



UNIVERSIDAD
DE PIURA

REPOSITORIO INSTITUCIONAL
PIRHUA

DETERMINANTES DE LA BRECHA EN LA SATISFACCIÓN ENTRE LOS PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS DEL PERÚ

Gabriela del Carmen Suárez-Chumacero

Piura, septiembre de 2017

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y EMPRESARIALES

Programa Académico de Economía

Suárez, G. (2017). *Determinantes de la brecha en la satisfacción entre los pacientes de consulta externa de establecimientos de salud públicos y privados del Perú* (Tesis de licenciatura en Economía). Universidad de Piura. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales. Programa Académico de Economía. Piura, Perú.



Esta obra está bajo una [licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivadas 2.5 Perú](#)

[Repositorio institucional PIRHUA – Universidad de Piura](#)

UNIVERSIDAD DE PIURA

FACULTAD DE CIENCIAS ECONOMICAS Y EMPRESARIALES



Determinantes de la brecha en la satisfacción entre los pacientes de consulta externa de establecimientos de salud públicos y privados del Perú

**Tesis para optar el Título de
Economista**

Gabriela del Carmen Suárez Chumacero

Asesor: Dr. Martín Paredes Angulo
Coasesor: Dr. Alejandro Arrieta Herrera

Piura 2017

A mis padres
A Abigail (Q.E.P.D)

Prólogo

Desde 2001, cuando se creó el Sistema de Gestión de la Calidad¹, el Ministerio de Salud del Perú ha realizado diversos esfuerzos para mejorar la calidad de los servicios de salud y lograr una adecuada atención sanitaria. Entre ellos, se encuentra la formulación de diversos documentos técnicos y promulgación de normativas con el fin de que los establecimientos de salud puedan gestionar sus prestaciones teniendo parámetros claros de calidad. Además, desde el año 2013, se viene realizando la “Reforma de Salud” que busca aumentar la cobertura poblacional, prestacional y financiera en salud a toda la población peruana; con el fin de que se reduzcan las restricciones de acceso a los servicios de salud, estos servicios sean de calidad y mejore el régimen de financiamiento de los mismos (Consejo Nacional de Salud del Perú, 2013).

Sin embargo, a pesar de estos esfuerzos, aún existen problemas en la atención de salud en el Perú. Según la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD)², en el año 2016, el 13.3% de pacientes de consulta externa ha tenido algún problema en el establecimiento al que acudió en los últimos seis meses, siendo el problema más frecuente la “demora en la atención” con un 41.1%, seguido de “pocos turnos para la atención” y “maltratos en la atención” con 22.4% y 22.1% respectivamente (Philipps, 2016).

Sobre esta base, se debe tener en cuenta que el sistema de salud peruano se caracteriza por tener una marcada fragmentación en diversos subsectores: una división público-privada, y una fragmentación en diversas instituciones (Lazo-González, Alcalde-Rabanal, & Espinosa-Henao, 2016). Con ello, e incentivados por la abundante literatura en economía de la salud que estudia la diferencia en calidad entre establecimientos de salud públicos y privados, el presente estudio analiza la satisfacción de los pacientes de establecimientos públicos y privados del Perú, obtenida en la atención sanitaria. Así, se pretende aportar evidencia sobre el desempeño de los establecimientos de salud a nivel nacional desde la perspectiva del paciente, teniendo en cuenta esta sí puede otorgar valoraciones válidas sobre la calidad de los servicios de salud (Davies y Ware, 1988; citados en Crow et al., 2002).

¹ Este sistema fue creado mediante Resolución Ministerial 768-2001 SA/DM y actualizado en el 2006 según Resolución Ministerial 519-2006.

² La encuesta tiene representatividad nacional, en este caso, para los pacientes de consulta externa.

Resulta relevante analizar esta satisfacción porque ordinariamente, cada subsistema del sector de salud peruano está ligado a un estrato social concreto (Lazo-González et al., 2016), realidad que implica una limitada movilidad de los pacientes entre los diferentes subsectores. En los sistemas de prestaciones de servicios de salud en los cuales los usuarios tienen la capacidad de elección entre los diversos sistemas, el nivel de satisfacción de los pacientes sirve como incentivo a los prestadores para mejorar su desempeño. Cuando existe libre movilidad de los usuarios, las percepciones que obtengan sobre la calidad de los servicios determinará si cambian o permanecen atendiendo en ese establecimiento. Por el contrario, si no existe movilidad, los pacientes solo tienen la capacidad de manifestar sus percepciones sobre la calidad y reclamos (Crow et al., 2002), sin tener una suficiente influencia sobre la mejora en la gestión de los prestadores de salud (Avis, Bond y Arthur, 1995; citados en Crow et al., 2002).

Agradezco a los doctores Martín Paredes y Alejandro Arrieta por su gran colaboración para la formulación de este estudio; estoy segura de que sin su asesoramiento no podría haberlo realizado. También agradezco a todos mis profesores de la Universidad de Piura por las enseñanzas, no solo desde punto de vista académico, en estos años de estudio. A todo el personal administrativo que con su trabajo facilita el funcionamiento de los diversos aspectos de la vida universitaria. Agradezco a mis abuelos, padres y hermanos; todos son mi ejemplo y mi estímulo para seguir. Agradezco a mis amigos por todo el apoyo y ánimo durante el desarrollo de esta investigación. También a todas aquellas personas que con su consejo desinteresado han estado siempre apoyándome, especialmente en los momentos más difíciles de este proceso. No quiero dejar de agradecer a Dios por tener cerca a todas estas personas y por muchas cosas más.

Resumen

La literatura internacional de economía de la salud ha estudiado la diferencia entre los establecimientos públicos y privados de salud. Aunque en ambos sectores pueden ocurrir sucesos que denoten deficiencia en la calidad técnica, la literatura ha encontrado que en el modo en que los pacientes reciben estos servicios, el sector privado cuenta con una mejor referencia. Aunque existen posturas que indican que las evaluaciones que los pacientes realizan sobre la atención son necesarias pero insuficientes, también se indica que la satisfacción del paciente puede dar valoraciones reales sobre la calidad de los servicios. Utilizando un *independently pooled cross section* de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud de Perú de 2014-2016, se estima mediante un modelo *probit*, que los pacientes de consulta externa de establecimientos públicos tienen menor probabilidad de satisfacción que los privados. Esta brecha desfavorable para los públicos permanece incluso tras introducir todos los controles del modelo. Además, se encuentra que los pacientes que se atienden en establecimientos públicos de los niveles no complejos de atención fuera de Lima y Callao tienen menor probabilidad de satisfacción que sus pares de estas dos regiones.

Índice General

Introducción	1
Capítulo 1 Revisión de literatura	5
1.1. Relación entre la satisfacción del paciente y la calidad de los servicios de salud.....	5
1.2. Determinantes de la satisfacción del paciente	7
1.2.1. Características de los pacientes	7
1.2.2.1. Expectativas del paciente	7
1.2.2.2. Estado de salud del paciente.....	8
1.2.2.3. Características socioeconómicas y demográficas del paciente (estatus socioeconómico, edad, género y raza)	9
1.2.2. Características de la provisión del servicio de salud	10
1.2.2.1. Tipo de atención de salud (hospitalización, consulta externa, atención primaria).....	10
1.2.2.2. Relación médico-paciente	10
1.2.2.3. Financiamiento de la atención	11
Capítulo 2 Sistema de Salud Peruano	13
2.1. Organización del Sistema: sectores, regímenes de financiamiento, instituciones, aseguradoras y usuarios.....	13
2.2. Relación entre los tipos de atención y el financiamiento	17
2.3. Segmentación del mercado de salud por nivel de riqueza del paciente	17
2.4. Sub-análisis de la satisfacción del paciente según la categoría de atención del establecimiento al que acude	18
2.5. El problema de la centralización: sub-análisis de la brecha en satisfacción entre establecimientos pertenecientes a Lima y Callao, con respecto al resto del país.....	20

