ARTICULO ORIGINAL
ISSN: 2789-8024 (IMPRESO)
ISSN: 3005-4354 (EN LÍNEA)
DEP. LEGAL 4-3-95-20 P.O.

Accesibilidad y equidad en los servicios de emergencias en Bolivia: un análisis epidemiológico de los tiempos de espera

Accessibility and equity in bolivian emergency care: an epidemiological analysis of waiting times

RESUMEN

Objetivo: Este estudio tiene como fin evaluar los tiempos de espera en los servicios de emergencia en Bolivia, viéndolos como un indicador de la equidad en el acceso a la atención médica. La investigación pone énfasis en la influencia del género, el diagnóstico y la especialidad médica sobre la accesibilidad, mientras reflexiona críticamente sobre los marcos epistemológicos que guían la medición de la accesibilidad sanitaria y cómo estos reflejan desigualdades estructurales dentro del sistema de salud [1,2]. **Métodos:** Se llevó a cabo una investigación observacional en el Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán, ubicado en Cobija. Se analizaron 426 historias clínicas de pacientes atendidos entre 2020 y 2021. Los datos se recolectaron mediante un formulario estructurado que permitió integrar los datos cuantitativos junto con una reflexión sobre los marcos epistemológicos que subyacen en la salud [3,4].**Resultados:** Los tiempos de espera en muchos casos excedieron los límites establecidos por la Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Las mujeres y los pacientes con enfermedades crónicas fueron los más perjudicados, registrando tiempos de espera significativamente más largos que los hombres ($p < 0,001$). Además, los pacientes con enfermedades crónicas tuvieron tiempos de espera mayores que los pacientes diagnosticados con COVID-19, lo que sugiere un sesgo en la priorización clínica durante el proceso de triaje [5,6].**Conclusiones:** Los tiempos de espera no deben ser vistos exclusivamente como un indicador de eficiencia operativa, si no también como un reflejo de las inequidades sociales y epistemológicas dentro del sistema sanitario. Se sugiere revisar los criterios de triaje, capacitar al personal sanitario para reconocer los sesgos de género y realizar un monitoreo inclusivo, utilizando indicadores desagregados por sexo [7].

PALABRAS CLAVE: *equidad, tiempos de espera, género, triaje, ASUSS, epistemología, salud pública.*

ABSTRACT

Objective: This study aims to assess waiting times in emergency services in Bolivia, using them as a measure of healthcare equity. The research focuses on how gender, diagnosis, and specialty influence access to care, integrating a critical epistemological reflection on the frameworks that guide the measurement of accessibility and how these reflect structural inequalities within the healthcare system [1,2].**Methods:** An observational study was conducted at Dr. Roberto Galindo Terán Bolivian-Japanese Hospital in Cobija. A total of 426 patient records from 2020 to 2021 were reviewed. Data was collected using a structured form, integrating quantitative data with a reflection on health knowledge frameworks [3,4].**Results:** Waiting times frequently exceeded the thresholds set by ASUSS. Women and patients with chronic conditions were the most affected, experiencing significantly longer wait times than men ($p < 0.001$). Additionally, patients with chronic conditions had longer wait times compared to COVID-19 patients, suggesting clinical triage bias [5,6]. **Conclusions:** Waiting times should not only be considered an operational metric but also as a reflection of social and epistemological inequalities within the healthcare system. It is recommended to revise triage criteria, train staff to recognize gender biases, and implement more inclusive monitoring using gender-disaggregated indicators [7].

KEY WORDS: *equity, waiting times, gender, triage, ASUSS, epistemology, public health.*

Buitrago-Aduviri Angela Lizeria*

*Magíster en Salud Pública.
Subdirectora de Salud Pública,
Hospital Dr. Roberto Galindo Terán,
Cobija–Pando

DOI:
https://doi.org/10.53287/bbfm4432yd28f

Autor de correspondencia:
angela.buitrago.2020@gmail.com

Recibido: 18/08/2025
Aceptado: 10/10/2025

INTRODUCCIÓN

En muchos sistemas de salud, los tiempos de espera en los servicios de emergencia se consideran comúnmente como indicadores de eficiencia operativa. Sin embargo, estos tiempos también revelan las dinámicas de poder y los marcos epistemológicos que guían la medición de la accesibilidad. En Bolivia, estas demoras no solo permiten evaluar el rendimiento del sistema, si no que también exponen las disparidades en la distribución de los recursos y el acceso real a la atención médica[6].

