

Tiempos de espera y flujo asistencial en consultorios externos de diez establecimientos hospitalarios públicos de Paraguay: estudio multicéntrico transversal

Waiting Times and Patient Flow in Outpatient Clinics at Ten Public Hospitals in Paraguay: A Multicenter Cross-Sectional Study

Juan Edgar Tullo Gómez ¹ Víctor Gómez Bareiro ¹ María Graciela Gamarra ¹ Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz ²

¹Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Dirección General de Información Estratégica en Salud, Asunción, Paraguay ²Universidad Sudamericana, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, Pedro Juan Caballero, Paraguay



ISSN 2521-2281 · en línea

HISTORIAL

Recibido 21/08/2026
Aceptado 19/10/2026
Publicado 29/10/2026

CORRESPONDENCIA

Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz
Universidad Sudamericana, Facultad
de Ciencias de la Salud, Pedro Juan
Caballero, Paraguay
angelricardorolon@gmail.com

EDITOR RESPONSABLE

Iván Barrios, PhD
Universidad Nacional de Asunción,
Santa Rosa del Aguaray, Paraguay

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no poseer
conflictos de interés.

FINANCIAMIENTO

Los autores no recibieron apoyo
financiero para la investigación, autoría
y/o publicación de este artículo.

LICENCIA

CC BY 4.0

Publicado bajo licencia Creative Commons
Attribution 4.0 International.

RESUMEN

Introducción: El tiempo de espera es un componente temporal y organizacional del acceso a los servicios de salud. La observación del recorrido permite localizar demoras que los registros administrativos no muestran. **Objetivo:** Caracterizar los tiempos transcurridos desde el ingreso al establecimiento hasta el inicio y la finalización de la consulta médica, y su variación entre establecimientos y servicios de consulta externa de diez hospitales públicos de Paraguay. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico basado en el análisis secundario de registros institucionales obtenidos entre marzo y julio de 2019. Mediante el Análisis del Flujo del Usuario de COPE se acompañó consecutivamente a los usuarios desde el ingreso al edificio hasta finalizar la consulta médica. Se resumieron los tiempos con mediana, rango intercuartílico, percentil 90, media y desviación estándar. **Resultados:** De 636 recorridos observados, 610 tuvieron marcas temporales completas y consistentes. La mediana desde el ingreso hasta el inicio de la consulta fue 201,0 min (RIC: 154,0-263,5; P90: 345,0); la consulta duró 8,0 min (RIC: 5,0-12,0) y el recorrido hasta su finalización 210,5 min (RIC: 162,2-271,8; P90: 360,1). El tiempo fuera de los contactos registrados en admisión, preconsulta y consulta tuvo una mediana de 198,0 min (RIC: 149,0-257,0). La mediana hasta la consulta varió entre 76,5 y 306,0 min entre establecimientos. **Conclusión:** Los recorridos mostraron esperas prolongadas y heterogéneas antes de la consulta médica. Los hallazgos constituyen una línea de base histórica y orientan a medir y rediseñar los procesos en cada establecimiento.

PALABRAS CLAVE

Servicio Ambulatorio en Hospital

Factores de Tiempo

Eficiencia Organizacional

ABSTRACT

Introduction: Waiting time is a temporal and organizational component of healthcare access. Direct observation of the patient journey can identify delays not captured in administrative records. **Objective:** To characterize the time elapsed from hospital entry to the start and completion of the medical consultation, and its variation across facilities and outpatient services at ten public hospitals in Paraguay. **Methodology:** Multicenter, observational, descriptive, cross-sectional study based on secondary analysis of institutional records collected from March to July 2019. Using COPE Client Flow Analysis, consecutive users were accompanied from entry into the building until completion of the medical consultation. Times were summarized using the median, interquartile range, 90th percentile, mean, and standard deviation. **Results:** Of 636 observed journeys, 610 had complete and consistent timestamps. Median time from entry to consultation start was 201.0 min (IQR: 154.0-263.5; P90: 345.0); the consultation lasted 8.0 min (IQR: 5.0-12.0), and time to consultation completion was 210.5 min (IQR: 162.2-271.8; P90: 360.1). Median time outside recorded contacts in registration, pre-consultation, and medical consultation was 198.0 min (IQR: 149.0-257.0). Median time to consultation ranged from 76.5 to 306.0 min across facilities. **Conclusion:** Patient journeys showed prolonged and heterogeneous waits before medical consultation. The findings provide a historical baseline and support facility-specific process measurement and redesign.

