: la primera es la gestión de la demanda que es una de las columnas vertebrales donde se apoya la gestión de la consulta, y la otra columna está representada por la gestión eficiente del tiempo que se dispone y esto a su vez se relaciona con la gestión de la agenda, (p.96), el funcionamiento de estas dos columnas está condicionada por los diversos sistemas de cada país, de acuerdo con Dmytraczenko y Almeida (2017), mencionan que, en todo Sistema de Salud una de la característica observada en la atención médica de los pacientes es el tiempo de espera, sin embargo los resultados negativos de Salud del paciente son condicionados por retrasos de los tratamientos, las listas de espera ilimitadas y mal administradas, todo esto ha generado que diversos países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) vigilen sistemáticamente el tiempo de

espera, también la asequibilidad de los servicios médicos, para la Cobertura Universal de Salud (CUS) es un requisito indispensable, pero aun así la demanda en ocasiones supera a la oferta, de acuerdo con Siciliani, Borowitz y Moran (2013) citado por Dmytraczenko y Almeida (2017), el funcionamiento de un sistema de manera adecuada, las listas de espera se convierten en un instrumento esencial para los profesionales de la salud, esto les permite seleccionar el acceso de forma efectiva con base en una jerarquía de necesidades y así evitar resultados adversos asociados a la espera, (p.172). Pero la necesidad de buscar una atención médica va de la mano con el acceso a los servicios médicos, donde la oferta y la demanda condicionan a una línea de espera o a la atención oportuna, según (Aday & Andersen, 1974) en un artículo titulado “*A Framework for the Study of Access to Medical Care*” plantean que, el acceso se define como aquel propósito de las políticas de salud, que se da por medio de las características de los sistemas de salud y de aquellas poblaciones de riesgo (insumos), para el logro de productos se debe de usar óptimamente los servicios de salud en beneficio de la satisfacción del consumidor. Este sistema de entrega contienen elementos principales que son: recursos y organización; el primero contemplan a la fuerza laboral y el capital destinados a la atención, en ellos se encuentran el personal de salud, las estructuras que permiten la atención médica, así como los equipos y los materiales usados para la prestación de los servicios médicos; el componente de dichos recursos engloba el volumen y la canalización de recursos médicos en un sector, sin embargo, la organización describe lo que el sistema hace con los recursos (es la forma en que el personal médico y las instalaciones coordinan y controlan los procesos de prestación de servicios), los componentes son la entrada y la estructura: la entrada hace referencia a aquel proceso de ingreso al sistema (tiempo de viaje, tiempo de espera, etc.), y este a su vez se define como acceso al medio por el cual el paciente ingresa a un sistema de atención médica y sigue el proceso de tratamiento, en el caso de la estructura (segundo componente de la organización), se refiere a aquellas particularidades del sistema que determina que le sucede al paciente luego de ingresar al sistema, como a quien ve, como es tratado.; así un estudio realizado por Santiago (2017) hace referencia que “Los clientes llegan a un lugar demandando un servicio a un «servidor», el cual tiene una cierta capacidad de atención. Si el servidor no está disponible inmediatamente y el cliente decide esperar, entonces se forma la línea de espera”; para Rosander (1992), los servicios tienen una dimensión temporal porque solo ocurre en el tiempo, además un servicio está basado en muchas actividades que se asocian al tiempo y cuyos elementos se adhieren al cumplimiento de la calidad, (p.47), de acuerdo a Varo

(1994), una de las características de la calidad de servicio es el tiempo, es por ello que, el tiempo de acceso es aquel que pasa desde que se demanda un servicio hasta que se logra la atención del establecimiento, el tiempo de espera en una atención sanitaria es producto de las listas de espera, (p.82); en consideración a lo mencionado el tiempo de espera cumple un rol muy importante en la atención de pacientes que demanda salud en los establecimientos públicos y privados, Coll Benejam et al. (2018), refiere que la actividad médica despliega un conjunto de competencias encaminadas a mejorar el estado de salud de las personas, en este camino se realizan diagnósticos, se hacen elecciones de pruebas y tratamientos y se toman decisiones sobre hacer y no hacer que afectan a la vida de los pacientes, se debe de tener en cuenta que, la afectación de diferentes problemas de salud en el mismo sujeto puede tener consecuencias en el diagnóstico de las enfermedades, el tratamiento, el uso de los servicios sanitarios, la calidad de vida, la discapacidad y el riesgo de muerte, por citar algunos ejemplos. Además, la pluripatología, entendida como la aparición de 2 o más enfermedades crónicas en un mismo paciente cada vez es más frecuente en la sociedad.

Pacheco (2018), hace referencia que, solo el 15% de los centros de salud no son del estado, el porcentaje que pertenece al estado ofrecen su atención por orden de llegada según la investigación del Centro de desarrollo Educativo Integral (CEDEIT), esto trae como consecuencia que más de un centenar de pacientes deben de esperar a ser atendidos innecesariamente, hay diversos factores por lo que este modelo de atención es muy empleado; uno de ellos es que los pacientes no acuden a su cita o no lleguen a tiempo; la normas del establecimiento de salud indica que los médicos trabajen 6 horas diarias (4 horas de atención al paciente y dos horas de trabajos administrativos y asistenciales), también cada médico debe de atender cada paciente en 20 minutos y un máximo de 12 pacientes por día, según la directiva del Ministerio de Salud; del mismo modo, el Ministerio de Salud (2010) indico que el Aseguramiento Universal es el desarrollo dirigido a conseguir que la población que vive en el país opten a un aseguramiento de salud, donde las personas puedan acceder a un sin número de servicios en salud de forma preventiva, promocional, recuperativa y de rehabilitación con condiciones de efectividad, igualdad, oportunidad y calidad; con la determinación de disminuir los obstáculos que existen para acceder al sistema de salud, así como las desigualdades en el financiamiento de los servicios en salud, es así que se decreta la obligación de las instituciones que prestan seguro tanto privadas como públicas, tengan que financiar el PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) con protocolos de calidad garantizando que toda los habitantes del territorio nacional estén aseguradas algún sistema

de salud, con políticas que logren garantizar la atención en salud de calidad para todos, protegiendo a los hogares del riesgo de empobrecer ligado a enfermedades y así contribuir aumentando la producción de recursos humanos, en el Perú se promulgo (Ley N° 29344), Ley del Marco de Aseguramiento Universal en Salud, teniendo como propósito de establecer las normas dirigidas a toda la población del territorio nacional y disponer de un seguro de salud, preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, estableciendo que todas las instituciones prestadoras de salud públicas como no publicas tengan el deber de financiar el PEAS, por ello Essalud (2018), hace referencia que el país cuenta con el Seguro Social de Salud del Perú, cuyas siglas son Essalud (seguro contributivo), que está orientado a aquellas personas que cumplan ciertas peculiaridades, el cual ofrece prestaciones de promoción, prevención, rehabilitación, recuperación, asistencias sociales y económicas; tiene 5 tipos de seguro:(1) el Seguro Regular (+Seguro): Dirigido a obreros que dependen de una empresa formal y sus familias, así mismo, para los que reciben pensión, (2) Seguro Potestativo (+Salud): A aquellos aportantes independientes (personas y trabajadores), (3) Seguro Complementario de Trabajos de Riesgo (+Protección): A aquellos que se dediquen a trabajos de riesgo que generen accidentes laborales, (4) Seguro Agrario EsSalud: Para aquellas personas que se dediquen al cultivo y/o crianza, acuícola o agroindustrial y (5) Seguro Contra Accidentes EsSalud (+Vida): Dirigido a trabajadores regulares, agrarios y potestativos, a quienes se les da una indemnización en caso de invalidez de manera parcial o permanente, o de fallecimiento, producto de un accidente; uno de los servicios que brinda el seguro social en mención es el servicio dental, que según Essalud (2016), con ley N° 27056, Essalud cubre a todos los asegurados y sus derechohabientes, mediante el servicio de prevención, promoción, rehabilitación, prestaciones económico-sociales, y que mediante carta de vista, se valida el manual de procedimientos Odontoestomatológicos del Seguro Social de Salud, cuyo propósito es la disposición de una herramienta de procedimientos y de atención Integral Odontológica de: prevención, promoción, recuperación y rehabilitación; por ello es necesario identificar y definir las diversas enfermedades que afectan la cavidad bucal, propios que serán diagnosticados y atendidos en los establecimientos de Essalud, en una investigación realizado por Iñigo y del pozo (2018) mencionan que, las infecciones de la cavidad bucal se clasifican en odontogénicas (si afectan a las estructuras que forman el diente y el periodonto; incluyen caries dental, pulpitis reversibles e irreversibles, abscesos periapicales, gingivitis, periodontitis e infecciones profundas de los espacios fasciales) y no odontogénicas (si afectan a mucosas, carrillos o estructuras extradentales, como la