Capítulo 3 Base de datos y variables a utilizar en el estudio	23
3.1. Fuente de información: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD).....	23
3.2. Justificación de la utilización del cuestionario de pacientes de consulta externa.....	23
3.3. Diseño muestral	24
3.4. Variables utilizadas en el estudio.....	26
3.4.1. Variable dependiente: satisfacción del paciente	26
3.4.2. Variables independientes de interés: tipo de IPRESS a la que asiste el paciente	26
3.4.3. Variables de control del modelo:	27
Capítulo 4 Metodología empírica y resultados de las estimaciones	
4.1. Metodología.....	33
4.1.1. Sub-análisis de la brecha en satisfacción del paciente según la categoría y la región donde se encuentra el establecimiento de salud	34
4.2. Resultados.....	35
4.2.1. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis nacional.....	35
4.2.1.1. Pooled cross section 2014-2016	35
4.2.1.2. Análisis sólo para el año 2016	39
4.2.2. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis en los niveles I y II de atención, a nivel nacional, dentro y fuera de Lima y Callao	43
4.2.2.1. Brecha entre establecimientos de MINSA y privados	43
4.2.2.2. Brecha entre establecimientos de EsSalud y privados.....	43
4.2.2.3. Brecha entre establecimientos de Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional y privados	43
4.2.2.4. Efecto de los controles sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	44
4.2.3. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis en el nivel III de atención, dentro de Lima y Callao.....	45
4.2.3.1. Brecha entre establecimientos de MINSA y privados	45
4.2.3.2. Brecha entre establecimientos de EsSalud y privados:.....	46
4.2.3.3. Brecha entre establecimientos de las Sanidades de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional y privados	46
4.2.3.4. Efecto de los controles sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	46
Conclusiones	49
Bibliografía	57

Índice de Tablas

Tabla 1.	Clasificación de los determinantes de la satisfacción del paciente	7
Tabla 2.	Porcentaje de pacientes que acuden a cada institución según quintil de riqueza	18
Tabla 3.	Establecimientos de salud del nivel III de atención según institución y ubicación	19
Tabla 4.	Datos generales ENSUSALUD 2014-2016 (cuestionarios a pacientes de consulta externa y a dirigentes de los establecimientos de salud).....	25
Tabla 5.	Variables de control del modelo: estadísticas descriptivas	29
Tabla 6.	Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis nacional.....	38
Tabla 7.	Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: comparación entre el pooled cross section 2014-2016 y la satisfacción en 2016	41
Tabla 8.	Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis según niveles de atención y ubicación del establecimiento.....	47

Índice de Figuras

Figura 1.	Porcentaje de pacientes satisfechos según tipo de institución a la que acuden.....	3
Figura 2.	Organización del Sistema de Salud del Perú.....	16
Figura 3.	Categorías de los establecimientos de salud del Perú	18
Figura 4.	Índice de vulnerabilidad (IV) de las 25 regiones del Perú.	21
Figura 5.	Diseño muestral de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud.....	25

Introducción

La literatura internacional sobre economía de la salud ha analizado la diferencia en calidad entre los sectores público y privado de salud, sin haber llegado a la conclusión de que un sector es mejor en calidad que el otro. Desde el punto de vista de la calidad técnica, esto es, la precisión con que los agentes de salud diagnostican y realizan las intervenciones o procedimientos a los pacientes (Babakus & Mangold, 1992), la literatura indica que en ambos sectores existen prácticas que empeoran la salud de los pacientes.

En Estados Unidos, por ejemplo, se estimó que en los hospitales públicos morían al año 98,000 personas debido a errores médicos (Donaldson, Corrigan & Kohn (Eds.), 2000). Asimismo, en un estudio sobre la calidad de las medicinas que se repartían en Nigeria para combatir la malaria, se encontró que el 78% de los fármacos con una calidad sospechosa provenía del sector privado (Onwujekwe et al., 2009).

Desde el punto de vista de la calidad funcional, esto es, el modo en a los pacientes se les administra la atención en salud (Babakus & Mangold, 1992). Besley, Hall & Preston (1999) afirman que, en el Reino Unido, factores como largas listas de espera para recibir un tratamiento médico en los servicios públicos influyen en el aumento de la demanda de seguros privados de salud. Estudios que aplican la metodología SERVQUAL de Parasuraman, sugieren que el sector privado es mejor que el público en varias dimensiones de calidad. Por ejemplo, en un estudio de Tailandia se encontró que a pesar de que en ambos sectores las expectativas de los pacientes antes de recibir el servicio fueron mayores que sus percepciones tras recibirlo, la diferencia fue menor en el sector privado (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013). En Bangladesh, se encontró que los servicios privados de salud son mejores que los públicos en 3 dimensiones de la calidad: la capacidad del personal de salud para responder con prontitud y proporcionar la atención sanitaria; la adecuada comunicación del personal médico y no médico con el paciente; y la disciplina para cumplir las reglas que faciliten la adecuada organización de los servicios de salud. En las otras dos dimensiones no hay diferencia significativa entre los sectores (Andaleeb, 2000). Taner & Antony (2006) encontraron en hospitales de Turquía que los pacientes de establecimientos públicos se encontraban menos satisfechos que los del sector privado.

En el estudio Iberoamericano de Efectos Adversos (IBEAS) en el cual Perú participó junto con otros 4 países (México, Colombia, Argentina y Costa Rica), se encontró que, en promedio, poco más del 10% de pacientes que ingresaron en un día concreto a los centros del estudio (58 hospitales públicos entre todos los países), sufrieron daños relacionados a la atención sanitaria. Además, que el 60% de esos eventos adversos podrían haberse evitado (Aranaz, 2010). Por otro lado, la encuesta *Healthcare Advancement Conference* (HAC) 2016³, mostró que los establecimientos privados de Lima y el Callao superan en cultura de seguridad a los establecimientos públicos (Arrieta-Herrera et al., 2016). Esta cultura de seguridad del paciente es clave para evitar los incidentes en salud.

En cuanto a la calidad funcional, el estudio de Mezones-Holguín et. al (2016) muestra que el acceso efectivo a los medicamentos por parte de los pacientes de consulta externa de Perú depende del tipo de institución al que acude el paciente. En concreto, se demuestra que los pacientes del sector privado tienen un mejor acceso a los medicamentos que se le recetan en la atención sanitaria. Además, se han realizado algunos estudios peruanos para medir la satisfacción de los pacientes, aunque éstos tienen una perspectiva local (para un establecimiento de salud determinado) o con muestras muy reducidas que no son representativas (Seclén-Palacín & Darras, 2000; Cabello & Chirinos, 2012). Sin embargo, en ninguno se busca la brecha en satisfacción según el tipo de establecimiento de salud.

A la fecha, en el país no se ha realizado algún estudio con este enfoque y que además sea representativo de la realidad nacional. Esto a pesar de que (i) en las últimas décadas la medición de la satisfacción del paciente en el sector salud se ha convertido en un indicador valioso para el monitoreo de la calidad de los servicios de salud (Crow et al., 2002); y (ii) según la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios de Servicios de Salud (ENSUSALUD), en los establecimientos del sector privado hay un mayor porcentaje de pacientes de consulta externa que están satisfechos en comparación a los establecimientos de salud públicos (cfr. Figura 1⁴). En este sentido, el presente artículo aporta evidencia relevante y original.

³ La encuesta HAC consiste en la aplicación de la versión en español de la Encuesta sobre Cultura de Seguridad del Paciente para Hospitales de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)

⁴ En el gráfico, los establecimientos del Ministerio de Salud o de los Gobiernos locales se representan con las siglas MINSA-GR, los establecimientos de EsSalud con el mismo nombre, las Sanidades de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional con las siglas SSFFAAPP y los establecimientos del sector privado con las siglas CSP. Los tres primeros pertenecen al sector público.