Desde una perspectiva epistemológica crítica, los tiempos de espera deben analizarse considerando las estructuras sociales que subyacen en las decisiones de priorización de casos, la asignación de recursos y el triaje. El género y el diagnóstico son factores que influyen significativamente en estas decisiones. La manera en que interpretamos estos tiempos, está profundamente determinada por los marcos epistemológicos que definen qué se considera evidencia en salud y cómo se mide esa evidencia[7].

Por lo tanto, los tiempos de espera van más allá de ser un simple indicador temporal; son una síntesis de los supuestos institucionales y sociales que orientan las decisiones dentro del sistema de salud. Este enfoque nos lleva a cuestionar: ¿qué principios guían la medición de la accesibilidad? ¿Cómo las inequidades sociales se traducen en diferencias en los tiempos de espera? Desde la filosofía de la ciencia, Kuhn sostiene que las prácticas científicas se desarrollan dentro de paradigmas que definen qué es válido. Mientras que el positivismo da prioridad a los datos cuantitativos, las perspectivas postpositivistas permiten interpretaciones más amplias[9].

Este artículo se propone analizar cómo se construye el conocimiento sobre los tiempos de espera en los servicios de emergencia y cómo este conocimiento afecta la medición de la equidad en salud, ofreciendo una reflexión metodológica sobre la accesibilidad en el Sistema Nacional de Salud.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se trató de un estudio observacional descriptivo realizado en el Hospital Boliviano Japonés Dr. Roberto Galindo Terán en Cobija, con un enfoque epistemológico crítico que integró el análisis de datos cuantitativos y una reflexión sobre los marcos del conocimiento en salud[7].

Población y muestra: Se revisaron 426 historias clínicas de pacientes atendidos entre 2020 y 2021. Se registraron variables como edad, sexo, diagnóstico y especialidad, haciendo especial énfasis en las mujeres y las enfermedades crónicas debido a su relevancia en el análisis de la equidad. Procedimiento e instrumentos: Para medir los tiempos de espera y las variables clínicas y administrativas relevantes, se emplearon formatos estandarizados.

Análisis: Se utilizaron técnicas de estadística descriptiva y regresión lineal múltiple para explorar las relaciones entre sexo, diagnóstico y especialidad. El análisis se llevó a cabo con el software SPSS v26, y se consideró un valor de significancia de $p < 0,05$.

Ética: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos del hospital, cumpliendo con los principios establecidos en la Declaración de Helsinki. Se garantizó la confidencialidad y se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

Se identificaron diferencias estadísticamente significativas en los tiempos de espera según la especialidad médica. Las especialidades quirúrgicas presentaron tiempos de espera más cortos (7-12 horas) en comparación con las clínicas (24-48 horas).

Diagnóstico y urgencia: Los pacientes con COVID-19 tuvieron tiempos de espera más breves (~12 horas), mientras que los pacientes con enfermedades crónicas experimentaron demoras mayores (~84-96 horas).

Referencias: Las transferencias a infectología generaron tiempos de espera más largos (~48 horas).

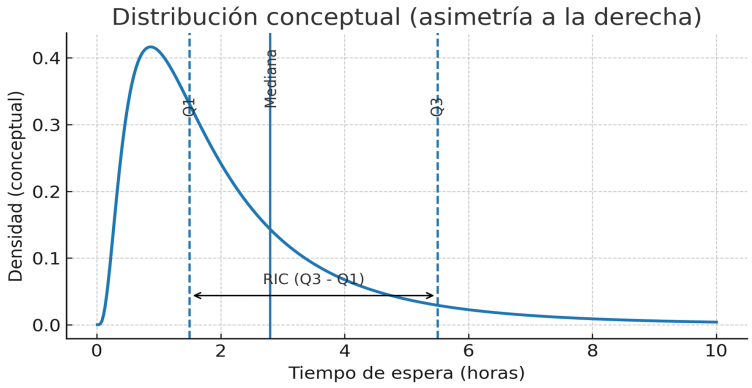
Distribución y varianza: Los tiempos de espera mostraron una considerable dispersión (RIC ≈