estomatitis y la parotiditis), al respecto en un estudio realizado por Alswat et al. citado por Kim, Han y Yang (2020) refieren que la caries dental es una enfermedad multifactorial que afecta a la mayoría de la población mundial y es un factor perjudicial para la preservación de la salud oral de un individuo durante toda la vida, además es la causa principal de dolor oral y pérdida de dientes, como se observa en adultos y niños, la salud del individuo se refleja en la condición óptima de la salud física, mental y social, esto debe de partir también de una evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud oral, el impulso de la salud, la precaución de enfermedades y la gestión eficiente de las políticas de salud pública, (Aguirre et. al., 2020); para Feldens et. al. (2018), una visita dental temprana puede desempeñar un papel fundamental en el mantenimiento de una buena salud bucal durante la infancia y perdurará en todos los niveles del desarrollo humano e incluso en la etapa adulta, ya que representa una oportunidad para responder a varias enfermedades altamente prevalentes que afectan la calidad de vida, incluyendo caries dental, trauma dental y maloclusión, la atención preventiva, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno pueden abordar estas enfermedades de manera menos invasiva y a un costo menor, la Organización Mundial de la Salud promueve acciones de salud en la primera infancia para mitigar los impactos perjudiciales en el desarrollo y el crecimiento infantil, Medina et. al. (2020), menciona que se estima que hay 3.900 millones de personas quienes están afectadas por enfermedades orales a nivel mundial, y que una de las enfermedades más prevalentes es la caries dental que al no ser tratada en los dientes permanentes constituye su problema más común y representa la mayor carga de enfermedades orales en todo el mundo, asimismo, la periodontitis grave afectan al 11% y la caries dental afecta al 9% y este a su vez al no ser tratada en los dientes primarios son la sexta y la décima afecciones más frecuentes de la población mundial, condicionando a la pérdida severa de dientes también es una de las afecciones más comunes, con una estimación global del 2%; ha sido clasificado en el puesto 36 en general, también, en América Latina, las enfermedades orales son un problema de salud pública, uno de los propósitos principales de cada sistema de salud en el mundo es proporcionar los servicios que la población realmente necesita; el Perú no es ajeno a este objetivo por lo que sus estrategias sanitarias está encaminado a la promoción, prevención y de recuperación de la salud oral de todo asegurado y no asegurado; en el caso de la OPS citado por Vidal et al. (2018), definió la Estrategia y Plan de Acción sobre eSalud para el período 2012-2017, el cual se basa en seis elementos de registro médico electrónico (historia clínica electrónica); telemedicina (prestación de servicios de salud mediante las TIC); salud

móvil (mSalud: ejercicio de la medicina y la salud pública con apoyo de teléfonos móviles, dispositivos de monitoreo de pacientes y otros dispositivos móviles); aprendizaje con ayuda de las TIC (eLearning, que incluye la formación a distancia); educación continua en TIC (formación de habilidades en TIC para la salud); y estandarización e interoperabilidad (comunicación entre diferentes tecnologías y aplicaciones, mediante el uso de estándares, para una gestión integrada de los sistemas de salud en todos los niveles), el país no es ajeno al uso de sistemas digitales para la obtención de datos, de análisis, etcétera, de la población, este fin persigue el INEI, órgano ejecutor de la Encuesta de Hogares, realiza la encuesta urbano y rural de los 24 departamentos del país y de la Provincia Constitucional del Callao, asimismo, el Banco Mundial y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, hicieron un programa para el Mejoramiento de las Encuestas y la Medición de Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI), la finalidad fue de apoyar a los países en la tarea de producir información adecuada y de alta calidad respecto de la situación de vida de los residentes de la región, respecto a su contenido, confiabilidad, alcance, su relevancia y su actualidad para el diseño de políticas; nuestro país ingresa a una etapa de mejoramiento continuo de la calidad y oportunidad de sus encuestas de hogares, fijando un vínculo más estrecho entre los proyectos políticos, la encuesta nacional de hogares emplea el método de entrevista directa usando equipos móviles denominadas Tablet, con colaboradores debidamente instruidos y capacitados para tal fin, que visita las viviendas elegidas durante la etapa de recolección de datos, se centra en temas particulares: de la vivienda, la educación, la salud, el empleo e ingreso, gastos del hogar, programas sociales (alimentarios y no alimentarios), participación ciudadana, gobernabilidad, democracia, transparencia y corrupción. El tiempo de espera es uno de los factores más importantes de la calidad de servicio, así, Avedís (2019) refiere que el paciente es el ser fundamental que determina la percepción de la calidad de la atención en un centro de salud, cuando menor es el tiempo de espera en la atención, la satisfacción del usuario aumenta, y esto es sinónimo de que el establecimiento cumple con un buen desempeño. La calidad no es un enfoque nuevo, pues, esta revolución se inicia en Japón, se consolida con las diversas conferencias sobre gestión y control de la calidad impulsado por los Estados Unidos; en la actualidad se conocen a los “gurús de la calidad” conformados por expertos en gestión de la calidad, como, Edwards Deming, Joseph M. Juran y Philip B. Crosby, etcétera; en el caso de Deming (1951) asegura que una dirección eficiente juega un papel fundamental en mejorar la calidad a un tiempo prolongado, todo desarrollo puede variar, si la variación es menor, mayor será la

calidad de los resultados, así mismo, la calidad debe estar encaminada hacia el agrado del usuario. Para Juran (1988), la mejora de la calidad se basó en distinción de dos problemas esporádicos y crónicos, el primero es dramático y debe de ser atendido de inmediato, sin embargo, el segundo aun toma un periodo largo, es en estos que la atención debe de centrarse para obtener la mejora continua. Finalmente, para Crosby (1979), la calidad se basa en “los absolutos de la gestión de la calidad”, el primero se define como el cumplimiento de los requisitos ya establecidos en el primer intento, el segundo es la prevención donde no debe de haber errores y así reducir costos, el tercero es el cero defectos en rendimiento, donde la producción debe de lograr productos óptimos y el cuarto es el costo de la calidad (costos de fallos y de prevención) por hacer las cosas mal, esto definirá la implementación de mejorar la atención al usuario, (Miranda, Chamorro y Rubio, 2007, pp.31-40).

En cuanto a la formulación del problema, este se divide en problema general: ¿Cuánto será el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018?, y los problemas específicos que son: ¿Cuánto será el tiempo de espera para la programación de la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018?; ¿Cuánto será el tiempo de llegada al lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018? y ¿Cuánto será el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018?.

Respecto a la justificación, este estudio se divide en: la relevancia teórica de la investigación, que desarrolla diversas teorías y conceptos nacionales e internacionales referentes al tiempo de espera y su línea política para la atención de los usuarios que acuden a un establecimiento de salud. El valor metodológico de este estudio se fundamenta en ser una investigación cuantitativa y que el instrumento usado para la recolección de información tendrá el respaldo de los variables almacenados sistemáticamente en la Encuesta Nacional de Hogares del 2018 (Enaho). Por otro lado, la importancia social de este estudio, se debe a que, es necesario analizar el tiempo de espera de los afiliados de Essalud que acuden al servicio dental en Lima Metropolitana, esto ayudará a mejorar las políticas de Salud y la calidad de la atención a favor de todos los pacientes. Los resultados que se obtengan en este estudio tendrán un efecto multiplicador para analizar otros departamentos de nuestro país y así brindar una atención adecuado a la población demandante, finalmente.

Los objetivos de la investigación, se dividen en, objetivo general: calcular el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018; y los objetivos específicos: precisar el tiempo de espera para la programación de la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018; evaluar el tiempo de llegada al lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018 y verificar el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018.

II. Método

2.1 Tipo y diseño de investigación

Enfoque

En el caso de Bernal (2010), refiere que el enfoque cuantitativo se basa en la medición de las particularidades de aquellos fenómenos de la sociedad, que parten de un ámbito conceptual que pertenece a una cuestión analizada, una serie de premisas que expresan una conexión entre todos los variables estudiados de manera deductiva, (p.60).

Método

El presente se caracteriza por ser un estudio deductivo que parte de un reconocimiento de propuestas generales con el fin de llegar a proposiciones particulares, es decir, se basa en conseguir aquellas conclusiones particulares de una teoría universal, (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018, p.90).

Tipo de investigación

Según el grado de abstracción, el propósito de la investigación básica es incrementar el nivel de conocimiento por sí mismo, sin la aspiración de la aplicación próxima de sus resultados. (Martínez y Galán, 2014, p.35). De acuerdo al alcance temporal, es transversal, pues busca averiguar la condición de una variable o más variables, en un solo tiempo, (Hernández y Mendoza, 2018, p.177). Según la direccionalidad la investigación tiene un desarrollo retrospectivo, Calderón y Alzamora (2010), menciona que la investigación descriptiva estudia aquellos momentos que sucedieron en el pasado, (p.75).

Nivel de investigación

Según la intención la investigación es descriptiva, pues el investigador describe el comportamiento de un sujeto o acontecimiento y genera un juicio en base a la descripción, (Martínez y Galán, 2014, p.37), asimismo, para Hernández y Mendoza, (2018), es la búsqueda de las categorías (niveles) de una o varias variables de una población estudiada, y estos son simplemente descriptivos, (p.178).

Diseño de investigación

Respecto a su naturaleza, el diseño es no experimental, pues no se manipulan las variables, para analizarlos únicamente se realizan observaciones de los fenómenos en su ambiente natural, (Hernández y Mendoza, 2018, p.174).