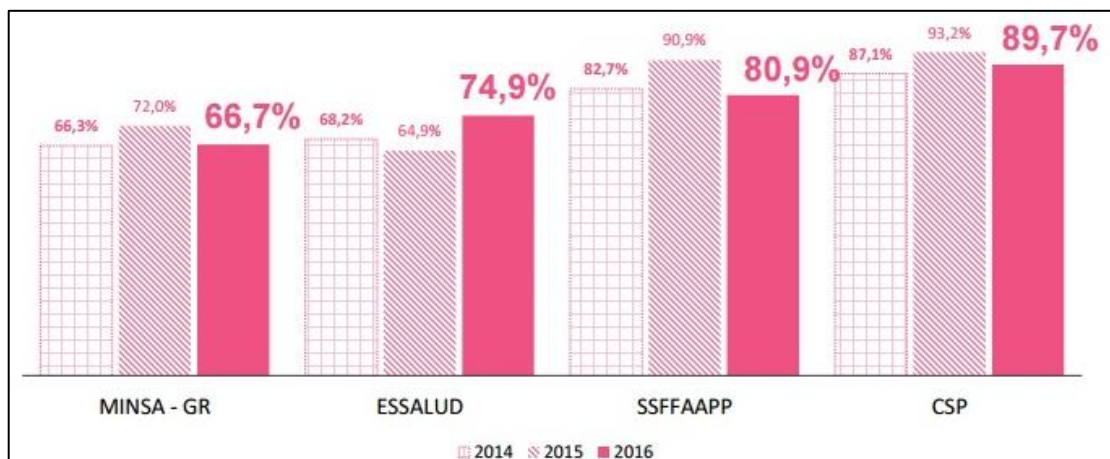


Figura 1. Porcentaje de pacientes satisfechos según tipo de institución a la que acuden

Fuente: Philipps (2016)

La pregunta de investigación busca estimar, mediante un modelo *probit* y utilizando la encuesta ENSUSALUD⁵, cuál es la probabilidad de que los pacientes de consulta externa que acuden a establecimientos públicos se encuentren satisfechos en comparación a asistir a establecimientos privados. Como enfoque de estudio se considera que la satisfacción es un producto de todos los elementos que caracterizaron el proceso de recepción del servicio (Sureshchandar, Rajendran & Anantharaman, 2002). Por tanto, contando ya con el nivel de satisfacción de los pacientes, provisto por la encuesta, se introducen controles que no están directamente relacionados al modo en que el paciente recibió el servicio o las percepciones sobre sus experiencias en el establecimiento de salud. El motivo es que el estudio no tiene como objetivo descomponer la satisfacción en diversos factores y buscar cuáles tienen un mayor impacto en ella; ni si estos impactan de modo diferencial en los pacientes de establecimientos privados o públicos.

Por el contrario, con la introducción de controles que hagan comparables a los pacientes en sus características y en las circunstancias de la atención, se verifica como varían las brechas en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados. Los controles son: i) características de los pacientes, ii) factores asociados a la atención del paciente, iii) factores que pueden reducir el sesgo de la auto-selección de los pacientes al decidir utilizar un establecimiento de salud concreto y iv) la tendencia de año.

Además, se realiza un sub-análisis por separado para las regiones de Lima y Callao con el resto del país acerca de la diferencia en la probabilidad de satisfacción entre pacientes de establecimientos públicos y privados. Este análisis se realiza de modo independiente para los pacientes que acuden a establecimientos de los niveles I y II de atención, y para los que pertenecen al tercer nivel, debido al efecto que tiene la

⁵ La Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios de Servicios de Salud (ENSUSALUD) de la Superintendencia de Salud del Perú (SUSALUD) aporta información anual sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Esta encuesta sirve como un indicador de evaluación de los servicios sanitarios a nivel nacional, ya que contiene una muestra representativa de todos los tipos de establecimientos del Sistema de Salud Peruano.

complejidad de los problemas de salud en la satisfacción del paciente y debido a ciertas características de la organización del sistema de salud peruano.⁶

La justificación del sub-análisis es que a pesar del proceso de descentralización que se vive en el país, aún se siguen observando brechas en el desarrollo económico y social entre las regiones de Lima y Callao, con respecto al resto de las otras regiones. De hecho, las regiones mencionadas tienen el menor índice de vulnerabilidad sanitaria⁷ en todo el país (Ministerio de Salud, 2013). Así, resulta interesante analizar no sólo la brecha en satisfacción entre pacientes de establecimientos privados y públicos a nivel nacional, sino verificar si esta brecha es diferente al comparar entre las regiones de Lima y el Callao con respecto al resto de regiones.

Para el estudio sólo se utiliza el cuestionario realizado a los pacientes de consulta externa para los tres años en que se ha realizado la encuesta ENSUSALUD (2014-2016). Los datos de corte transversal son agrupados en una sola base de datos (*independently pooled cross section*) y se tienen en cuenta los pesos muestrales derivados del diseño de la encuesta.

Los resultados del estudio indican que asistir a establecimientos públicos disminuye la probabilidad de que los pacientes de consulta externa se encuentren satisfechos, en comparación a asistir a establecimientos privados. Esto ocurre a pesar de que se hacen comparables a los individuos en cuanto a sus características sociodemográficas y económicas, las características de la atención recibida, ciertas variables que podrían sesgar la satisfacción; así como la tendencia del año de la encuesta. Por otro lado, los pacientes que se atienden en establecimientos públicos de los niveles I y II de atención fuera de Lima y Callao tienen menor probabilidad de satisfacción que sus pares de estas dos regiones.

El contenido de este trabajo es como sigue. En el capítulo 1 se detalla la revisión de la literatura sobre la satisfacción del paciente. En el capítulo 2 se hace una breve descripción del Sistema de Salud Peruano, así como los factores que afectan la satisfacción del paciente. En el capítulo 3 se presenta la base de datos utilizada, las características más relevantes de la muestra y las variables que se usan en el estudio. En el capítulo 4 se presenta la regresión base, se define la metodología empírica a utilizar para las estimaciones y se presentan los resultados de estas. Finalmente, en el capítulo 5 se lleva cabo una discusión respecto a las limitaciones del estudio, se detallan las conclusiones principales y se establecen algunas recomendaciones de política.

⁶ Se hace una explicación más extensa en la sección 2.4.

⁷ El índice de vulnerabilidad es formulado en base a otros indicadores que reflejan la situación sanitaria de la población regional: porcentaje de la población menor a 5 años, cobertura de agua, cobertura de aseguramiento, cobertura de parto institucional, índice de desarrollo humano y la razón de emergencias ocasionadas por fenómenos naturales y antrópicos por 100 mil habitantes. Un mayor índice indica una mayor vulnerabilidad sanitaria.

Capítulo 1

Revisión de literatura

En este capítulo se detalla cómo la literatura define la relación entre la satisfacción del paciente y la calidad de los servicios de salud. Asimismo, se discute la literatura acerca de los determinantes que afectan esta medida.

1.1. Relación entre la satisfacción del paciente y la calidad de los servicios de salud

La literatura en marketing sobre la calidad de los servicios afirma que esta posee dos dimensiones: calidad técnica y calidad funcional. La calidad técnica es mayormente objetiva y hace referencia al resultado que en sí mismo recibe un individuo cuando consume un bien o servicio. En cambio, la calidad funcional corresponde a una dimensión subjetiva, centrada en el modo en que recibe el servicio o producto. Las percepciones que el consumidor tenga acerca de un servicio recibido, estarán basadas en ambos tipos de dimensiones (Gronroos, 1984).

En el sector salud, la calidad técnica hace referencia a la precisión con que los agentes de salud diagnostican y realizan las intervenciones o procedimientos a los pacientes, mientras que la calidad funcional se interpreta como la percepción que el modo en que recibe la atención sanitaria (Babakus & Mangold, 1992).

En general, diversas iniciativas se han desarrollado con el fin de dar a conocer al público estándares de calidad técnica en los sistemas de salud. De hecho, a partir de la publicación del reporte “Errar es humano” del Instituto de Medicina de Estados Unidos, que estimó que en los hospitales morían al año 98,000 personas debido a errores médicos, se ha desarrollado lo que se conoce como cultura de seguridad del paciente en la atención en sanitaria. Se han creado espacios de información que permitan conocer la magnitud de la ocurrencia de incidentes en salud con el fin de reducir los daños al paciente (Donaldson, et al. (Eds.), 2000).

Cuando estos se refieren a daños graves o mortales en el paciente los sistemas de información son de reporte obligatorio por parte de los prestadores de salud (Donaldson,

et al. (Eds.), 2000). Por ejemplo, los registros de vigilancia epidemiológica, los registros de infecciones intrahospitalarias, los de calidad de las transfusiones sanguíneas, los de muerte materna, entre otros. También las instituciones reguladoras de los sistemas sanitarios se encargan de solicitar un nivel mínimo de seguridad mediante los estándares de habilitación de los establecimientos de salud.

A pesar de la importancia de estas fuentes de información sobre la calidad técnica, no todas son de conocimiento público (Bopp, 1990; citado en Babakus & Mangold, 1992), como, por ejemplo, la frecuencia con que ocurren incidentes en salud en los establecimientos. De hecho, la literatura sobre este tema indica que cuando estos ocurren, los profesionales de la salud tienden a no reportarlos por el riesgo de ser imputados. Por ejemplo, se estimó que sólo el 5% de los incidentes que ocurren en el Reino Unido se documenta de modo adecuado (The Lancet, 2016). Así, este fenómeno de sub-reporte impide conocer a profundidad la calidad técnica de los servicios de salud.