KEYWORDS

Outpatient Clinics, Hospital

Time Factors

Efficiency, Organizational

Introducción

El acceso a la atención sanitaria no se agota en la disponibilidad formal de un servicio: incluye la posibilidad de alcanzarlo y recibirlo en un tiempo compatible con la necesidad. Los marcos contemporáneos de acceso reconocen una dimensión temporal, y el tiempo de espera funciona como indicador de tensión entre demanda, capacidad y organización del sistema (1,2). Además, una distribución desigual de la espera puede convertirla en una forma de racionamiento no monetario y profundizar inequidades (3). Por ello, la oportunidad, la eficiencia y la atención centrada en las personas deben analizarse junto con los resultados clínicos y la calidad comunicada por los usuarios (4).

El tiempo de espera tampoco constituye un único intervalo. En la consulta externa pueden sucederse ingreso, admisión, preconsulta, consulta médica y otras prestaciones; cada etapa alterna periodos de contacto y de espera. La magnitud de estos intervalos puede variar por establecimiento, servicio, hora de llegada, día de la semana y características de los usuarios (5,6). La observación directa del recorrido permite reconstruir esa secuencia, identificar dónde se acumulan las demoras y evitar que un promedio agregado oculte cuellos de botella locales.

No existe un estándar universal aplicable a todos los servicios, pero la medición sistemática permite comparar el desempeño de cada circuito consigo mismo y priorizar acciones de mejora. La evidencia reciente señala que las intervenciones organizacionales pueden reducir los tiempos cuando combinan rediseño de procesos, gestión de la demanda y seguimiento continuo; su transferibilidad depende del contexto y de la definición exacta del intervalo medido (7). Antes de seleccionar una solución, es necesario establecer una línea de base reproducible y distinguir con claridad qué contactos fueron registrados.

En Paraguay, la literatura identificada se ha concentrado principalmente en la percepción de la calidad y la satisfacción de los usuarios en establecimientos específicos (8). No se encontraron estudios nacionales recientes que hubieran reconstruido mediante observación directa el flujo hasta la consulta médica en varios hospitales públicos y desagregado los resultados por establecimiento y servicio.

El objetivo fue caracterizar los tiempos transcurridos desde el ingreso al establecimiento hasta el inicio y la finalización de la consulta médica, y su variación entre establecimientos y servicios de consulta externa de diez hospitales públicos de Paraguay.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal y multicéntrico mediante análisis secundario de registros institucionales. Los datos fueron obtenidos entre marzo y julio de 2019 en diez establecimientos hospitalarios públicos ubicados en Alto Paraná (uno), Asunción (dos), Caaguazú (uno) y Central (seis). Se excluyeron los servicios de urgencias, porque su prioridad asistencial se rige por triaje y no por el orden de llegada.

Los establecimientos fueron seleccionados de manera intencional, no probabilística y por conveniencia institucional, de acuerdo con la prioridad de evaluar el flujo, la elevada demanda asistencial y la factibilidad logística de realizar la observación. En consecuencia, la selección no pretendió representar a todos los hospitales del país. Para preservar la confidencialidad institucional, se identificaron como H1 a H10. No se mantuvo en los registros analíticos la categoría administrativa específica de cada hospital; por ello, el manuscrito no atribuye un nivel de atención o tipo hospitalario que no pudiera verificarse documentalmente.

La consulta externa se definió como la atención no urgente prestada en consultorios hospitalarios. Se incluyeron clínica médica, ginecología, diabetología, pediatría, traumatología y oncología clínica de adultos. Participaron consultas con turno previo y por demanda espontánea; la modalidad de acceso y la condición de primera consulta o seguimiento no se registraron de forma individual.

La unidad de análisis fue el recorrido del usuario. Durante múltiples jornadas de observación entre marzo y julio, los registradores incorporaron consecutivamente a quienes ingresaban a los servicios incluidos y aceptaban la observación. La selección de usuarios dentro de cada sesión no fue aleatoria. No se conservaron la distribución exacta de días, turnos y franjas horarias por establecimiento, ni un registro de personas invitadas y rechazos. En pediatría se observó el recorrido del niño con autorización verbal del adulto responsable. Se requería que el usuario adulto o el responsable comprendiera una explicación breve y pudiera comunicar su decisión; no se aplicó una exclusión basada en diagnósticos de salud mental.