0-108 horas). El modelo multivariado explicó solo el 45% de la variabilidad observada, dejando un 55% sin explicación. Este hallazgo puede interpretarse a partir de la perspectiva de Guba y Lincoln (1994), quienes sostienen que la investigación cualitativa enfrenta el desafío de no solo capturar las realidades cuantificables, si no también explorar las dimensiones cualitativas que afectan los resultados. En este contexto, los tiempos de espera son una construcción social y epistemológica que refleja las tensiones entre los datos cuantitativos y las interpretaciones cualitativas del sistema de salud[7].

Brechas por sexo: Las mujeres presentaron tiempos de espera significativamente más largos que los hombres ($p < 0,001$), incluso después de ajustar por diagnóstico y especialidad. Este hallazgo es coherente con la propuesta de Morales Borrero (2025), quien sostiene que las disparidades en salud no son únicamente el resultado de factores biológicos, si no que están fuertemente determinadas por las estructuras sociales y las inequidades inherentes al sistema sanitario [8].

Los pacientes con enfermedades crónicas registraron tiempos de espera más prolongados que los pacientes con COVID-19, lo que indica una priorización diferenciada en el triaje. Este fenómeno refleja las categorías y supuestos sociales que influyen en la interpretación de las "necesidades urgentes" dentro del sistema de salud[7] .

Figura 1: Distribución asimétrica de los tiempos de espera (asimetría hacia la derecha).



Nota: La curva presentada ilustra la mediana, los cuartiles Q1 y Q3, así como el rango intercuartílico (RIC), y se utiliza para reflejar la asimetría observada en la muestra analizada.

DISCUSIÓN

Concebir el tiempo de espera exclusivamente como una medida de eficiencia oculta su dimensión política y epistémica. Las brechas de género y diagnóstico reflejan jerarquías institucionales y supuestos subyacentes que estructuran tanto el triaje como el uso de los recursos disponibles [10]. Desde una hermenéutica de la práctica clínica, la medición no es un acto neutral: tal como sugiere Gadamer, toda interpretación transforma tanto al sujeto como al objeto; rediseñar el triaje implica reconocer la alteridad de cada paciente y su contexto, evitando la reproducción de sesgos, especialmente los de género[11]. Esto requiere políticas que aborden las inequidades estructurales y metodologías que integren tanto métricas cuantitativas como un análisis crítico de los supuestos que subyacen en la práctica clínica.

Los resultados obtenidos indican que los tiempos de espera en los servicios de urgencias no son únicamente un reflejo de la urgencia clínica de los pacientes, sino también están determinados por factores sociales y culturales, tales como el género y las condiciones médicas. La disparidad observada entre los tiempos de espera de hombres y mujeres pone de manifiesto la existencia de sesgos de género que afectan el acceso a la atención médica. A pesar de que las mujeres presentan necesidades de salud urgentes, experimentaron mayores demoras en comparación con los hombres, lo que sugiere que las normas sociales inciden en el trato y la priorización dentro del sistema de salud [6.8].

Por otro lado, los pacientes con enfermedades crónicas enfrentaron tiempos de espera más largos que aquellos diagnosticados con COVID-19. Este hallazgo sugiere una priorización diferenciada durante el triaje, lo cual evidencia una desconexión entre las necesidades reales de los pacientes y las decisiones clínicas basadas en criterios de urgencia. Las enfermedades agudas, como el COVID-19, reciben prioridad, mientras que las enfermedades crónicas, a pesar de su impacto a largo plazo, son relegadas. Este sesgo en la priorización de pacientes podría explicarse por los marcos paradigmáticos predominantes que guían las decisiones clínicas, donde las enfermedades más visibles o de alto perfil, como el COVID-19, son priorizadas sobre las enfermedades crónicas[9].

Los resultados también revelan que los tiempos de espera varían considerablemente según la especialidad médica. Las especialidades quirúrgicas presentan tiempos de espera más cortos, lo cual podría reflejar una distribución desigual de los recursos dentro del Sistema Nacional de Salud, favoreciendo aquellas áreas con mayor capacidad para atender rápidamente a los pacientes.