La falta de acceso a este tipo de información por parte del público causa que la evaluación que los pacientes realizan de un servicio de salud sea fundamentalmente de naturaleza subjetiva, es decir, corresponda en primer lugar a la calidad funcional (Donabedian 1980, 1982; Kovner y Smits, 1978; citados en Babakus & Mangold, 1992). De hecho, se considera que los pacientes son menos capaces de valorar la calidad técnica que la funcional (Bakar et al., 2008; Devebakan and Aksarayli, 2003; citados en Muhammad Butt & Cyril de Run, 2010).

Parasuraman (1988) postuló en el desarrollo de su metodología SERVQUAL que la medición sobre la calidad percibida de un servicio se basa en el enfoque de la diferencia entre las expectativas del consumidor antes de recibir un servicio y sus percepciones tras ser atendido. La satisfacción de un individuo con respecto a un servicio que recibe está relacionada significativamente con la calidad del mismo (Boulding et al., 1993; Johns et al., 2004; Kara et al., 2005; citados en Yesilada y Direktör, 2010). Incluso se ha comprobado que, a pesar de ser conceptos diferentes, calidad y satisfacción poseen las mismas dimensiones (Sureshchandar et al., 2002). Además, Crow et al. (2002) encontraron en la literatura que los términos “evaluación por parte de los pacientes” y “satisfacción” se usan de modo indistinto. En este sentido, la calidad funcional tiene un fuerte impacto sobre la satisfacción de los pacientes, aunque indudablemente el conocimiento de la calidad técnica de los establecimientos que el paciente pueda tener influirá en su satisfacción.

La medición de la satisfacción del paciente en el sector salud es un indicador valioso para el monitoreo de la calidad de los servicios de salud (Crow et. al, 2002). La legislación peruana de salud también lo reconoció (Decreto Supremo N° 013-2006-SA, 2006) y en el año 2011 propuso la metodología SERVQUAL como un modo de medir la satisfacción del paciente en los servicios de salud (Ministerio de Salud, 2012). Actualmente la Superintendencia de Salud del Perú realiza anualmente la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios de los Servicios de Salud como un indicador de evaluación de los servicios sanitarios a nivel nacional, ya que contiene una muestra representativa de todos los tipos de establecimientos del Sistema de Salud Peruano.

1.2. Determinantes de la satisfacción del paciente

En su revisión, Crow R. et al. (2002) identificaron 139 artículos (donde se utilizaron en total 127 bases de datos) que estudiaban los determinantes de la satisfacción en el ámbito de los servicios de salud. En base a esto, clasificaron dichos factores en dos amplios grupos: aquellos que caracterizan al paciente y aquellos que caracterizan la provisión del servicio de salud. En la Tabla 1 se detallan los factores que incluye cada una de estas categorías.

Tabla 1. Clasificación de los determinantes de la satisfacción del paciente

Características del paciente	Características de la provisión del servicio de salud
Expectativas del paciente	Tipo de atención de salud (hospitalización, consulta externa, atención primaria)
Estado de salud del paciente	Relación médico-paciente
Características socioeconómicas y demográficas del paciente (estatus socioeconómico, edad, género y raza)	Organización de la atención (financiamiento y pago a los médicos)

Fuente: Crow R. et al., 2002. Elaboración propia.

1.2.1. Características de los pacientes

1.2.2.1. Expectativas del paciente

Según los autores, sólo el 20% de los artículos que encontraron, estudian el efecto que tienen las expectativas del paciente antes de ser atendido, sobre la consiguiente satisfacción obtenida. Los autores critican esta realidad ya que afirman que la satisfacción, es un indicador subjetivo, por lo que sólo puede medirse en base a las expectativas que tenía el paciente antes de ser atendido.

Encuentran evidencia estadounidense que indica que unas expectativas más altas están relacionadas a niveles mayores de satisfacción (Abramowitz, Cote y Berry, 1987; Hsieh y Kagle, 1991; citados en Crow et al., 2002). Por el contrario, la evidencia que obtuvieron del Reino Unido, indicaba que haber saciado las expectativas del paciente, no es lo único que define la satisfacción de este (Avis, Bond y Arthur 1995, 1997; citados en Crow et al., 2002).

También encontraron evidencia que indica que la satisfacción de un paciente durante la atención sanitaria, es mayor si en el pasado también ha estado satisfecho con esta (John, 1992; Sixma, Spreeuwenberg y Van Der Pasch, 1998; Gray, 1980; citados en Crow et al., 2002). Además, aunque la satisfacción de un usuario está influenciada por las buenas o malas

sorpresas que le ocurran durante su atención, las malas experiencias tienen un mayor efecto en la satisfacción que las positivas (Nelson y Larson, 1993; citados en Crow et al, 2002).

Por otro lado, los autores afirman que diversos factores impactan en las expectativas de los pacientes: sus experiencias personales durante la atención en salud, las experiencias de terceros y el contexto cultural en el que viven. Además, aquellas personas que tienen un mejor conocimiento de los beneficios en calidad que podrían ofrecer los servicios de salud, tendrán mayores expectativas que aquellos que déficit de conocimiento en estos temas. Así, las expectativas de estos últimos, serían relativamente fáciles de saciar y estarían más satisfechos que quienes tiene un conocimiento adecuado.

Asimismo, el modo de financiar la atención en salud influye en las expectativas del paciente: si el precio es bajo, el paciente no tendrá altas expectativas sobre la calidad del servicio, por tanto, estas se saciarán con facilidad; y habrá un mayor nivel de satisfacción. (Crow et al, 2002). Inversamente, si el precio es alto, las expectativas del paciente se ubican en un nivel superior, siendo más complicadas de satisfacer.

1.2.2.2. Estado de salud del paciente

Los autores encontraron en la literatura abundante evidencia que indica que la satisfacción del paciente está influida por su estado de salud (31 estudios analizan esta relación). Por un lado, encuentran que pacientes de atención primaria, consulta externa, servicios de salud en general u hospitalizados con un mal estado de salud pueden obtener menores niveles de satisfacción (Hsieh y Kagle, 1991; Sixma et al., 1998; Annandale y Hunt, 1998; Cohen, 1996; Gross, Zyzanski, Borawski, Cebul y Stange, 1998; Hopton, Howie y Porter, 1993; Linn y Greenfield, 1982; Rogut, Newman y Cleary, 1996; Cleary, Edgman-Levitan, McMullen y Delblanco, 1992; Cleary, Keroy et al., 1989; Cleary, Edgman-Levitan, Roberts et al., 1991; Krupat, Fancey y Cleary, 2000; citados en Crow et al, 2002).

Menor evidencia que indica que el estado de salud no tiene un impacto sobre la satisfacción del paciente (Linder-Pelz y Stewart, 1986; Bertakis, Roter y Putnam, 1991; Esteban de la Rosa, Esther Ruiz Ruiz, Garcia Calvo, Torres Garcia, Fernandez Cuesta, 1994; Soh, 1991; citados en Crow et al., 2002).

Por otro lado, Al-Bashir y Armstrong (1991) indicaron que las preferencias de los pacientes pueden cambiar según su estado de salud: de los pacientes que tiene una buena salud, existe un mayor porcentaje que prefieren que las prescripciones médicas sean costo efectivas y que el medido realice medidas preventivas; mientras que para los que cuentan

con un peor estado de salud, la mayoría busca conseguir segundas opiniones médicas.

Con todo lo anterior, Crow et al. (2002) sostuvieron que, al realizar estudios comparativos sobre la satisfacción, se debe tener en cuenta la salud del paciente, ya que si se comparan pacientes, donde unos estén menos satisfechos, podría deberse principalmente a su peor estado de salud y no a una menor calidad de los servicios recibidos.

1.2.2.3. Características socioeconómicas y demográficas del paciente (estatus socioeconómico, edad, género y raza)

Según Crow et al. (2002), en los estudios del efecto de las características de los servicios de salud sobre la satisfacción de los pacientes, se suelen incluir las características sociodemográficas de los individuos como variables de control. Además, a pesar de que sólo la edad del paciente tiene un efecto marcado sobre la satisfacción del paciente; los autores recomiendan incluir estos factores ya que reflejan el pasado de los pacientes, permiten comprender mejor su nivel de satisfacción y realizar análisis entre diferentes grupos.