Se utilizó el Análisis del Flujo del Usuario (AFU), componente de COPE, Client-Oriented, Provider-Efficient Services (servicios orientados al cliente y eficientes para los prestadores) (9). Un observador acompañó al usuario y consignó las marcas horarias mediante relojes sincronizados. La hora de llegada correspondió al ingreso al edificio; no incluyó la permanencia en el predio ni las filas formadas antes de la apertura. El análisis se limitó al recorrido hasta concluir la consulta médica, no hasta la salida del hospital.

Los registradores pertenecían al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social e incluían personal médico, de enfermería, admisión, estadística y registros médicos de los establecimientos. Recibieron capacitación sobre el AFU, el llenado del formulario y la identificación de cada punto del recorrido; la duración exacta de la capacitación no se conservó. La observación no modificó el orden ni el contenido de la atención habitual.

Todos los intervalos se expresaron en minutos. El tiempo hasta el inicio de la consulta fue el intervalo entre el ingreso al edificio y el comienzo de la consulta médica. La duración de la consulta fue la diferencia entre su inicio y finalización. El recorrido total analizado comprendió desde el ingreso hasta el final de la consulta médica. Por tanto, no se analizó la permanencia posterior en estudios, farmacia o trámites de egreso; los horarios de farmacia se registraron en 295 de los 636 recorridos observados, pero no formaron parte del análisis.

El tiempo de contacto registrado fue la suma de los periodos consignados en admisión, preconsulta y consulta médica. El tiempo fuera de los contactos registrados se calculó como el recorrido total menos esa suma. Esta variable no equivale a “tiempo sin atención asistencial”, porque el AFU no desagregó exhaustivamente otras prestaciones. La proporción agregada se obtuvo al dividir la suma del tiempo fuera de los contactos por la suma del recorrido total. La razón individual se calculó para cada recorrido con contacto registrado mayor que cero; además, se informó el cociente entre las medias para facilitar la comparación con la versión anterior.

Durante la recolección, las marcas faltantes o discordantes se verificaron inmediatamente con el usuario o con el personal del punto de atención. En el análisis secundario no se imputaron horarios. La auditoría de la base normalizó los nombres de servicios y establecimientos, recalculó los intervalos a partir de las marcas horarias y aplicó reglas de consistencia. De 636 registros, se excluyeron 21 sin registro de consulta médica y cinco con marcas incompletas o inconsistentes; el análisis temporal se realizó con 610 recorridos completos.

Las variables categóricas disponibles se resumieron mediante frecuencias y porcentajes. La distribución de cada intervalo se examinó con histogramas, gráficos cuantiles-cuantiles y la prueba de Shapiro-Wilk; todos se apartaron de la normalidad ($p < 0,001$). Por ello, las medidas principales fueron mediana, rango intercuartílico (RIC) y percentil 90 (P90); se añadieron media y desviación estándar (DE) para comparabilidad. Los resultados se desagregaron por establecimiento y servicio, sin pruebas de hipótesis por el muestreo no probabilístico y el objetivo descriptivo. La base original fue gestionada con Epi Info 7.2 y el reanálisis solicitado durante la revisión por pares se efectuó con Python 3.12, pandas 2.2.3 y SciPy 1.17.0.

Los datos fueron recolectados en 2019 como parte de una actividad de gestión y mejora institucional del MSPBS, no como un protocolo de investigación. Antes de acompañar el recorrido, el observador obtuvo autorización verbal del usuario adulto o del responsable del niño. La base no contenía identificadores personales ni información clínica. El análisis secundario con fines de investigación fue evaluado y aprobado en 2024 por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Nacional de Itauguá, Dictamen N.º 002/2024. Esta aprobación correspondió al uso secundario de los registros institucionales y no se presenta como autorización retrospectiva del trabajo de campo.

Resultados

Se dispuso de 636 recorridos observados en diez establecimientos. Tras la auditoría, 610 (95,9 %) tuvieron marcas completas y consistentes desde el ingreso hasta el final de la consulta médica; 26 (4,1 %) fueron excluidos del análisis temporal. La contribución por establecimiento fue desigual: H7 aportó 139 recorridos completos y H5, 25 (Tabla 1).