M ——— X

Figura 1: Esquema del diseño de investigación

Dónde: M: muestra y X: Tiempo de espera.

2.2 Operacionalización de Variable

Variable: Tiempo de espera

El tiempo de espera para que un paciente reciba atención, es una de las variables más fundamentales para analizar una atención de calidad en un centro de salud y que la percepción de satisfacción del paciente aumenta cuando es menor el tiempo de espera, (Donabedian, 2019).

Definición operacional

Un grupo de 3 dimensiones son los que forman la variable tiempo de espera, cada dimensión contiene preguntas con respuestas que son: en meses, días, horas, minutos y no fue atendido.

Tabla 1

Operacionalización de la variable Tiempo de Espera

Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala	Rango
Programación de consulta	Tiempo transcurrido para la programación de su atención	1, 2, 3 y 4	Razón	Meses: 1 Días: 2 Horas:3 Minutos:4
Llegada al lugar de consulta	Tiempo de llegada del domicilio del paciente al consultorio dental.	5,6, y 7	Razón	Días: 2 Horas: 3 Minutos:4
Durante la consulta	Tiempo en la sala de espera dental	8,9 y 10	Razón	No lo atendieron: 5 Horas: 3 Minutos:4

Fuente: Enaho, 2018

2.3 Población, muestra y muestreo

Para desarrollar esta investigación se tomará los datos que se encuentra en el registro de la Encuesta nacional de Hogares (Enaho, 2018), inmersas en el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

La Población

De acuerdo con Chaudhuri, 2018 y Lepkowski, 2008b, citado por Hernández y Mendoza, (2018), la población se define como: “el conjunto de todos los casos que concuerdan con una serie de especificaciones”, (p.198); este estudio está definida por todos los pacientes afiliados al seguro de Essalud que acuden al servicio dental en Lima Metropolitana, respecto al Enaho del año 2018. La población total es de 1 896 736 personas de la zona urbana.

Muestra

En una investigación de enfoque cuantitativo, la muestra es una porción de grupo del universo o la población de interés de estudio, de donde se recopilan informaciones representativas y pertinentes, para poder generalizar los resultados hallados en la muestra a la población, (Hernández, Fernández y Batista, 2014, p.173). La muestra total es de 2880 personas.

Muestreo

Es de tipo probabilística, estratificadas, de zonas, independiente y múltiples etapas de cada departamento, el nivel de confianza de los resultados obtenidos es del 95%, (Enaho, 2018, p.6), respecto a la selección de muestra está basado en la base de datos de la información estadística del Censo Nacional de Población y Vivienda, y del respectivo material cartográfico de la Encuesta nacional de Hogares, (Enaho, 2018, p.7).

$$\text{Tamaño de la muestra} = \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2} \times \left(1 + \frac{z^2 \times p(1-p)}{e^2 N} \right)$$

N=tamaño de la población

e=margen de error (e=0.005) que corresponde a 5%

z=puntuación desviación estándar (z=1.96) para el 95% de confiabilidad

Fuente: Surveymonkey, (s.f.)

2.4 Técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica

Es la totalidad de instrumentos por las cuales se realiza un método, (Sánchez, Reyes y Mejía, 2018, p.120); para la recopilación de la información, se realizará mediante una ficha, llamado “Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vivienda y Pobreza, Enaho, 2018”, la información fue recopilada de una fuente secundaria por medio de un análisis documental, (Enaho, 2018, p.2).

Instrumento

Para el desarrollo de esta investigación se usó una ficha, se emplearon datos particulares del hogar, la vivienda, miembros del hogar, salud, empleo, educación, ingresos, gastos, programas alimenticios, participación ciudadana, etcétera; (Enaho, 2018, p.4); para la obtención de datos la Inei realizó una encuesta tipo muestreo, donde la unidad de análisis fue los integrantes del hogar, así como los residentes habituales que no son familiares que estuvieron ahí los últimos 30 días, (Enaho, 2018, p.3). ver la tabla en el anexo 5.

La información tomada de fuente secundaria para la variable tiempo de espera está conformada por 10 ítems, con un total de tres dimensiones: 1) programación de consulta, que consta de 4 preguntas (ítems 1,2,3 y4), 2) llegada al lugar de consulta, que contiene 3 preguntas (ítems 5,6 y7) y 3) en el lugar de consulta, conformada por 3 preguntas (ítems 8,9 y 10), donde los rangos son: en meses, días, horas, minutos y no lo atendieron.

Validación y confiabilidad del instrumento

Validez del contenido

Para Sánchez, Reyes y Mejía (2018) la validez, es el grado en que una técnica y/o método es adecuado para medir con efectividad lo que se presume que se está midiendo, (p.124), en el caso de la Encuesta Nacional de Hogares, es uno de los programas más innovadores reconocidas por el Banco Mundial, siendo el medio estadístico más importante con la cuenta el país, validado internacionalmente, asimismo, cuenta con el apoyo de la MECOVI (Mejoramiento de Encuestas y de la Medición de la Condición de Vida en Latinoamérica y

el Caribe), (Enaho, 2018, p.2); del mismo modo, se procederá en validar el instrumento por juicio de expertos con denominación de postgrado.

Tabla 2

Validez de contenido por juicio de expertos del instrumento tiempo de espera

ESPECIALISTA	Grado académico	Dictamen
Díaz Mujica, Juana Yris	Doctor	Es suficiente
Reynaldo Padilla, Delia Mercedes	Magister	Es suficiente
Flórez Ibarra, Jannett Maribel	Magister	Es suficiente

Fuente: Certificado de validez

Confiabilidad

Según Sánchez, Reyes y Mejía (2018), la confiabilidad de un instrumento involucra las características de consistencia, exactitud y estabilidad, tanto de los datos, los instrumentos y así como las técnicas de investigación, (p.35); asimismo el nivel de confianza de los resultados de la muestra es del 95%, (Enaho, 2018, p.7).

2.5 Procedimiento

Para la realización de este estudio no fue necesario requerir el permiso para el acceso a la información de la Encuesta Nacional de Hogares realizados por la INEI, por ser datos de libre acceso al público vía página web, asimismo, la variable de la investigación es el tiempo de espera, el cual contiene 3 dimensiones y 10 ítems, cuyos datos se localizan a partir de la página 128 con inicio de codificación (Enaho 01 a 201), para ello, se realizarán los siguientes procedimientos para obtener los datos de la unidad de análisis:

La información será obtenida al descargar la base de datos del repositorio del INEI, disponibles en el apartado de condiciones de vida y pobreza del Enaho del año 2018.

Se procederá a seleccionar aquellas tablas cuyo contenido involucre: “Características de la vivienda, el hogar, miembros del hogar y salud”, en particular la variable tiempo de espera, para luego proceder al análisis de datos.

2.6 Métodos de análisis de datos

Es una intervención del pensamiento humano, que en una investigación se transforma en método, se basa en desmontar de forma abstracta o mental un conjunto de datos en los elementos constitutivos, (Sánchez, Reyes y Magia, 2018, p.16), para el análisis de la variable tiempo de espera se verificará los datos mencionados en el siguiente ejemplo:

Código	Etiqueta	Categoría
P407F	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención?	1 meses
		2 días
		3 horas
		4 minutos

Este procedimiento se repetirá para todos los ítems de cada dimensión mencionadas anteriormente en este estudio, esto permitirá realizar un mejor análisis y la obtención de los resultados por medio de la estadística descriptiva. Las tablas descargadas de cada patrón escogido se procesarán mediante el programa estadístico STATA versión 14.2 para Windows (64bitsx86-64). Se procederá a recodificar la variable de estudio, para la elaboración de los indicadores, si se encontraran valores nulos se mantendrán para no generar fallas durante el análisis. El conjunto de datos obtenidos será agrupado en una sola tabla analítica final, el cual permitirá usar la variable de estudio, para la construcción del modelo estadístico y su análisis

2.7 Aspectos éticos

La información de Enaho es de libre disponibilidad y acceso al público vía página web, por lo tanto, no aplica el aspecto ético. Sin embargo, en el presente estudio accidentalmente se pudo haber incurrido en un plagio involuntario. Así mismo, se hizo uso de las citas y referencias en estilo APA, según el reglamento de la escuela de posgrado de la Universidad Cesar Vallejo.

III. Resultados

3.1 Resultados descriptivos de la variable tiempo de espera

Los resultados que a continuación se muestran fue desarrollado por el programa estadístico STATA versión 14.2. Se describirá la variable tiempo de espera y las dimensiones que lo conforman los cuales son: la programación de la consulta, tiempo de llegada al lugar de la consulta y el tiempo durante la consulta en el servicio dental.

Tabla 3

Tiempo efectivo de espera en horas para una consulta de los afiliados a Essalud, en el servicio dental de Lima Metropolitana (desde la programación hasta la atención definitiva).

	Promedio	Desviación estándar	Intervalos de confianza (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Tiempo de espera	214.3363	31.99977	151.3396	277.3329

Fuente: Enaho 2018.