- a. **Sexo del paciente:** Crow et al. (2002) encuentran que el efecto de ser varón o mujer sobre la satisfacción del paciente, varía en los estudios que utilizan este factor (39 estudios analizan el efecto de este factor). En algunos los varones están más satisfechos, y viceversa; y en la mayoría, no existe relación significativa.
- b. **Edad del paciente:** la gran mayoría de los artículos científicos que estudian la relación de la edad del paciente sobre su satisfacción (58 estudios) y que fueron analizados por Crow et al. (2002), indican que los pacientes con más edad, reportan mayores niveles de satisfacción que los más jóvenes. Estos autores indican que esto podría deberse a dos razones: que los mayores tienen mayor paciencia que los jóvenes; o que los mayores tienen menores expectativas con la calidad del servicio, ya que en épocas pasadas esta era menor.
- c. **Grupos raciales, étnicos y minoritarios:** Los autores no encontraron una tendencia uniforme sobre el efecto de estos factores en la satisfacción del paciente. Por un lado, encontraron que en la mitad de los estudios que los incluían como determinantes de la satisfacción (29 estudios lo incluían), se demostró una relación significativa; mientras que en la otra mitad no. Por otro lado, que esta relación indica, en la mayoría de casos, que quienes estaban menos satisfechos eran aquellas personas de grupos minoritarios y los de raza negra.
- d. **Nivel socioeconómico:** En primer lugar, los autores encontraron que el nivel socioeconómico se ha medido de diversos modos en los estudios que lo incluyen: mediante el nivel educativo (31 estudios lo incluyen), mediante el tipo de trabajo de los pacientes -manual o no

manual- (15 estudios lo incluyen) y mediante el nivel de ingresos (14 estudios lo incluyen). Por otro lado, que no se da una relación uniforme entre la satisfacción del paciente y su nivel socioeconómico (en ninguna de las medidas); incluso en algunos estudios no se encuentra relación.

1.2.2. Características de la provisión del servicio de salud

1.2.2.1. Tipo de atención de salud (hospitalización, consulta externa, atención primaria)

En su clasificación, Crow et al. (2002) dividen los estudios según el tipo de atención que haya recibido el paciente (hospitalización, consulta externa o atención primaria). El motivo que subrayan es que, el influjo de los factores que caracterizan la atención sobre la satisfacción del paciente, puede variar según el contexto sanitario.

En los estudios que evalúan la satisfacción de pacientes hospitalizados (18 estudios), descubren que la enfermera (su conducta, cuidado o capacidad técnica) tiene un papel predominante sobre otros factores en la satisfacción del paciente.

Sólo tres estudios analizan la satisfacción de los pacientes de consulta externa o ambulatoria: Se encuentra en ellos que los que principalmente satisface a los pacientes, son las buenas relaciones interpersonales (Avis et al., 1997; De La Cuesta, 1997; citados en Crow et al., 2002), los aspectos organizativos de la atención (Avis et al., 1997, Bishop et al., 1991; citados en Crow et al., 2002) y que acierten con sus expectativas (De La Cuesta, 1997, citado en Crow et al., 2002).

Los autores encuentran mayor evidencia sobre la satisfacción del paciente, en el contexto de atención primaria (19 estudios). Un total de 10 estudios prueban que un mayor tiempo de espera para ser atendido o la dificultad para se le asigne una cita al paciente, disminuye su satisfacción. Por otro lado, 2 estudios afirman que una mayor duración de la cita aumenta la satisfacción del paciente. Además, una adecuada relación comunicativa entre el médico y el paciente es un determinante significativo de la satisfacción del paciente (4 estudios).

1.2.2.2. Relación médico-paciente

Por otro lado, Crow et al. (2002) identificaron 53 estudios que evalúan el impacto de la relación médico-paciente sobre la satisfacción del paciente. Sólo 9 de estos hacen referencia a esta relación en términos generales; mientras que el resto evalúa qué particularidades específicas de esta relación tienen un mayor impacto en la satisfacción del paciente. Se diferencian en total, hasta 8 características diferentes: 1) las características

del médico como el sexo y la edad; 2) la duración de la cita; 3) las habilidades interpersonales generales del médico como las verbales y no verbales, actitudes de alerta, vigilancia, seguimiento, prontitud, entre otros; 4) el comportamiento afectivo del médico como la empatía, el respeto, apoyo, entre otros; 5) el modo en que el médico recopila información sobre la salud del paciente (pruebas, información que da el paciente, entre otros); 6) una adecuada transmisión de información entre médico y paciente sobre la enfermedad, el tratamiento; 7) acciones de promoción de la salud por parte del médico (por ejemplo, si otorga indicaciones de prevención, de nutrición o de educación en temas de salud); y 8) el control que ejerce el médico sobre el paciente (por ejemplo, si hay una coparticipación de médico y paciente en la toma de decisiones durante la atención o si el médico manifiesta actitudes de control sobre el paciente).

1.2.2.3. Financiamiento de la atención

Los autores encontraron 26 estudios que relacionan el modo en que se financia la atención sanitaria, con la satisfacción que el paciente puede obtener en esta. La mayoría evalúa el efecto diferencial sobre la satisfacción, entre un sistema de pagos por servicio recibido y un sistema pre-pagado. Evidencia de Estados Unidos demuestra que el sistema de pago por servicios aumenta la satisfacción del paciente, a diferencia del otro sistema (7 estudios). Dos estudios de estos y tres más demuestran que el comportamiento del médico mejora incentivado por el pago por servicio. Esto también ocurre en Noruega (Hjortdal y Laerum, 1992, citados en Crow et al., 2002) y en Israel (Ben-Sira, 1990, citado en Crow et al., 2002). Por otro lado, encuentran que, si existe un sistema pre-pagado, los pacientes están satisfechos con los costos del servicio (5 estudios), la facturación (Davis, Collins, Schöen y Morris, 1995; Rossiter, Langwell, Wan, Rivnyak, 1989; citados en Crow et al., 2002) y los cuidados de prevención (Davis et al., 1995; citados en Crow et al., 2002).

Capítulo 2

Sistema de Salud Peruano

2.1. Organización del Sistema: sectores, regímenes de financiamiento, instituciones, aseguradoras y usuarios

En su libro, Lazo-González et al. (2016) realizan una descripción extensa del sistema de salud en el Perú. Afirman que éste está caracterizado por una marcada fragmentación en diversos subsectores. Esto no solo desde un aspecto público privado, sino que, en cada uno de ellos, existe una organización variada. Así, definen la complejidad del sistema como:

(...) producto de la superposición de diversas estructuras organizacionales provenientes de diferentes estadios sanitarios, tributarios de diversas concepciones y portadores de variados intereses, patrones culturales, formas de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y de prestación; acumulados a modo de estratos geológicos, algunos de ellas procedentes del mundo colonial. (P.27).

Explican que las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud⁸ (IPRESS) pueden pertenecer al Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales (MINSa-GR), a las Sanidades o establecimientos de las Fuerzas Armadas (FF.AA.), a las Sanidades o establecimientos de la Policía Nacional (P.N.P), a EsSalud y al Subsector Privado. Estos últimos se clasifican en instituciones con fines de lucro (clínicas, consultorios, policlínicos, entre otros), establecimientos sin fines de lucro y las nuevas asociaciones público-privadas conocidas como “Hospitales de la Solidaridad”.

Según los autores, esta diversidad de establecimientos de salud se explica y determina por el también fragmentado régimen de financiamiento. Un tipo de régimen es el contributivo indirecto que está compuesto por aportes del gobierno (recursos fiscales), por el pago de bolsillo de los hogares cuando se atienden en establecimientos

⁸ Hace referencia a los establecimientos de salud que otorgan servicios de atención en salud. De modo indistinto, en el texto se utilizará los términos “IPRESS” o “establecimientos de salud”. Los tipos de “IPRESS” se referirá a los cuatro subsectores que analiza la encuesta ENSUSALUD: Ministerio de Salud o de los Gobiernos locales, EsSalud, las Sanidades de las Fuerza Armadas y de la Policía Nacional (que simplemente serán llamadas Sanidades en adelante) y el sector privado.

de salud que funcionan con este régimen o incluso por transferencias internacionales de otros gobiernos. Estos fondos son manejados por el propio Ministerio de Salud, así como por los Gobiernos Regionales (mediante la figura de las Direcciones Regionales de Salud o DIRESA) y sirven como recursos para la gestión de los establecimientos de salud (IPRESS) del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales (MINSA-GR) que se encuentran en todo el país.