TABLA 1. RECORRIDOS OBSERVADOS Y ANALIZADOS POR ESTABLECIMIENTO			
Establecimiento	Observados, n	Analizados, n (%)	Excluidos, n
H1 (Alto Paraná)	67	66 (10,8)	1
H2 (Asunción)	52	46 (7,5)	6
H3 (Asunción)	59	56 (9,2)	3
H4 (Caaguazú)	56	52 (8,5)	4
H5 (Central)	26	25 (4,1)	1
H6 (Central)	62	59 (9,7)	3
H7 (Central)	143	139 (22,8)	4
H8 (Central)	55	52 (8,5)	3
H9 (Central)	71	70 (11,5)	1
H10 (Central)	45	45 (7,4)	0
Total	636	610 (100,0)	26

Nota. El porcentaje se calculó sobre los 610 recorridos analizados. H1-H10: códigos anonimizados.

Pediatría concentró 308 recorridos completos (50,5 %), seguida de clínica médica con 158 (25,9 %). La base no contenía sexo, edad, condición de primera consulta o seguimiento, modalidad individual de acceso, día de la semana ni franja horaria; por ello, esas distribuciones no pudieron reconstruirse (Tabla 2).

TABLA 2. RECORRIDOS OBSERVADOS Y ANALIZADOS POR SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA			
Servicio	Observados, n	Analizados, n (%)	Excluidos, n
Pediatría	321	308 (50,5)	13
Clínica médica	170	158 (25,9)	12
Ginecología	56	56 (9,2)	0
Traumatología	36	35 (5,7)	1
Diabetología	30	30 (4,9)	0
Oncología clínica de adultos	23	23 (3,8)	0
Total	636	610 (100,0)	26

Nota. El porcentaje se calculó sobre los 610 recorridos analizados.

La mediana desde el ingreso hasta el inicio de la consulta médica fue 201,0 min (RIC: 154,0-263,5) y el P90 alcanzó 345,0 min. La consulta médica duró una mediana de 8,0 min (RIC: 5,0-12,0). En consecuencia, el recorrido desde el ingreso hasta el final de la consulta tuvo una mediana de 210,5 min (RIC: 162,2-271,8) y un P90 de 360,1 min (Tabla 3).

TABLA 3. TIEMPOS DEL RECORRIDO HASTA LA FINALIZACIÓN DE LA CONSULTA MÉDICA (N=610)			
Indicador	Media (DE)	Mediana (RIC)	P90
Ingreso-inicio de consulta	216,1 (104,9)	201,0 (154,0-263,5)	345,0
Consulta médica	9,5 (6,6)	8,0 (5,0-12,0)	15,0
Ingreso-fin de consulta	225,6 (104,6)	210,5 (162,2-271,8)	360,1
Contactos registrados	13,9 (10,1)	12,0 (8,0-16,0)	24,0
Fuera de contactos registrados	211,8 (105,1)	198,0 (149,0-257,0)	343,0
Razón individual fuera/contacto*	23,5 (27,4)	17,5 (10,0-27,1)	42,0

Nota. Tiempos en minutos, excepto la razón. Contactos registrados: suma de admisión, preconsulta y consulta médica. *n=607, porque tres recorridos tuvieron contacto registrado igual a cero. El cociente entre las medias del tiempo fuera y dentro de los contactos fue 15,3; el tiempo fuera representó 93,8 % del intervalo agregado hasta finalizar la consulta. No equivale a ausencia de toda atención asistencial.

La variación entre establecimientos fue amplia. La mediana hasta el inicio de la consulta osciló entre 76,5 min en H2 y 306,0 min en H9; el P90 del recorrido hasta el final de la consulta varió entre 206,0 min en H2 y 484,4 min en H7. La duración mediana de la consulta presentó menor dispersión entre centros, con valores de 6,0 a 12,0 min (Tabla 4).