Se observa que la tabla 3, que el tiempo efectivo de espera en horas para una consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana desde el tiempo de programación hasta la atención odontológica es de 214 horas que corresponde a 8.9 días en promedio; al analizar el límite inferior y el límite superior, el tiempo puede variar entre 151 horas 0 6.3 días como mínimo y 277 horas que es equivalente a 11.5 días como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental. Estos datos fueron obtenidos del análisis descriptivo correspondiente, entre el tiempo que toma entre la programación de una cita y la atención en el departamento de estomatología, los resultados se reflejan en torno a

las primeras 10 horas, la distribución de datos aumenta desde las primeras horas hasta las 2500 horas y con una desviación estándar de 31.99977.

Dimensión 1: Programación de la atención o cita

Tabla 4

Tiempo de programación de cita en horas de los afiliados a Essalud, en el servicio dental de Lima Metropolitana.

	Promedio	Desviación estándar	Intervalos de confianza (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Programación de consulta	56.69565	8.932427	39.15482	74.23647

Fuente: Enaho 2018.

Respecto a la tabla 4, el tiempo de programación de cita en horas de los afiliados a Essalud, en el servicio dental de Lima Metropolitana es de 56.70 horas (2.4 días aproximadamente) en promedio, sin embargo, el tiempo puede variar entre 39.15 horas que es equivalente a 1.6 días) como mínimo y 74.236 horas que corresponde a 3,1 días como máximo de espera por atención en el servicio de odontología, los tiempos (promedio, mínimo y máximo) obtenidos para la programación de una cita se dan en las primeras horas hasta las 2200 horas, con una desviación estándar de 8.932427.

Dimensión 2: Tiempo de llegada al lugar de consulta

Tabla 5

Tiempo de llegada en horas al lugar de consulta de los afiliados a Essalud, en el servicio dental de Lima Metropolitana.

	Promedio	Desviación estándar	Intervalos de confianza (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
			Llegada al lugar de consulta	0.1384621

Fuente: Enaho 2018.

En cuanto a la tabla 5; el tiempo de llegada o demora al lugar de consulta es de 0.138 horas (8 minutos aproximadamente) en promedio. El tiempo puede variar entre 0.1 horas (6 minutos) como mínimo y 0.17 horas (10 minutos) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental. Los resultados ocurren en los primeros minutos de la primera hora en un intervalo de 0 a 1 hora, así como la distribución de los tiempos mencionados que van desde los primeros minutos hasta las dos primeras horas, la desviación estándar fue de 0.0184115 para la llegada al lugar de consulta.

Dimensión 3: Tiempo de espera en el lugar de consulta

Tabla 6

Tiempo de espera en horas durante la consulta de los afiliados a Essalud, en el servicio dental de Lima Metropolitana

	Promedio	Desviación estándar	Intervalos de confianza (95%)	
			Límite inferior	Límite superior
Durante la consulta	0.7650334	0.0669125	0.6333054	0.8967613

Fuente: Enaho 2018.

De acuerdo con la tabla 6; el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana es de 0.765 horas (46 minutos aproximadamente) en promedio. El tiempo puede variar entre 0.63 horas (38 minutos) como mínimo y 0.8967613 (54 minutos) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental. La dispersión de datos se refleja desde los primeros minutos hasta las cuatro horas, tiene una desviación estándar de 0.0669125.

IV. Discusión

El tiempo de espera, es uno de los factores primordiales de una atención de calidad, los usuarios que acuden a los establecimientos deben de esperar meses, días y horas, para obtener una atención, esto genera malestar e insatisfacción de los pacientes, este retraso puede propiciar consecuencias en el tratamiento. En el país uno de los centros que brinda atención en salud a los usuarios es Essalud, el cual está distribuido a nivel nacional y principalmente en Lima (ciudad capital). En este estudio encontramos que respecto al objetivo general, calcular el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho 2018, se observa que la población que logra una cita desde el tiempo de programación hasta la atención odontológica es de 214 horas (8.9 días) en promedio y el tiempo puede variar entre 151 horas (6.3 días) como mínimo y 277 horas (11.5 días) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental, a diferencia con otros estudios donde el tiempo de espera fue mayor al resultado obtenido en nuestro estudio, uno de ellos es la investigación realizado por Gutiérrez y Mendoza (2019), determinaron que el tiempo de espera para la atención de los pacientes de Odontoestomatología fue mayor a 180 días, este hallazgo fue el reflejo de afectación de la salud de más del cincuenta por ciento de los pacientes analizados, este resultado difiere en mayor rango con lo obtenido en nuestro estudio, en cuanto al estudio realizado por Thi Thao Nguyen, Yamamoto, Thi Ngoc Nguyen, Bao Le, Kariya, Saw, Duc Nguyen and Hamajima, (2018), el resultado que obtuvieron fue de 104.1 minutos o 1.735 días y los factores asociados al tiempo de espera total fueron: el departamento visitado, el día de la semana y el tiempo de registro; esta cantidad difiere con los resultados de nuestro estudio; en el caso de Arias (2018), quien realizó un estudio censal, concluye que el tiempo de espera promedio de atención en días fue de 49.26 (por factores administrativos) y de 30.75 (por factores asistenciales), si bien en este estudio fue menor la cantidad de días de espera respecto al estudio de Gutiérrez y Mendoza, la diferencia con nuestro estudio es aún más significativa; la implementación de políticas de atención al usuario jugará un papel importante en la satisfacción del paciente al recibir atención en el menor tiempo posible, así, lo menciona Donabedian (2019), que la calidad de un establecimiento está en función al tiempo que espera un paciente en recibir una atención médica.

En relación al objetivo específico 1, precisar el tiempo de espera para la programación de una consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según

Enaho 2018, el tiempo de programación de cita en horas de los afiliados, quienes acuden al servicio dental de Lima Metropolitana es de 56.70 horas (2.4 días aproximadamente) en promedio, sin embargo este tiempo puede variar entre 39.15 horas que en días es 1.6 como mínimo y 74.236 horas (3,1 días) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental; a diferencia de los resultados obtenidos, en un estudio realizado por Saether, Heggstad, Heimdal y Myrtveit (2020), el cual evidencio que el tiempo de espera de citas promedio fue de 10 días, todas las políticas para la asignación de citas tienen un nivel inherente e ideal, donde las fluctuaciones y la composición del flujo de pacientes y las características específicas de la política ya no dan como resultado la pérdida de capacidad de la atención, a su vez en el 2013, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) publicó una revisión de las políticas utilizadas por 13 países para reducir los tiempos de espera, por otro lado, un estudio realizado en Finlandia por Tolvanen, Koskela, Mattila y Kosunen (2018), respecto al tiempo de espera de citas fue de 7 días, si bien este resultado casi se asemeja con los resultados obtenidos en nuestro estudio, la diferencia aun es mínimamente significativa. La obtención de una cita médica en Essalud para la atención puede demorar entre 1 día como mínimo y 6 meses como máximo, esto depende del profesional o especialista y establecimiento disponible, (Plataforma única del Estado, s.f.) el acceso a la obtención o programación de citas en establecimientos en el menor tiempo posible es un factor muy importante que condiciona la percepción del paciente respecto a la calidad en la atención. Siguiendo una política hacia la calidad en nuestro país uno de los entes prestadoras de servicios de salud como es Essalud publicó una Resolución de Gerencia General N°586 en su portal de transparencia, donde hace mención que la programación de citas a nivel nacional reportado en el mes de diciembre del año 2018 fue de 15.6 días de espera, (Transparencia Essalud 2019). Tomando en cuenta esta última información y revisando nuestros resultados obtenidos podemos corroborar que los días de espera para la programación de citas se encuentra dentro del margen propuesto y detallado por el portal de transparencia de Essalud.

Para el objetivo específico 2, evaluar el tiempo de espera en el lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho 2018, en función a este objetivo específico los resultados obtenidos en nuestro estudio fue que, el pico de los datos ocurre en torno a los primeros minutos de la primera hora (entre 0 a 1 hora), sin

embargo, la dispersión de datos es desde casi los primeros minutos hasta las 2 horas, aunque en una densidad muy mínima hasta las 3 horas, el tiempo de demora en el lugar de consulta es de 0.138 horas (8 minutos aproximadamente) en promedio, es así que, el tiempo puede variar entre 0.1 horas (6 minutos) como mínimo y 0.17 horas (10 minutos) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental del establecimiento en mención; en el caso de Sun J. et. al. (2017) encontraron que el tiempo de espera para la atención de pacientes entre los años 2014 y 2015 oscilaron entre 15.83 y 20.32 minutos, ya para setiembre del año 2017 estas cifras en minutos mencionados se redujeron en 3.49 minutos, quedando como resultado de espera final en el rango de 12.34 y 16.83 minutos de espera para que el usuario sea atendido; los resultados obtenidos en nuestra investigación el promedio de tiempo de espera para la atención difiere por un valor de 4.34 minutos, sin embargo el contraste se realiza con el tiempo mínimo y máximo de nuestro estudio la diferencia es significativa con un valor superior a 6 minutos; Alarcón, Heredia y Taype (2019), verificaron que el tiempo que los pacientes permanecen en la sala de espera del consultorio fue de 90 minutos, encontrando que esta tiempo se asociaba inversamente con la satisfacción del paciente, en nuestro estudio se verifica que el tiempo de espera de la consulta dental en los establecimientos de salud fue de 10 minutos como máximo, esto evidencia la diferencia a gran escala entre el resultado hallado por Alarcón, Heredia y Taype en el año 2019; los tiempos de espera antes de la consulta es un factor determinante en la percepción del usuario, de ello dependerá la apreciación de una buena atención o mala atención aun cuando los resultados del tratamiento hayan sido exitosos.