El régimen contributivo directo está constituido por los recursos que el gobierno traslada a los Ministerios de Defensa y del Interior, con el fin de gestionar las Sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, respectivamente. Además, estos establecimientos reciben un porcentaje de pago de bolsillo de los usuarios que se atienden ahí. Por otro lado, al régimen contributivo directo también corresponde la contribución obligatoria que hacen los trabajadores que cuentan con un régimen laboral formal a EsSalud (Seguridad Social). Además, existen personas que se afilian a EsSalud mediante un seguro independiente (no relacionado a su régimen laboral) (EsSalud, 2008).

Antes de 1997, la contribución de los trabajadores sólo era manejada por EsSalud, permitiendo a los asegurados atenderse en sus establecimientos. Tras esa fecha, los trabajadores dependientes y sus familiares tienen la opción de atenderse en establecimientos de EsSalud (seguridad social tradicional) o en establecimientos de salud privados mediante las entidades aseguradoras conocidas como Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPS) (Decreto Supremo N° 009-97-SA, 1997).

Por último, los autores explican el régimen de financiamiento privado. Este recibe sus recursos por el dinero de los usuarios, ya sea mediante el pago directo de bolsillo o mediante contratación de pólizas de seguros privados (independientes de la situación laboral del usuario, es decir, no seguros EPS). Además, los recursos también pueden provenir de cooperación no gubernamental.

También existe una fragmentación, en las Instituciones Administradoras de Fondos para el Aseguramiento en Salud (IAFAS), que son instituciones que se encargan de captar y gestionar fondos económicos con el fin de otorgar cobertura (aseguramiento) en la prestación de servicios de salud por parte de los afiliados (Decreto Supremo N° 008-2010, 2010). Según Lazo-González et al. (2016):

En teoría, las Iafas podrían contratar los servicios de aquellas Ipress que ofrezcan mejor atención a sus afiliados, sin embargo, esto ocurre excepcionalmente, pese a la suscripción de múltiples convenios para su operatividad. Lo usual es que cada segmento social reciba atención exclusivamente en los servicios de salud vinculados a la Iafas que lo afilió. (P.18)

La IAFA del Ministerio de Salud es el Seguro Integral de Salud (SIS) que se encarga de dar cobertura en salud a las personas con un nivel socioeconómico de pobreza o pobreza extrema, a través del SIS Gratuito; o personas con poca capacidad de pago, a través de SIS de costo mínimo (Sistema Integral de Salud, 2011). Esta IAFA está ligada a los establecimientos de salud (IPRESS) pertenecientes al Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales, donde se atienden los beneficiarios del SIS. Además, a estos establecimientos también acuden personas de bajos recursos que no están afiliados al SIS.

Por otro lado, la IAFA de los miembros del Ejército y sus familiares se llama Fospeme, la IAFA de los miembros de la Fuerza Aérea y sus familiares se llama (Fosfap), la IAFA de miembros de la Marina y sus familiares se llama (Fosmar). Todos estos usuarios se atienden con estos seguros en las Sanidades o establecimientos de las Fuerzas Armadas.

Los miembros de la Policía Nacional y sus familiares tienen cobertura de la IAFA “Saludpol” y se atienden en las Sanidades de la Policía Nacional

También está la IAFA de la seguridad social tradicional EsSalud, que lleva el mismo nombre. En primer lugar, los afiliados son personas que están en planilla, para los cuales, mensualmente su empleador transfiere a EsSalud 9% de su sueldo bruto. Además, están los contribuidores independientes. Todos ellos tienen la posibilidad de atenderse en establecimientos de EsSalud. Por último, dentro del sector privado se encuentran las EPS para aquellas personas también con trabajo remunerado formal pero que deciden ser parte de la seguridad social privada. La EPS recibe 2.25% del aporte que hace el empleador paga una parte del 9% a EsSalud (6.75%) y otra parte a la EPS (2.25%), lo que permite que el paciente se atienda en establecimientos privados para los casos simples de salud (capa simple de atención) y pueda asistir a EsSalud en caso de situaciones más complejas (capa compleja de atención) (EsSalud, 2008). Además, existen otros seguros de salud privados a los que se puede afiliarse cualquier persona por cuenta propia, independientemente de su situación laboral.

Según Alcalde-Rabanal, Lazo-González y Nigenda (2011):

Los beneficiarios de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional tienen un plan de beneficios denominado plan específico de salud con cobertura de todas las necesidades de salud. Sin embargo, debido a la oferta insuficiente y largas listas de espera para la atención, una parte importante de los asegurados acude al sector privado lucrativo en zonas urbanas y a los servicios estatales en zonas rurales. (S248)

Así, lo que determina en parte que un trabajador formal decida por la seguridad social privada es la eficiencia de los servicios de la Seguridad Social tradicional EsSalud.

En resumen, la asistencia de una persona a un tipo de establecimiento de salud concreto (MINSA-GR, EsSalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidades de la Policía o del sector privado) está determinado en gran parte por el modo en que dicho usuario paga ese servicio, es decir, el tipo de régimen de financiamiento al que puede acceder según sus características socioeconómicas y sociodemográficas y por el régimen laboral. En la Figura 2 se puede observar la segmentación de todo el sistema peruano de salud.

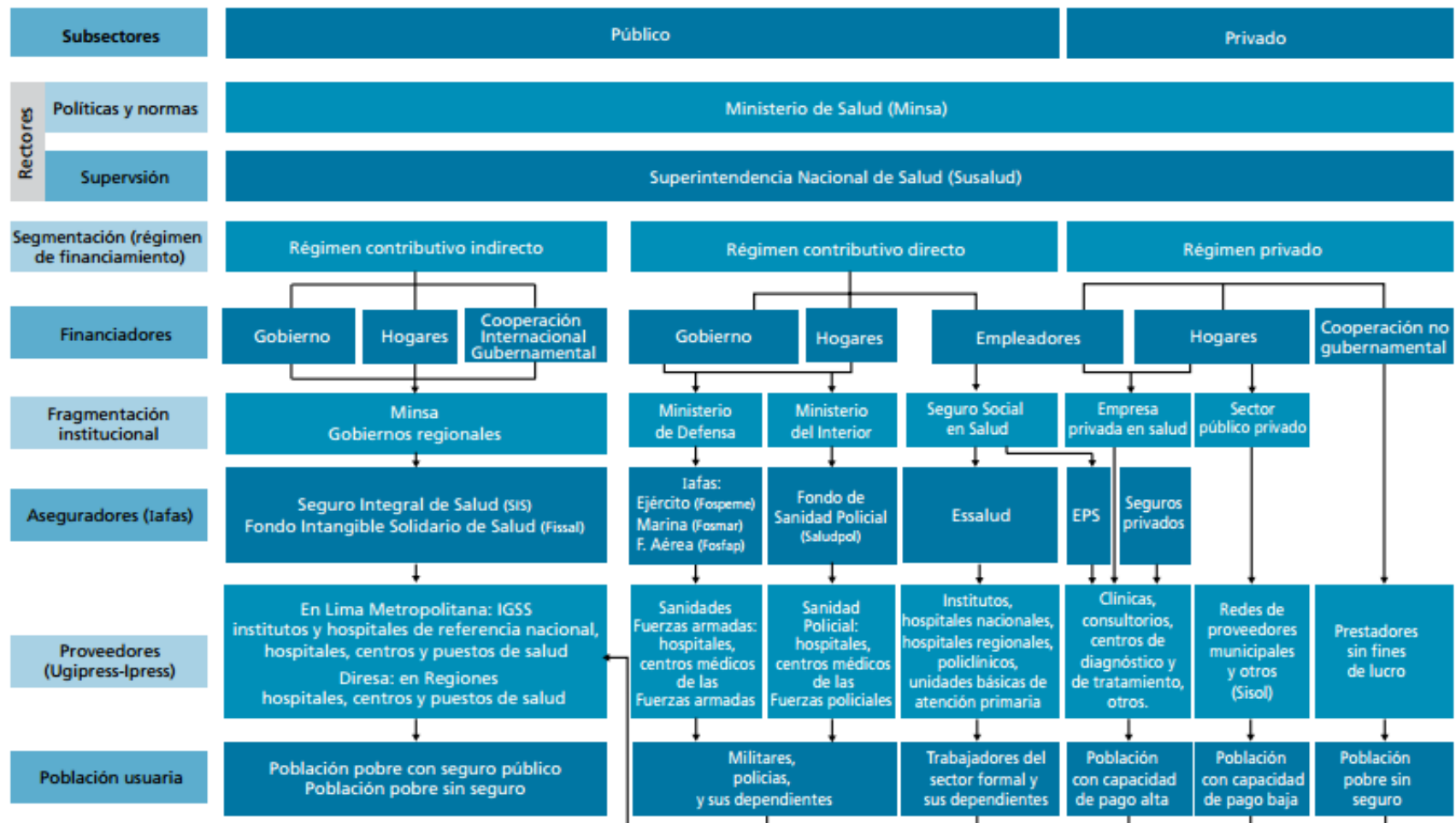


Figura 1.1. Mapa del Sistema de Salud, Perú 2016.