TABLA 4. TIEMPOS POR ESTABLECIMIENTO, MEDIANA (RIC) Y P90, EN MINUTOS						
Centro	n	Hasta inicio	Consulta	Hasta fin	P90 hasta fin	Fuera de contactos
H1	66	211,5 (166,2-239,0)	9,0 (5,0-10,8)	219,0 (175,0-252,2)	312,0	208,5 (164,2-236,2)
H2	46	76,5 (39,2-126,8)	9,0 (5,0-12,5)	88,5 (54,8-141,8)	206,0	72,5 (36,5-123,5)
H3	56	160,0 (112,8-208,2)	7,5 (6,0-10,0)	169,0 (120,0-214,2)	235,0	158,0 (111,5-206,5)
H4	52	212,5 (170,0-259,2)	8,0 (6,0-10,0)	219,5 (179,5-268,2)	302,7	210,0 (167,5-256,5)
H5	25	240,0 (220,0-295,0)	8,0 (5,0-10,0)	248,0 (228,0-300,0)	318,8	237,0 (214,0-292,0)
H6	59	144,0 (116,0-163,0)	10,0 (7,0-12,0)	152,0 (129,5-174,0)	208,6	136,0 (109,0-151,5)
H7	139	207,0 (174,5-268,0)	6,0 (4,0-9,0)	219,0 (183,0-273,0)	484,4	205,0 (171,0-266,5)
H8	52	235,0 (206,0-261,0)	7,0 (6,0-10,0)	241,5 (214,2-265,8)	290,0	229,5 (201,2-253,8)
H9	70	306,0 (270,2-369,0)	12,0 (9,2-14,0)	319,0 (280,8-381,5)	474,6	300,5 (263,2-364,0)
H10	45	179,0 (150,0-261,0)	12,0 (7,0-17,0)	196,0 (158,0-276,0)	358,6	165,0 (140,0-250,0)

Nota. RIC: rango intercuartílico. “Fuera de contactos” se refiere al tiempo fuera de admisión, preconsulta y consulta médica registradas.

Por servicio, ginecología presentó la mayor mediana hasta el inicio de la consulta (275,0 min) y traumatología la menor (170,0 min); sin embargo, traumatología tuvo un P90 elevado para el recorrido total (483,6 min), lo que indica una cola derecha pronunciada. Las diferencias deben interpretarse descriptivamente porque los servicios y establecimientos no estuvieron balanceados (Tabla 5).

TABLA 5. TIEMPOS POR SERVICIO, MEDIANA (RIC) Y P90, EN MINUTOS						
Servicio	n	Hasta inicio	Consulta	Hasta fin	P90 hasta fin	Fuera de contactos
Pediatría	308	203,0 (160,0-250,0)	8,0 (5,0-11,0)	212,5 (170,0-255,0)	330,0	200,0 (155,0-244,2)
Clínica médica	158	186,5 (115,5-261,0)	9,0 (6,0-12,0)	198,5 (125,2-276,8)	365,1	182,5 (112,2-258,5)
Ginecología	56	275,0 (182,0-307,5)	10,0 (7,0-14,0)	284,0 (194,2-319,5)	448,0	260,0 (169,5-301,0)
Traumatología	35	170,0 (162,5-219,5)	4,0 (3,0-6,0)	175,0 (167,5-225,5)	483,6	170,0 (161,5-218,5)
Diabetología	30	199,0 (148,5-240,0)	8,0 (5,0-13,8)	212,0 (153,5-248,0)	255,5	182,5 (130,2-233,2)
Oncología clínica de adultos	23	233,0 (151,0-316,0)	8,0 (5,5-14,0)	250,0 (159,5-325,0)	395,4	232,0 (150,5-312,0)

Nota. RIC: rango intercuartílico. “Fuera de contactos” se refiere al tiempo fuera de admisión, preconsulta y consulta médica registradas.

Discusión

El principal hallazgo fue una espera prolongada antes de la consulta médica: la mitad de los recorridos superó 201 min desde el ingreso al edificio hasta el inicio de la consulta, mientras que el P90 del intervalo hasta su finalización alcanzó aproximadamente seis horas. La asimetría observada justifica priorizar medianas, RIC y P90 en lugar de describir el fenómeno únicamente con medias. Los valores fueron mayores que la mediana de 93 min informada en consultorios externos de hospitales públicos de Etiopía, aunque ese estudio sumó esperas en puntos de servicio y siguió a los usuarios

hasta la última prestación, por lo que la comparación no es directa (6). En una clínica neurológica de referencia de Zambia se comunicó una permanencia media de 4,0 h, cercana a la media de 3,8 h hasta finalizar la consulta observada en este estudio, pero con una cartera y organización diferentes (10).