Finalmente, de acuerdo al objetivo específico 3, verificar el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018; al analizar el resultado en nuestra investigación se verifica que el pico de los datos ocurre en torno a la primera hora, la distribución de datos es desde casi los primeros minutos hasta las 4 horas; según este parámetro el tiempo de espera durante la consulta es de 0.765 horas (46 minutos aproximadamente) en promedio y el tiempo puede variar entre 0.63 horas (38 minutos) como mínimo y 0.8967613 (54 minutos) como máximo de espera por atención en el servicio de atención dental; en el caso de Alarcón, Heredia y Taype (2019), hallaron que en relación al tiempo promedio de consulta de los pacientes que acuden a los establecimientos de consulta externa fue de 12.1 minutos este resultado obtenido se asoció como una percepción positiva del paciente durante los primeros noventa minutos de espera

durante la consulta, este resultado difiere en gran medida con los resultados hallados en nuestro estudio, aun si lo comparamos con el tiempo promedio mínimo (38 minutos), asimismo, Ahmad, Khairatul y Farnaza (2017), identificaron que el tiempo promedio de consulta de los pacientes que acuden al centro de salud fue de 18.21 minutos, al comparar la cantidad de minutos con nuestros resultados, se evidencia que aún hay una diferencia mayor en el tiempo de espera durante la consulta, por lo tanto, podemos afirmar que tanto los estudios realizado por Alarcón, Heredia y Taype y, por Ahmad, Khairatul y Farnaza, mantienen una diferencia significativa respecto a nuestro estudio.

V. Conclusiones

Primera

En cuanto al objetivo general, de acuerdo a los resultados obtenidos se concluye que para el tiempo efectivo de espera para la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana es de 214 horas (8.9 días) en promedio.

Segunda

Respecto al objetivo específico 1, en referencia a los resultados hallados se concluye que para el tiempo de programación de cita de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana es de 56.70 horas (2.4 días) en promedio.

Tercera

En el caso del objetivo específico 2, sobre el tiempo de espera en el lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana, se concluye que el resultado obtenido fue de 0.138 horas (8 minutos aproximadamente) en promedio.

Cuarta

Por lo tanto, para el objetivo específico 3, en relación al tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana, se concluye que el resultado obtenido para tiempo de consulta en dicho servicio fue de 0.765 horas o 46 minutos aproximadamente en promedio.

VI. Recomendaciones

Primera

El tiempo efectivo de espera para una atención en el servicio dental en conjunto suma más de 7 días de espera, si bien los parámetros estipulados por Essalud está dentro del margen, se recomienda a los gestores de la salud seguir y mejorar las políticas para aminorar en mayor grado el tiempo total de espera para una atención de salud.

Segunda

Para el tiempo de programación de citas en el servicio dental en establecimiento de Essalud, se encuentra dentro del tiempo indicado en la Resolución General de Essalud, se recomienda a los sectores de la salud, tener en cuenta el resultado obtenido para mejorar aún más el tiempo de programación de citas.

Tercera

Respecto con el tiempo en la sala de espera, se recomienda al personal de la salud, tener en cuenta estos hallazgos para seguir cumpliendo con la meta de brindar un servicio de calidad al usuario demandante de una atención.

Cuarta

Asimismo, teniendo en cuenta los resultados del objetivo específico 3, donde se verificó que el tiempo de espera de una consulta en el servicio odontológico fue superior a los 30 minutos, siendo este mayor a otros resultados, se recomienda al lector, tener en cuenta el valor obtenido para las futuras investigaciones y formular las recomendaciones del caso.

Referencias

- Aday, L., & Andersen, R. (1974). A Framework for the Study of Access to Medical Care. *Health Services Research*, 3(9), 208–220. Recuperado de <https://bit.ly/2BMY7TU>
- Aguirre-Bustamante, J., Barón-López, F. J., Carmona-González, F. J., Pérez-Farinós, N., & Wärnberg, J. (2020). Validation of a modified version of the Spanish Geriatric Oral Health Assessment Index (GOHAI-SP) for adults and elder people. *BMC oral health*, 20(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1047-3>
- Ahmad, B. A., Khairatul, K., & Farnaza, A. (2017). An assessment of patient waiting and consultation time in a primary healthcare clinic. *Malaysian family physician: the official journal of the Academy of Family Physicians of Malaysia*, 12(1), 14–21. Recuperado de <https://bit.ly/3een5cs>
- Alarcón Ruiz, CA, Heredia, P. and Taype-Rondan, A. (2019). Association of waiting time and consultation with patient satisfaction: analysis of secondary data from a national survey in Peruvian ambulatory care centers. *BMC health services research*, 19 (1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4288-6>
- Arias, C. (2018). Factores determinantes del tiempo de espera quirúrgico en un instituto especializado de salud de Lima, 2017. (Tesis de maestría). Recuperada de <https://bit.ly/2WIZJ9k>
- Bernal, C. (2010). Metodología de la Investigación: administración, economía, humanidades y Ciencias Sociales. *Pearson*. (P.60). Colombia. Recuperado de <https://bit.ly/2zd4U8v>
- Breton, M., Green, M., Kreindler, S., Sutherland, J., Jbilou, J., Wong, ST, et al. (2017). A comparative analysis of centralized waiting lists for patients without a primary care provider implemented in six Canadian provinces: study protocol. *BMC health services research*, 17 (1), 60. <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2007-8>
- Calderón, J. y Alzamora, L., (2010). La Investigación Científica para la Tesis de Postgrado. *Lulu Internacional*. (p.75). EE.UU. Recuperado de <https://bit.ly/2ZljTb2>
- Coll-Benejam, T., Bravo-Toledo, R., Marcos-Calvo, M. P., & Astier-Peña, M. P. (2018). Impact of overdiagnosis and overtreatment on the patient, the health system and

- society. *Primary care*, 50 Suppl 2 (Suppl 2), 86–95.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004>
- Delisle, M., Helewa, R. M., Ward, M., Hochman, D. J., Park, J., & McKay, A. (2020). The Association Between Wait Times for Colorectal Cancer Treatment and Health Care Costs: A Population-Based Analysis. *Diseases of the colon and rectum*, 63(2), 160–171. <https://doi.org/10.1097/DCR.0000000000001517>
- Dmytraczenko, T. y Almeida, G (2017). Hacia la cobertura universal en la salud y la equidad en américa latina y el caribe. *Grupo Banco Mundial*. Recuperado de <https://bit.ly/2Tlh85W>
- Donabedian, A. (2019), Tiempo de Espera, *Diario Oficial El Peruano*, Recuperado de <https://bit.ly/2B9nXli>
- Enaho (2018). Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza. Recuperado de <https://bit.ly/3eKgMyj>
- Ensuaus (2014). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014. Recuperado de <https://bit.ly/3dAG5S8>
- Essalud (2016). Resolución de gerencia central de prestaciones de salud. Recuperado de <https://bit.ly/3dKQYAO>
- Essalud (2018). Seguro Social del Perú. Recuperado de <https://bit.ly/31rydzU>
- Feldens, C. A., Fortuna, M. J., Kramer, P. F., Ardenghi, T. M., Vítolo, M. R., & Chaffee, B. W. (2018). Family Health Strategy associated with increased dental visitation among preschool children in Brazil. *International journal of paediatric dentistry*, 28(6), 624–632. <https://doi.org/10.1111/ipd.12421>
- Gutiérrez, A. y Mendoza, P. (2019). Tiempo de espera y calidad de atención en pacientes de Odontoestomatología intervenidos en sala de operaciones. *An Fac med.* 2019; 80(2):183-7 / DOI: <https://10.15381/anales.802.16413>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativas, cualitativa y mixta. México. *Mc Graw Hill Education*
- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, M. (2014). Metodología de la Investigación. *Mc Graw Hill Education*. México. Recuperado de <https://bit.ly/3dWIVRO>
- INEI (2017). Perú: Perfil Sociodemográfico Informe Nacional. Lima 2018. Recuperado de: <https://bit.ly/2CKsoTL>
- Íñigo Pestaña, M., & Del Pozo, J. L. (2018). Protocolo terapéutico empírico de las infecciones bucales y faríngeas [Therapeutic protocol for the empirical treatment