Figura 2. Organización del Sistema de Salud del Perú
Fuente: Lazo-González et. al, 2016

2.2. Relación entre los tipos de atención y el financiamiento

Según el Decreto Supremo N° 016-2002-SA (2002), cuando las personas que se encuentran en estado de emergencia médica u obstétrica⁹ tienen el derecho de ser atendidos en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado. Tras haber estabilizado la salud del paciente, el establecimiento recibe el correspondiente reembolso por los servicios prestados, ya sea mediante un pago del paciente o a través de la aseguradora (en caso tuviese). Sólo las personas que sean evaluadas como “indigentes”, quedarán libre de pago por los servicios.

Con ello, esta regulación no sesga la asistencia inmediata de una persona a un determinado tipo de establecimiento según sus características socioeconómicas, pues impide que las personas que no cuentan con los recursos necesarios no puedan acceder a la atención de salud en cualquier establecimiento de salud (sea público o privado).

Por el contrario, la atención en consulta externa o ambulatoria (la que nos compete en este estudio) es diferente en este aspecto, ya que la poca movilidad de los pacientes entre subsectores es característica. Como se explicó en la sección anterior, si un paciente desea tener una consulta médica, se suele atender en establecimientos a los que puede acceder según su capacidad monetaria; o en caso esté asegurado por una IAFA, acude a los establecimientos que están ligados a esta. Esta realidad se observa en la sección siguiente (“Segmentación del mercado de salud por nivel de riqueza del paciente”).

Sin embargo, hay que tener en cuenta que para los afiliados a las EPS (que normalmente acuden a servicios privados), según la legislación peruana, cuando su problema de salud es complejo podrían ser derivados a EsSalud (Decreto Supremo N° 009-97-SA, 1997), en caso su EPS no cubra capa compleja¹⁰.

2.3. Segmentación del mercado de salud por nivel de riqueza del paciente

En los tres años de la encuesta ENSUSALUD, en el cuestionario a paciente de consulta externa, se aprecia cómo la asistencia a un tipo de establecimientos específico está correlacionada con el quintil de riqueza del paciente. Como puede verse en la Tabla 2, casi el 50% de los pacientes que acuden a establecimientos de MINSA y de los Gobiernos Regionales, pertenecen a los quintiles más bajos de riqueza; mientras que en el sector privado sólo el 8% de pacientes pertenecen a estos quintiles. Además, más del 85% de pacientes de establecimientos privados pertenecen a los quintiles más altos de riqueza. En las Sanidades de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional ocurre algo similar: este porcentaje es cercano a 80%. La distribución de pacientes de EsSalud es más homogénea a partir del quintil intermedio, haciendo que sólo el 18% de pacientes

⁹ Según el artículo 3 de la ley, “se entiende por emergencia médica toda condición repentina e inesperada que requiere atención inmediata al poner en peligro inminente la vida, la salud o que puede dejar secuelas invalidantes en el paciente”. Se entiende por emergencia obstétrica a la “aparición inesperada o repentina de un trastorno durante el proceso del embarazo, parto o puerperio que pone en riesgo la vida o la salud de la madre o del niño por nacer y que requiere de una atención inmediata, a fin de proteger la vida de ambos.”

¹⁰ Esto se discute de modo más extenso en la sección 4.4.

pertenezca a los quintiles más pobres. Esto es congruente con el hecho de que el público característico de EsSalud son los pacientes con trabajo formal.

Tabla 2. Porcentaje de pacientes que acuden a cada institución según quintil de riqueza

Quintil de riqueza	Institución de salud			
	Minsa	EsSalud	FF.AA/P.N.P	Privado
Más pobre	26.92	6.75	3.57	3.11
Quintil 2	23.88	12.94	6.27	4.78
Quintil 3	22.68	18.60	9.72	5.90
Quintil 4	16.34	26.03	16.97	12.68
Más rico	10.15	35.64	63.59	73.44
Total	100	100	100	100

Fuente: Base de datos del cuestionario de pacientes de consulta externa de encuesta ENSUSALUD (años 2014-2016). Elaboración propia. Se tienen en cuenta los pesos muestrales. El test de Pearson indica que ambas variables no son independientes.

2.4. Sub-análisis de la satisfacción del paciente según la categoría de atención del establecimiento al que acude

Asimismo, es necesario medir la satisfacción del paciente teniendo en cuenta la categoría del establecimiento al que acude. Los establecimientos de salud son clasificados en categorías de atención (categorización de los establecimientos de salud) en base a la complejidad y a la capacidad resolutoria de los recursos humanos y tecnológicos que los caracterizan y que les permiten atender diversas necesidades sanitarias de la población (Norma Técnica N° 021-MINSA/dgsp-v.03 de la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA, 2011). A mayor categoría implica que el establecimiento de salud tiene una mayor complejidad en sus servicios y en los recursos que maneja como infraestructura, medicamentos; por lo que puede atender problemas sanitarios más complejos. Los niveles de atención y complejidad de los establecimientos de salud peruanos se muestran en la Figura 3.

PRIMER NIVEL DE ATENCION		Categoría I-1
		Categoría I-2
		Categoría I-3
		Categoría I-4
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría II-1
		Categoría II-2
	Establecimientos de salud de Atención Especializada	Categoría II-E
TERCER NIVEL DE ATENCION	Establecimientos de salud de Atención General	Categoría III-1
		Categoría III-E
	Establecimientos de salud de Atención Especializada	Categoría III-2

Figura 3. Categorías de los establecimientos de salud del Perú

Fuente: Norma técnica N° 021-MINSA/dgsp-v.03 de la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA (2011).

El sub-análisis según categorías es necesario debido a dos razones principales. En primer lugar, porque en Perú, 1) los establecimientos de mayor categoría pertenecen en gran parte al Ministerio de Salud y a EsSalud. Según la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD, 2015) la gran mayoría de establecimientos de nivel III de atención (el nivel más complejo), pertenecen al Ministerio de Salud y de los Gobiernos Locales (ver Tabla 3). Esto hace que, en casos complejos de salud, los servicios públicos sean demandados por pacientes que, si no fuese por la gravedad de su enfermedad, asistirían a establecimientos privados o a las Sanidades de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional.

Tabla 3. Establecimientos de salud del nivel III de atención según institución y ubicación

Categoría	MINSA y GR		Privado		EsSalud	
	Cantidad	Ubicación	Cantidad	Ubicación	Cantidad	Ubicación
III-1	19	Lima (10), Fuera de Lima(9)	4	Lima (4)	8	Fuera de Lima (8)
III-2	10	Lima (7), Fuera de Lima (3)	1	Lima (1)	2	Lima (2)
III-E	5	Lima (3), Fuera de Lima(2)	1	Piura (1)	1	Lima (2)

Fuente: Elaboración propia en base a datos de Superintendencia Nacional de Salud. (2015).

Según la legislación peruana, las EPS sólo cubren la capa simple de atención, mientras que, si posee un problema de salud más complejos, será derivado a EsSalud (Decreto Supremo N° 009-97-SA, 1997). Aunque hay algunas EPS que otorgan atención de problemas pertenecientes a la capa compleja según el pacto entre esta y la entidad empleadora, sin eliminar la posibilidad de que el beneficiario pueda acceder a EssSalud para este tipo de problemas (Rímac EPS, 2014).

Con lo anterior, hay que tener en cuenta que las personas que acceden a las EPS, en vez de atenderse en la seguridad social tradicional (EsSalud), son personas que pertenecen a los quintiles intermedio o altos de riqueza. Así, se cumpliría que, para problemas de alta complejidad, las personas de estos quintiles acceden en mayor proporción a establecimientos públicos; mientras que, si son problemas simples, acceden en mayor proporción a servicios privados de salud. Por el contrario, las personas de quintiles bajos de riqueza, accederán a establecimientos públicos siempre en mayor proporción que a privados, independientemente de la complejidad de problema de salud.