La amplitud entre H2 y H9 muestra que la variación operativa entre establecimientos es más informativa para la gestión que los promedios departamentales. La muestra estuvo desbalanceada y cada centro atendió una combinación distinta de servicios, por lo que las diferencias no deben atribuirse a factores territoriales ni interpretarse como comparaciones de desempeño ajustadas. En un hospital público mexicano de tercer nivel, 29,6 % de los usuarios de urología refirió esperar más de dos horas antes de ser atendido (11); aunque la medición fue autoinformada y específica de un servicio, refuerza que las demoras relevantes también ocurren en consultas hospitalarias latinoamericanas. A nivel regional, los indicadores de gestión deben analizarse junto con la complejidad, la producción y la organización de cada hospital (12).

El tiempo fuera de admisión, preconsulta y consulta médica representó 93,8 % del intervalo agregado; sin embargo, no debe interpretarse como tiempo enteramente “sin atención”. El formulario no registró exhaustivamente laboratorio, imágenes, procedimientos de enfermería, farmacia ni otros contactos, y el análisis terminó al concluir la consulta médica. La denominación corregida delimita lo que realmente se midió y evita sobreestimar la inactividad. Para convertir esta línea de base en una herramienta de mejora, cada centro debería mapear todos los puntos de contacto, separar espera de traslado y prestación, e identificar cuellos de botella antes de seleccionar intervenciones. El mapeo de procesos es útil para ese propósito, pero sus resultados dependen de involucrar a quienes ejecutan y reciben la atención (13).

Los datos representan una línea de base histórica de 2019 y no describen necesariamente la situación actual. La pandemia alteró de manera importante la utilización y provisión de servicios no relacionados con COVID-19 en América Latina (14), y el MSPBS expandió posteriormente el Sistema de Información en Salud, con cambios en agendamiento, registro clínico y gestión de procesos (15). Además, marzo a julio incluye meses de mayor circulación de enfermedades respiratorias; en 2019 las consultas por enfermedad tipo influenza superaron el umbral epidémico, lo que pudo aumentar la demanda, especialmente en pediatría (16). La utilidad vigente del estudio reside en mostrar la magnitud y heterogeneidad del problema antes de esos cambios y en ofrecer definiciones reproducibles para una nueva medición, no en asumir que los tiempos permanecen sin modificación.

Entre las limitaciones se encuentran la selección intencional de establecimientos y consecutiva de usuarios, la ausencia del número exacto de jornadas, turnos, invitados y rechazos, y la falta de sexo, edad, modalidad de acceso, primera consulta o seguimiento, día y franja horaria. El ingreso al edificio omitió posibles filas previas a la apertura; el análisis no cubrió el tiempo posterior a la consulta ni desagregó otras prestaciones. Se excluyeron 26 registros incompletos o inconsistentes y no se imputaron horarios. La observación pudo producir efecto Hawthorne, y el registro por personal de los propios establecimientos, en un contexto de gestión institucional, pudo favorecer sesgo de deseabilidad o conflicto de rol. Finalmente, la antigüedad de los datos limita la extrapolación. Se requieren nuevas mediciones prospectivas que cubran el recorrido completo, documenten las variables de caso y operación, utilicen observadores independientes cuando sea factible y evalúen cambios mediante diseños comparativos.

En los establecimientos estudiados, el recorrido hasta finalizar la consulta médica estuvo dominado por esperas prolongadas y mostró amplia heterogeneidad entre centros y servicios. Estos resultados constituyen una línea de base histórica; la mejora requiere medir de nuevo el flujo completo y rediseñar los procesos según las condiciones de cada establecimiento.

Nota editorial

Las opiniones expresadas en este artículo, así como el enfoque metodológico y los resultados presentados, son responsabilidad exclusiva de los autores. Este trabajo fue revisado y aprobado por revisores externos en el marco del proceso editorial, pero no refleja necesariamente la postura oficial de la revista, de su comité editorial ni de su editor jefe.