- of oral and pharyngeal infections]. *Medicine*, 12(50), 2986–2989.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2018.02.017>
- Johannessen, KA and Alexandersen, N. (2018). Improved outpatient accessibility at specialty clinics - Reduces long wait times and waiting lists with a simple analytical approach. *BMC health services research*, 18 (1), 827.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3635-3>
- Kim, K., Han, K., & Yang, S. (2020). Association between overweight, obesity and incidence of advanced dental caries in South Korean adults: A 10-year nationwide population-based observational study. *PloS one*, 15(2), e0229572.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229572>
- Lee, S., Gross, S. E., Pfaff, H., & Dresen, A. (2019). Differences in Perceived Waiting Time by Health Insurance Type in the Inpatient Sector: An Analysis of Patients With Breast Cancer in Germany. *Inquiry: a journal of medical care organization, provision and financing*, 56, 46958019875897.
<https://doi.org/10.1177/0046958019875897>
- Ley N° 29344 (2009). Ley Marco De Aseguramiento Universal En Salud, Diario Oficial El Peruano, Lima, Perú. Recuperado de <https://bit.ly/3870AEU>
- López, R. (2019). Tiempo de espera en la atención de pacientes con tuberculosis extremadamente resistente Hospital Nacional Hipólito Unanue, 2019. (Tesis de maestría). Recuperado de <https://bit.ly/2zgXZem>
- Martínez, DA, Zhang, H., Bastias, M., Feijoo, F., Hinson, J., Martínez, R., Dunstan, J., et al. (2019). Prolonged waiting time is associated with higher mortality for patients on the Chilean waiting list with non-prioritized conditions. *BMC public health*, 19 (1), 233. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6526-6>
- Martínez, M y Galán G., (2014). Técnicas e Instrumentos de Recogida y Análisis de Datos. Recuperado de <https://bit.ly/2WKYdTX>
- Medina-Solís, C. E., Ávila-Burgos, L., Borges-Yañez, S. A., Irigoyen-Camacho, M. E., Sánchez-Pérez, L., Zepeda-Zepeda, M. A., et al. (2020). Ecological study on needs and cost of treatment for dental caries in schoolchildren aged 6, 12, and 15 years: Data from a national survey in Mexico. *Medicine*, 99(7), e19092.
<https://doi.org/10.1097/MD.00000000000019092>
- Ministerio de Salud (2010). Plan Esencial de Aseguramiento en Salud PEAS. Recuperado de <https://bit.ly/3gbk8KT>

- Miranda F., Chamorro A. y Rubio S. (2007). Introducción a la Gestión de la Calidad. *Publicaciones Delta*. Recuperado de <https://bit.ly/2NCbrgz>
- Murillo, J., Bellido, L., Huamani, P., Gamica, G., Munares, O. y Del Carmen, J. (2019). Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. *An Fac med.* 2019; 80(3):288-97 / DOI: <https://10.15381/anales.803.16846>
- Oberrauter, G., Oliva, C., Contreras, J., Cardemil, F. (2017). Análisis de tiempos de espera a pacientes con cáncer de cabeza y cuello en el Hospital San Juan de Dios. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* vol.77 no.2 Santiago jun. 2017. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48162017000200004>
- OPS (2011). Manual Sistema Tiraje Cuartos Urgencias. Recuperado de <https://bit.ly/2Tm7zDU>
- Pacheco A, (2018), El Tiempo de Espera en la Atención En Salud, *Diario El Peruano*, recuperado de <https://bit.ly/2B9nXli>
- Plataforma Única del Estado (s.f.). Sacar una Cita Médica en Essalud. Recuperado de <https://bit.ly/3eTEBni>
- Rosander, A. (1992). La búsqueda en la calidad en los Servicios. *Diez de Santos* recuperado de <https://bit.ly/2zUAYHK>
- Sæther, S., Heggstad, T., Heimdal, JH and Myrtveit, M. (2020). Long waiting times for elective hospital care: breaking the vicious circle abandoning prioritization. *International Journal of Health Policy and Management*, 9 (3), 96-107. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.84>
- Salud Pública de México. (1984). En Espera de Atención Médica. Recuperado de <https://bit.ly/2CGUqQ3>
- Sánchez, H., Reyes, C. y Mejía, K. (2018). Manual de Términos en Investigación, Científica, Tecnológica y Humanística. *Bussiness Support Aneth*.Lima. Recuperado de <https://bit.ly/3eHN0tT>
- Santiago M., (2017), Teoría de Colas o de Líneas de Espera, recuperado de <https://bit.ly/3dHk9oq>
- Shaikh, M., Miraldo, M., & Renner, A. T. (2018). Waiting time at health facilities and social class: Evidence from the Indian caste system. *PloS one*, 13(10), e0205641. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0205641>

- Street, J., Khan, W., Tong, A. and Shanbhag, V. (2017). Improvement of waiting times in the orthopedic outpatient clinic. *Open Quality BMJ*, 6 (2), e000067. <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2017-000067>
- Sun, J., Lin, Q., Zhao, P., Zhang, Q., Xu, K., Chen, H., Hu, CJ, Stuntz, M., et al. (2017) Reduce waiting time and increase outpatient satisfaction in a Chinese public tertiary general hospital: a discontinued time series study. *BMC public health*, 17 (1), 668. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4667-z>
- SurveyMonkey, (s.f.). Calculadora de Tamaño de Muestra. Recuperado de <https://bit.ly/2ZgY1Mp>
- Thi Thao Nguyen, S., Yamamoto, E., Thi Ngoc Nguyen, M., Bao Le, H., Kariya, T., Saw, YM, Duc Nguyen, C. and Hamajima, N. (2018). Waiting time at the outpatient clinic of a national hospital in Vietnam. *Nagoya journal of medical science*, 80 (2), 227–239. <https://doi.org/10.18999/nagjms.80.2.227>
- Tolvanen, E., Koskela, TH, Mattila, KJ, and Kosunen, E. (2018). Analysis of factors associated with waiting times for medical appointments at Finnish health centers: a QUALICOPC study. *BMC Research Notes*, 11 (1), 220. <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3316-7>
- Transparencia Essalud (2019). Resolución de Gerencia General N° 586. Recuperado de <https://bit.ly/2VL8sah>
- Universidad Alfonso X El Sabio s.f. Recuperado de <https://bit.ly/2CQZD8b>
- Valentine NB, Silva A, Kawabata K, et al. (2003). Capacidad de respuesta del sistema de salud: conceptos, dominios y operacionalización. En: CJL M, Evans DB, et al., Editores. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: debates, métodos y empirismo. *Ginebra: Organización Mundial de la Salud*; 2003. p. 96. [Google Scholar]
- Varo, J. (1994). Gestión estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios: un Modelo de Gestión Hospitalaria. *Diez de santos*. Recuperado de <https://bit.ly/2XbfmWa>
- Vidal, M., Ledo, M., Domínguez, YS, Ramos, AD, Díaz, AR, Estévez, IF, Morejón, MM, Mariño, XG and Matar, RP (2018). Application of eHealth in the Cuban context [Application of eHealth in the Cuban contextAplicação da eSaúde not Cuban context]. *Pan American Journal of Public Health = Pan American Journal of Public Health*, 42, e19. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.19>

- Wanhua Xie, Xiufeng Yang, Xiaojun Cao, and Peiying Liu. (2019) Effects of a comprehensive reservation service for non-emergency registration on appointment registration rate, patient waiting time, patient satisfaction, and outpatient volume at a tertiary hospital in China. *BMC Health Services Research*, 10.1186 / s12913-019-4652-6, 19, 1, (2019).
- Xie, Z. and Or, C. (2017). Associations between waiting times, service times and patient satisfaction in an outpatient endocrinology department: a time study and a questionnaire survey. *Consult: a magazine for the organization, provision and financing of medical care*, 54, 46958017739527. <https://doi.org/10.1177/0046958017739527>
- Zurro, A. (2003). Atención Primaria: concepto, organización y práctica Clínica. *Elsevier*. Recuperado de <https://bit.ly/3cLdlks>

Anexos

Matriz de Consistencia

Título: Análisis del Tiempo de Espera de los Afiliados a Essalud en el Servicio Dental de Lima Metropolitana Según Enaho, 2018

Autor: Bach. Amez López Juan Carlos

Problema	Objetivos	Variables e indicadores				
<p>Problema General: ¿Cuánto será el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018?</p> <p>Problemas Específicos: 1.- ¿Cuánto será el tiempo de espera para la programación de la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018? 2.- ¿Cuánto será el tiempo de llegada al lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018? 3.- ¿Cuánto será el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima</p>	<p>Objetivo general Calcular el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018.</p> <p>Objetivos específicos 1.- Precisar el tiempo de espera para la programación de la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018. 2.- Evaluar el tiempo de llegada al lugar de consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima Metropolitana según Enaho, 2018. 3.- Verificar el tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a Essalud en el servicio dental de Lima</p>	<p>Variable 1: TIEMPO DE ESPERA</p> <p>Valentine (2003) menciona que la OMS identifica que el tiempo de espera para los servicios de la salud como una de las mediciones claves de un sistema de salud receptivo. El tiempo de espera del paciente es la cantidad de tiempo que los pacientes buscan atención en las unidades de atención médica antes de ser atendidos para consulta y tratamiento.</p>				
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
		<p>D1: Programación de consulta</p> <p>D2: Llegada al lugar de consulta</p>	<p>Tiempo transcurrido para la programación de su atención.</p> <p>Tiempo de llegada del paciente al consultorio dental.</p>	<p>1 al 4</p> <p>5 al 7</p>	<p>Razón</p> <p>Razón</p>	<p>Meses: 1 Días: 2 Horas:3 Minutos:4</p> <p>Días: 2 Horas: 3 Minutos:4</p>