La amplia variabilidad observada en los tiempos de espera, que no pudo ser completamente explicada por las variables analizadas, subraya la necesidad de un enfoque más inclusivo que contemple tanto los factores cuantitativos como cualitativos que afectan el acceso a la atención. Este hallazgo refuerza la importancia de incorporar un análisis crítico que considere no solo los datos de eficiencia, sino también las dimensiones sociales y estructurales que afectan a los pacientes[7,10].

En cuanto a las limitaciones, este estudio se basa en una muestra de pacientes atendidos en un único hospital, lo que limita la generalización de los resultados a otros contextos. Sin embargo, los hallazgos proporcionan valiosos conocimientos sobre las desigualdades en los tiempos de espera en el sistema de salud, sugiriendo que los marcos de triaje y la priorización de pacientes deben ser revisados para garantizar una atención más equitativa.

CONCLUSIONES

Los tiempos de espera sirven tanto como una métrica operativa como un reflejo de las inequidades en el acceso a la atención. Para promover la equidad en salud, se proponen las siguientes acciones:

1. Reformular el triaje para que sea sensible al contexto social y a la vulnerabilidad de los pacientes, garantizando que las condiciones no urgentes no sean marginadas[12].

2. Implementar programas de capacitación continua para identificar y mitigar los sesgos de género en la gestión de urgencias, promoviendo la equidad[13].

3. Establecer un monitoreo más inclusivo, complementando los indicadores cuantitativos con un análisis crítico de las estructuras sociales, utilizando indicadores desagregados por sexo y otras variables de equidad[9].

Estas medidas ayudarán a promover una eficiencia en la atención que esté alineada con una distribución justa de oportunidades, garantizando que los tiempos de espera reflejen un trato digno y un acceso efectivo a la salud para todos.

REFERENCIAS

1. *Autoridad de Supervisión de la Seguridad Social de Corto Plazo (ASUSS). Resolución Administrativa N.º 019/2020: Normas de diagnóstico y tratamiento de emergencias. La Paz: ASUSS; 2020.*
2. *Barrios Flores JA, Quiroga Medienta L. Motivos de atención en salas de emergencia en hospitales públicos de La Paz, Bolivia. Cuad Hosp Clín. 2016;57(2):9-13.*
3. *Taype-Huamaní W, Chucas-Ascencio L, De la Cruz-Rojas L, Amado-Tineo J. Tiempo de espera para atención médica urgente en un hospital de tercer nivel. An Fac Med. 2019;80(4):438-42.*
4. *García-Corchero JD, Jiménez-Rubio D. Waiting times in healthcare: equal treatment for equal need? Int J Equity Health. 2022;21(1):184.*

5. *Hamberg K. Gender bias in medicine. Womens Health (Lond). 2008;4(3):237-43.*
6. *Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care: limitations and prospects. Health Policy. 2013;112(1-2):53-61.*
7. *Guba EG, Lincoln YS. Competing paradigms in qualitative research. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of Qualitative Research. Thousand Oaks: Sage; 1994.*
8. *Morales Borrero C. Tras las huellas de la determinación social de la salud. ResearchGate. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Morales-Borrero-Carolina/publication/321588829_Tras_las_huellas_de_la_determinacion_social_de_la_salud/links/5a2c38eba6fdccfbbf873428/Tras-las-huellas-de-la-determinacion-social-de-la-salud.pdf*
9. *Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1962.*
10. *Bhaskar R. La teoría de la ciencia crítica y la dialéctica. 2.ª ed. Madrid: Editorial Akal; 2008.*
11. *Gadamer HG. Verdad y Método: Fundamentos de una hermenéutica filosófica. Salamanca: Ediciones Sígueme; 2004.*
12. *Maceira D, Peñaloza RE, Suarez P, Peña LV. Primary Health Care for Resilient Health Systems in Latin America. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2022.*
13. *Pan American Health Organization / World Health Organization. Health and Migration in the Region of the Americas. Washington, D.C.: PAHO/WHO; 2025.*