Contribución de los autores

JETG: conceptualización, metodología, investigación, coordinación del trabajo de campo, supervisión, procesamiento de datos, análisis formal, redacción del borrador y revisión. VGB: investigación, recolección, control de calidad, análisis, redacción y revisión crítica. MGM: metodología, investigación, análisis, interpretación, revisión crítica y aprobación final. ARRRD: análisis formal, discusión argumentativa, redacción, control metodológico, revisión crítica y aprobación final.

Agradecimientos

Los autores agradecen la colaboración de Rosa González, Luz Ledezma, María José Lerea y Gustavo Jara, así como del personal y de los usuarios de los establecimientos participantes.

Disponibilidad de datos

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia. Ángel Ricardo Rolón Ruiz Díaz. Correo: angelricardorolon@gmail.com

Comentarios de revisores

Los comentarios y recomendaciones emitidos durante el proceso de evaluación por pares se encuentran disponibles en el siguiente enlace: [Dictamen 855](#)

Referencias

1. Cu A, Meister S, Lefebvre B, Ridde V. Assessing healthcare access using the Levesque's conceptual framework: a scoping review. *Int J Equity Health*. 2021;20(1):116. <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01416-3>
2. McIntyre D, Chow CK. Waiting time as an indicator for health services under strain: a narrative review. *Inquiry*. 2020;57:46958020910305. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>
3. García-Corcheró JD, Jiménez-Rubio D. Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need? *Int J Equity Health*. 2022;21(1):184. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01799-x>
4. Lewis TP, Kassa M, Kapoor NR, Arsenault C, Bazua-Lobato R, Dayalu R, et al. User-reported quality of care: findings from the first round of the People's Voice Survey in 14 countries. *Lancet Glob Health*. 2024;12(1):e112-e122. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00495-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00495-3)
5. Zhang H, Ma W, Zhou S, Zhu J, Wang L, Gong K. Effect of waiting time on patient satisfaction in outpatient: an empirical investigation. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(40):e35184. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000035184>
6. Biya M, Gezahagn M, Birhanu B, Yitbarek K, Getachew N, Beyene W. Waiting time and its associated factors in patients presenting to outpatient departments at public hospitals of Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):107. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07502-8>
7. Manderson K, Taylor NF, Lewis A, Harding KE. Service-level interventions to reduce waiting time in outpatient and community health settings may be sustained: a systematic review. *BMJ Open Qual*. 2025;14(1):e003235. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-003235>
8. Flores-Alatorre JF, Giménez-Caballero ED, Caballero-García CR, Peralta-Garay N. Perception of quality of care among adult patients in a university hospital in Asunción, Paraguay. *Univ Odontol*. 2023;42. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.uo42.pqca>
9. EngenderHealth. COPE handbook: a process for improving quality in health services. Revised ed. New York: EngenderHealth; 2003. [URL](#)
10. Villegas AC, Saylor D, Kvalsund M, Atadzhanov M, Chiluba C, Chishimba L, et al. Task-shifting to optimize outpatient neurological care in Zambia. *Hum Resour Health*. 2021;19(1):88. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00619-7>
11. Cortés-Ramírez R, Ruíz-Velasco CB, González-Ojeda A, Ramírez-Aguado RA, Barrera-López NG, Gómez-Mejía E, et al. Calidad de la consulta externa urológica en un hospital público de tercer nivel en México. *Actas Urol Esp*. 2024;48(4):289-294. <https://doi.org/10.1016/j.acuro.2023.10.009>
12. Armijos JC, Núñez Mondaca A. Indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos: un caso de estudio en Chile y Ecuador. *Rev Med Chil*. 2020;148(5):626-643. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872020000500626>
13. Antonacci G, Lennox L, Barlow J, Evans L, Reed J. Process mapping in healthcare: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):342. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06254-1>
14. Bernal Lara P, Savedoff WD, García Agudelo MF, Bernal C, Goyeneche L, Sorio R, et al. Disruption of non-COVID-19 health care in Latin America during the pandemic: effects on health, lessons for policy. *Health Aff (Millwood)*. 2023;42(12):1657-1666. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2023.00720>
15. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Transformación digital en salud: 347 establecimientos ya cuentan con el HIS. Asunción: MSPBS; 2024. [URL](#)
16. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Alertas y respuestas a enfermedades respiratorias. Asunción: MSPBS; 2020. [URL](#)