Metropolitana según Enaho, 2018?	Metropolitana según Enaho, 2018.	D3: Durante la consulta	Tiempo en la sala de espera dental	8 al 10	Razón	No lo atendieron: 5 Horas: 3 Minutos:4
		Variable Interviniente: afiliados, edad y sexo				
		Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
		Seguro de Salud	Afiliados a ESSALUD	11	Nominal	ESSALUD: 1
	Servicio Dental	12	Nominal	Si: 1 No:2		
Edad	Edad del paciente	13	Razón	Años:1		
Sexo	Hombre Mujer	14	Nominal	Hombre:1 Mujer:2		

Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos	Estadística a utilizar
<p>Nivel Analítica, descriptiva.</p> <p>Diseño Descriptivo</p> <p>Enfoque Cuantitativo</p> <p>Tipo de Investigación Básico, retrospectivo, Transversal</p>	<p>Población Total, de 1896 736 afiliados a Essalud en el servicio dental según Enaho, año 2018.</p> <p>Muestra Comprende a 2880 personas en total.</p>	<p>Variable 1: Tiempo de espera</p> <p>Técnicas: Para realizar el estudio del tiempo de espera del paciente se incluirán tres dimensiones: 1) programación de consulta, 2) Llegada al lugar de consulta y 3) durante la consulta. Las dimensiones serán evaluadas mediante una ficha (instrumento de investigación), se incluirán a todos los afiliados a Essalud en el servicio dental según Enaho, año 2018.</p> <p>Instrumento: La Ficha para evaluar el tiempo de espera de los afiliados a Essalud en el servicio dental según Enaho, año 2018. Consta de tres partes, el primero es la introducción donde se describirá el propósito de la investigación, el segundo se va describir los datos generales como, edad, sexo y cuestionario; y la tercera parte que incluirá la lista de chequeo propiamente dicho.</p> <hr/> <p>Variables Intervinientes: seguro de salud, edad y sexo</p> <p>Instrumento: Ficha</p>	<p>DESCRIPTIVA:</p> <p>Representación en cuadros Uso de programa STATA</p>

FICHA TÉCNICA

ENCUESTA NACIONAL DE HOGARES SOBRE CONDICIONES DE VIDA Y POBREZA - 2018

La Encuesta Nacional de Hogares es la investigación que permite al Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) desde el año 1995, efectuar el seguimiento de los indicadores sobre las condiciones de vida. A inicios del año 2007, con el auspicio del Banco Mundial (BM), el INEI convocó a un Comité Asesor especializado conformado por representantes de organismos internacionales, de organismos gubernamentales nacionales, representantes de la comunidad académica y de centros de investigación. El Comité Asesor de Pobreza ha venido participando cada año en verificar la calidad de la encuesta y la medición de la pobreza. A partir del año 2010, mediante Resolución Suprema N.º 097-2010-PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 13 de abril del 2010, el Comité Asesor de Pobreza se constituye en Comisión Consultiva para Estimación de la Pobreza y otros indicadores relacionados en el país; cuyo objetivo es garantizar la calidad, transparencia y confianza de la información en el campo de la medición de la pobreza y otros indicadores relacionados.

I. OBJETIVOS

- Generar indicadores que permitan conocer la evolución de la pobreza, del bienestar y de las condiciones de vida de los hogares.
- Efectuar diagnósticos sobre las condiciones de vida y pobreza de la población.
- Medir el alcance de los programas sociales alimentarios y no alimentarios en la mejora de las condiciones de vida de la población.
- Servir de fuente de información a instituciones públicas y privadas, así como a investigadores.
- Permitir la comparabilidad con investigaciones similares, en relación con las variables investigadas.

II. COBERTURA

La encuesta se realiza en el ámbito nacional, en el área urbana y rural, en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao.

III. PERÍODO DE EJECUCIÓN

En forma continua, iniciándose a partir de mayo del 2003.

IV. PERÍODO DE REFERENCIA

Los períodos de referencia para las variables a investigarse en la Encuesta Nacional de Hogares 2018, son los siguientes:

Características de la vivienda y del hogar:

- Día de la entrevista
- Últimos 12 meses
- Último gasto mensual

Características de los miembros del hogar:

- Día de la entrevista –
- Residencia habitual: Últimos 30 días –
- Trabajo infantil: Semana pasada

Educación

- Día de la entrevista –
- Presente año -
- Últimos 12 meses –
- Mes anterior

Salud

- Día de la entrevista –
- Últimas 4 semanas –
- Últimos 3 meses -
- Últimos 12 meses

Empleo

- Condición de actividad: Semana pasada

Sistema de pensiones: Día de la entrevista

Inclusión Financiera

- Día de la entrevista

-Últimos 12 meses

Ingreso por trabajo:

-Ordinarios: Día, semana, quincena, mes anterior

-En especie: Últimos 12 meses

-Extraordinarios por trabajo dependiente: Últimos 12 meses

-Trabajo anterior para los desocupados: Último trabajo realizado

-Ingresos por transferencias corrientes: Últimos 6 meses

-Ingresos por rentas de la propiedad: Últimos 12 meses

-Otros ingresos extraordinarios: Últimos 12 meses

-Ingreso por actividad agropecuaria: Últimos 12 meses

-Ingresos del trabajador independiente o empleador o patrono: Mes anterior, últimos 12 meses

Gastos:

-Últimos 15 días

-Mes anterior

-Últimos 3 meses

-Últimos 12 meses

-Día de la entrevista

-Semana anterior

Programas sociales de ayuda alimentaria:

-Últimos 3 meses

Programas sociales no alimentarios:

-Últimos 3 años

Participación ciudadana:

-Día de la entrevista

Gobernabilidad, democracia y transparencia

-Día de la entrevista

-Últimos 12 meses

Percepción del hogar

-Día de la entrevista

-Últimos 12 meses

Discriminación

-Últimos 5 años

Percepción de Inseguridad

-Próximo 12 meses

-Últimos 12 meses

V. POBLACIÓN OBJETIVO

La población de estudio está definida como el conjunto de todas las viviendas particulares y sus ocupantes residentes en el área urbana y rural de Lima Metropolitana. Por no ser parte de la población de estudio, se excluye a los miembros de las fuerzas armadas que viven en cuarteles, campamentos, barcos, y otros. También se excluye a las personas que residen en viviendas colectivas (hoteles, hospitales, asilos y claustros religiosos, cárceles, etc.).

INSTRUMENTO
CUESTIONARIO DEL ENAHO

Programación de la consulta

¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención?

-En meses

-Días

-Horas

-Minutos

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° Días	N° Horas	N° Minutos

Llegada al lugar de consulta

-En días

-Horas

-Minutos

407G. GENERALMENTE, ¿CUÁNTO TIEMPO DEMORA PARA LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD DONDE ACUDIÓ?		
N° Días	N° Horas	N° Minutos

(207)	
SEXO	
Hombre	
↓	Mujer
↓	↓
1	2

Ítems

- 1.- El tiempo transcurrido para la programación de su atención, que reportan los encuestados a la pregunta (P407F1): ¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En meses.
- 2.- El tiempo transcurrido para la programación de su atención, que reportan los encuestados a la pregunta (P407F2): ¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En días.
- 3.- El tiempo transcurrido para la programación de su atención, que reportan los encuestados a la pregunta (P407F3): ¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En horas.
- 4.- El tiempo transcurrido para la programación de su atención, que reportan los encuestados a la pregunta (P407F4): ¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En minutos.
- 5.- Tiempo de llegada del domicilio del paciente al consultorio dental, que reportan los encuestados a la pregunta (P407G1): ¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En días.
- 6.- Tiempo de llegada del domicilio del paciente al consultorio dental, que reportan los encuestados a la pregunta (P407G2): ¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En horas.
- 7.- Tiempo de llegada del domicilio del paciente al consultorio dental, que reportan los encuestados a la pregunta (P407G3): ¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En minutos.
- 8.- Tiempo en la sala de espera dental, que reportan los encuestados (P407H): ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: No la atendieron

- 9.- Tiempo en la sala de espera dental, que reportan los encuestados (P407H1): ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en horas
- 10.- Tiempo en la sala de espera dental, que reportan los encuestados (P407H2): ¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en minutos
- 11.- El seguro de Salud que el afiliado se registra respecto a la variable en la base de datos de Enaho (P4191): ¿El sistema de prestación de Seguro de salud que Ud. está afiliado actualmente es: Essalud (IPSS)? Si: 1, No: 2
- 12.- El tiempo de espera se verificará de acuerdo al registro de la variable propuesta por la Enaho (P41406), ¿Ud. recibió servicios dentales y conexos en los últimos tres meses?
- 13.- Edad del paciente del afiliado según datos del Enaho, se verifica con las variables (P208A), ¿Qué edad tienes en años cumplidos? Años: 1
- 14.-El sexo del paciente respecto a la variable de la base de datos de Enaho (P207): sexo 1 Hombre 2 Mujer

Anexo 3: Validación de Instrumento



CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL TIEMPO DE ESPERA DE LOS AFILIADOS A ESSALUD.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En meses.	✓		✓		✓		
2	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En días.	✓		✓		✓		
3	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En horas.	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En días.	✓		✓		✓		
6	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En horas.	✓		✓		✓		
7	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3								
8	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: No la atendieron	✓		✓		✓		
9	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en horas	✓		✓		✓		
10	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en minutos	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Es suficiente

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [si]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: **DÍAZ MUJICA JUANA YRIS** DNI 09395072

Especialidad del validador: **Doctor en Educación, metodóloga, Licenciada en Obstetricia.**

20 de mayo del 2020

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

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

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL TIEMPO DE ESPERA DE LOS AFILIADOS A ESSALUD.

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En meses.	✓		✓		✓		
2	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En días.	✓		✓		✓		
3	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En horas.	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En días.	✓		✓		✓		
6	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En horas.	✓		✓		✓		
7	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3								
8	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: No la atendieron	✓		✓		✓		
9	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en horas	✓		✓		✓		
10	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en minutos	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si hay suficiencia

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [si]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg: Dra. Delia Mercedes Reynaldo Padilla **DNI: 09608745**

Especialidad del validador: Dra. Esp. Cirujano Dentista

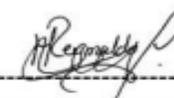
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

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

30 de Mayo del 2020



Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE EL TIEMPO DE ESPERA DE LOS AFILIADOS A ESSALUD.

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En meses.	✓		✓		✓		
2	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En días.	✓		✓		✓		
3	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En horas.	✓		✓		✓		
4	¿Cuánto tiempo transcurrió, hasta la fecha que fue programada su atención? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 2								
5	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En días.	✓		✓		✓		
6	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En horas.	✓		✓		✓		
7	¿Cuánto tiempo demora para llegar al establecimiento de salud donde acudió? En minutos.	✓		✓		✓		
DIMENSIÓN 3								
8	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: No la atendieron	✓		✓		✓		
9	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en horas	✓		✓		✓		
10	¿Cuánto tiempo espero para ser atendido en su consulta?: en minutos	✓		✓		✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): ES SUFICIENTE

Opinión de aplicabilidad: **Aplicable [X]** **Aplicable después de corregir []** **No aplicable []**

Apellidos y nombres del juez validador. Mg: Jannett Maribel Flórez Ibarra..... DNI: 09321208.....

Especialidad del validador: Maestra en Salud Pública.....

Lima 24 de mayo del 2020



Firma del Experto Informante.

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

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

Anexo 4: Salidas del software estadístico STATA 14

```

. * RESULTADOS TIEMPOS DE ESPERA
. *****
. *definiendo diseño de muestra**
. svyset [pweight =factor07], psu(conglome)strata(estrato)

      pweight: factor07
      VCE: linearized
Single unit: missing
Strata 1: estrato
SU 1: conglome
FPC 1: <zero>

.
. sum solo_essalud metropol t_espera t_demora t_cita dentista t_efectivo

      Variable |      Obs      Mean   Std. Dev.   Min   Max
-----+-----
solo_essalud | 131,598   .2188863   .4134929     0     1
metropol    | 131,598   .113026   .3166258     0     1
t_espera    |   3,204   .8116001   1.006836   .0166667   20
t_demora    |  12,567   .130913   .778795     0     48
t_cita      |  12,567  18.21539  125.8701     0    2880
-----+-----
dentista    |  89,797   .139949   .346936     0     1
t_efectivo  |   3,204  70.99758  240.6322   .05    2885

. *****
. * OBJETIVO GENERAL
. * tiempo de total de atención de los afiliados a ESSALUD en el servicio dental
de Lima Metropolitana según ENAHO, 2018;
. . histogram t_efectivo if metropol==1 & solo_essalud==1 & t_efectivo <=200,
fcolor(red) normal ytitle(Densidad) ylabel(#20, angle(hori
> zontal)) ///
> xlabel(#20) graphregion(margin(tiny) fcolor(white)) plotregion(margin(tiny)
fcolor(white))
(bin=12, start=.13333334, width=16.0375)

.
.
. . histogram t_efectivo if metropol==1 & solo_essalud==1 & t_efectivo
<=200, frequency fcolor(red) lcolor(red) ylabel(#10, labsi
> ze(vsmall) angle(horizontal)) xlabel(#10, labsize(vsmall)) legend(rows(1)
size(vsmall)) by(, graphregion(margin(vsmall) fcolor(white))
> ///
> plotregion(margin(vsmall) fcolor(white))) by(area) subtitle(, size(small)
fcolor(none))

.
.
. svy:mean t_efectivo if metropol==1, over(solo_essalud)
(running mean on estimation sample)

Survey: Mean estimation

Number of strata =      1      Number of obs   =      425
Number of PSUs  =     275      Population size = 271,607.09
Design df      =           Design df      =      274

      Otros: solo_essalud = Otros
Solo_ESSALUD: solo_essalud = Solo_ESSALUD

-----+-----
      |      Linearized
      Over |      Mean   Std. Err.   [95% Conf. Interval]
-----+-----

```

```

t_efectivo |
      Otros | 93.38759 15.50186 62.86971 123.9055
Solo_ESSALUD | 214.3363 31.99977 151.3396 277.3329
-----

```

```

.
. *****
. * Indicador 1
. * tiempo de espera para la programación de la consulta de los afiliados a
ESSALUD en el servicio dental de Lima Metropolitana según EN
> AHO, 2018;
. . histogram t_cita if metropol==1 & solo_essalud==1 & t_cita <= 20, fcolor(red)
frequency fcolor(red) lcolor(red) ylabel(#10, angle(ho
> rizontal)) ///
> xlabel(#20) graphregion(margin(tiny) fcolor(white)) plotregion(margin(tiny)
fcolor(white))
(bin=26, start=0, width=.34615385)

```

```

.
.
.
. svy:mean t_cita if metropol==1, over(solo_essalud)
(running mean on estimation sample)

```

Survey: Mean estimation

```

Number of strata = 1          Number of obs = 2,030
Number of PSUs = 633        Population size = 1,353,522
                              Design df = 632

```

```

      Otros: solo_essalud = Otros
Solo_ESSALUD: solo_essalud = Solo_ESSALUD

```

```

-----
              |              Linearized
              |              Mean   Std. Err.   [95% Conf. Interval]
-----+-----
t_cita       |
      Otros | 16.31639 2.863779 10.69272 21.94007
Solo_ESSALUD | 56.69565 8.932427 39.15482 74.23647
-----

```

```

.
. *****
. * Indicador 2
. * tiempo de llegada al lugar de consulta de los afiliados a ESSALUD en el
servicio dental de Lima Metropolitana
.
. . histogram t_demora if metropol==1 & solo_essalud==1 & t_cita <= 20,
fcolor(red) frequency fcolor(red) lcolor(red) ylabel(#10, angle
> (horizontal)) ///
> xlabel(#20) graphregion(margin(tiny) fcolor(white)) plotregion(margin(tiny)
fcolor(white))
(bin=26, start=0, width=.07692308)

```

```

.
.
. svy:mean t_demora if metropol==1, over(solo_essalud)
(running mean on estimation sample)

```

Survey: Mean estimation

```

Number of strata = 1          Number of obs = 2,030
Number of PSUs = 633        Population size = 1,353,522
                              Design df = 632

```

```

      Otros: solo_essalud = Otros
Solo_ESSALUD: solo_essalud = Solo_ESSALUD

```

```
-----
```

	Over	Mean	Std. Err.	Linearized [95% Conf. Interval]	
t_demora					
	Otros	.0703991	.0078673	.0549499	.0858482
	Solo_ESSALUD	.1384621	.0184115	.1023071	.1746172

```
-----
```

```
.
. *****
. * Indicador 3
. * tiempo de espera durante la consulta de los afiliados a ESSALUD en el
servicio dental de Lima Metropolitana
.
. . histogram t_espera if metropol==1 & solo_essalud==1 , fcolor(red) frequency
fcolor(red) lcolor(red) ylabel(#10, angle(horizontal))
> ///
> xlabel(#20) graphregion(margin(tiny) fcolor(white)) plotregion(margin(tiny)
fcolor(white))
(bin=14, start=.01666667, width=.28452381)
.
.
.
. svy:mean t_espera if metropol==1, over(solo_essalud)
(running mean on estimation sample)
```

Survey: Mean estimation

```
Number of strata =      1      Number of obs   =      425
Number of PSUs   =     275      Population size = 271,607.09
                                   Design df      =      274
```

```
Otros: solo_essalud = Otros
Solo_ESSALUD: solo_essalud = Solo_ESSALUD
```

```
-----
```

	Over	Mean	Std. Err.	Linearized [95% Conf. Interval]	
t_espera					
	Otros	1.078846	.0819148	.9175836	1.240108
	Solo_ESSALUD	.7650334	.0669125	.6333054	.8967613

```
-----
```

Anexo 5: Instrumento de análisis

Instrumento para Analizar el Tiempo de espera	
Nombre del instrumento	Tiempo de espera
Autor	Amez López Juan Carlos
Año	2018
Descripción	Tres dimensiones, diez ítems y la escala de razón.
Lugar	Enaho
Significancia	Analizar el tiempo de espera
Aplicación	Individual

Fuente: Enaho 2018