El segundo motivo por el que hay que analizar la brecha en satisfacción del paciente teniendo en cuenta las categorías de atención, es porque es importante analizar el impacto que tendría el estado de salud del paciente sobre la satisfacción, dado que una mayor categoría del establecimiento también está relacionada con problemas de salud más complejos. Además, como se ha mencionado en la sección de revisión de literatura, la salud del paciente juega un papel importante sobre su satisfacción ya que los pacientes cambian sus preferencias según su estado de salud y cuando tienen un mal estado de salud suelen reportar menores niveles de satisfacción.

En este sentido, es adecuado pensar que el análisis de la brecha en satisfacción entre establecimientos privados y públicos de categorías altas de atención está envuelto en el aporte del mal estado de salud del paciente. Crow et al. (2002) afirman que, para los estudios comparativos sobre la satisfacción, un menor nivel de esta no necesariamente se debe a una mala calidad en los servicios, sino en la deficiente salud del paciente. Con ello, en este estudio se verifica si las brechas en la probabilidad de satisfacción podrían ser menores entre establecimientos privados y públicos si se analizan categorías altas, a diferencia de si se analiza la satisfacción sin considerar la categoría del establecimiento.

2.5. El problema de la centralización: sub-análisis de la brecha en satisfacción entre establecimientos pertenecientes a Lima y Callao, con respecto al resto del país

Desde hace más de 10 años, en el país se está viviendo un proceso de descentralización. Sin embargo, aún se siguen observando brechas en el desarrollo económico y social entre las regiones de Lima y Callao y el resto de las otras regiones. El último análisis de la situación de salud (ASIS) en el Perú, señala que las regiones que poseen un menor índice de vulnerabilidad son justamente Lima y el Callao (Ministerio de Salud del Perú, 2013) (cfr. Figura 4.). Este índice es formulado en base a otros indicadores que reflejan la situación sanitaria de la población regional: porcentaje de la población menor a 5 años, cobertura de agua, cobertura de aseguramiento, cobertura de parto institucional, índice de desarrollo humano y la razón de emergencias ocasionadas por fenómenos naturales y antrópicos por 100 mil habitantes. Un mayor índice indica una mayor vulnerabilidad sanitaria (Ministerio de Salud, 2013).

Con ello, resulta interesante analizar no sólo la brecha en satisfacción entre pacientes de establecimientos privados y públicos, sino verificar si esta brecha es diferente si se analiza entre las regiones de Lima y el Callao con respecto al resto de regiones.

Región	Índice de Vulnerabilidad	Cuartil
Apurímac	0,832632603	1
Loreto	0,377034070	1
Pasco	0,360864797	1
Huancavelica	0,352827769	1
Amazonas	0,337432334	1
Ayacucho	0,284757069	1
Huánuco	0,272022865	1
Ucayali	0,264750378	2
San Martín	0,264587873	2
Moquegua	0,256149276	2
Puno	0,239116257	2
Tumbes	0,226063824	2
Madre de Dios	0,161803803	2
Cajamarca	0,160692156	3
Cusco	0,139973377	3
Junín	0,127475144	3
Piura	0,125136913	3
Tacna	0,069587899	3
Ancash	0,065937009	3
Lambayeque	0,056883423	4
Arequipa	0,047152472	4
La Libertad	0,032090024	4
Ica	0,018753976	4
Lima	-0,020046062	4
Callao	-0,023885254	4

Figura 4. Índice de vulnerabilidad (IV) de las 25 regiones del Perú. Fuente: Ministerio de Salud (2013). Se agrupan a las regiones en cuartiles según el IV, donde un cuartil alto indica menor vulnerabilidad.

Capítulo 3

Base de datos y variables a utilizar en el estudio

3.1. Fuente de información: Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD)

Desde el año 2014, el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI), debido a un convenio con la Superintendencia de Salud del Perú (SUSALUD), realiza anualmente la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD). Esta encuesta mide las percepciones de los usuarios del sector salud acerca del desempeño de los cuatro tipos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) que caracterizan al Sector Salud Peruano.

Actualmente esta encuesta contiene 6 cuestionarios: para pacientes de consulta externa, para personal de salud (médicos y enfermeras), para usuarios del SIS (Sistema Integral de Salud) en las Oficinas de Seguros, para usuarios que acuden a las boticas y farmacias externas cercanas a las IPRESS, para el personal directivo de la IPRESS (cuestionario añadido a partir del 2015) y uno para caracterizar la estancia en los servicios de emergencia de las IPRESS. En este estudio sólo se utiliza el cuestionario realizado a los pacientes de consulta externa.

3.2. Justificación de la utilización del cuestionario de pacientes de consulta externa

Debido a que la investigación se centra en la satisfacción de los pacientes de consulta externa de los distintos tipos de IPRESS (públicas y privadas), sólo se utiliza el cuestionario hecho a estos usuarios. En este se obtiene el nivel de satisfacción del paciente por la atención recibida, el tipo de IPRESS a la que asiste (MINSA, EsSalud, Sanidades o sector privado), sus características sociodemográficas (sexo, edad, quintil de riqueza al que pertenece, nivel educativo, si cuenta con seguro o no), su estado de salud y variables que caracterizan la atención recibida (tiempo de espera, duración de la cita, problemas que ocurrieron durante su estancia en el establecimiento, la valoración sobre la relación médico-paciente, el trato recibido por el personal administrativo, si la atención fue cubierta por un seguro de salud, entre otros temas).

En el cuestionario hecho a los dirigentes se recoge su percepción sobre la frecuencia con que ocurren ciertos problemas en el establecimiento, la evaluación que hacen sobre el desempeño de las IAFAS con que trabajan en su establecimiento, las áreas cuya problemática es prioritaria, entre otros temas. A pesar de que este cuestionario aporta información sobre el desempeño del establecimiento, la cual podría estar correlacionada con la satisfacción de los pacientes, no se utiliza este cuestionario ya que se basa sólo en percepciones de los dirigentes y no en datos objetivos. El uso de esta información con el fin de explicar la satisfacción del paciente de consulta externa es un tema cuestionable.

No se utiliza el cuestionario para el personal de salud ya que recoge una muestra aleatoria de médicos y enfermeras de cada hospital, es decir, no se entrevista exactamente al personal de salud que atendió a cada paciente de la muestra de interés (cuestionario a pacientes de consulta externa). Tampoco se utiliza el cuestionario para usuarios del seguro del Sistema Integral de Salud (SIS) debido a dos motivos: 1) busca medir la satisfacción de los usuarios del SIS al momento de realizar trámites en las Oficinas de Seguros, 2) este seguro es provisto por el Ministerio de Salud sólo a personas de bajos recursos, mientras que esta investigación busca caracterizar a los pacientes de consulta externa de todo el sistema de salud peruano (privado y público), tratando de controlar por todos los factores que puedan afectar dicha satisfacción, entre ellos, el nivel socioeconómico.

El cuestionario realizado a personas que acuden a comprar medicamentos en las farmacias y boticas cercanas a las IPRESS se centra en medir la satisfacción en la atención recibida en esos lugares, las razones de su compra, si cuenta o no con seguro de salud, si su seguro cubre las medicinas, si el comprador se auto-medica o si acude con receta médica, entre otros temas. Hay que tener en cuenta que la población de los compradores de estas boticas y farmacias no se reduce a los pacientes de consulta que se atienden en las IPRESS cercanas: sino que podría incluir a cualquier persona que compra medicamentos sin necesariamente haber acudido al establecimiento de salud cercano. Por su parte, los pacientes de consulta externa, también pueden adquirir los medicamentos dentro de las farmacias de los mismos establecimientos de salud a los que acuden.

Por último, no se utiliza el cuestionario para las estancias en las emergencias de las IPRESS, puesto que como se ha comentado, la atención de consulta externa difiere de la atención en la zona de urgencias médicas. Como se ha comentado, cualquier persona que se encuentre en estado de emergencia, debe ser atendido en cualquier establecimiento de salud con el fin de salvaguardar su integridad, independientemente de su capacidad de pago.

3.3. Diseño muestral

“La muestra es probabilística, bietápica, estratificada e independiente en cada departamento.” (INEI & SUNASA, 2014, p.8). La población que trata de caracterizar la encuesta está formada por todos los establecimientos públicos y privados del país. Tanto las Sanidades de las Fuerzas Armadas como de la Policía Nacional han sido agrupadas, al igual que todos los establecimientos de salud privados. Establecimientos del Ministerio de Salud y de EsSalud se consideraron como instituciones separadas.

Con respecto a las Unidades de Muestreo, la primera son los establecimientos en cada región o departamento que caractericen (representen) a cada tipo de IPRESS mencionado anteriormente. La segunda unidad de muestreo corresponde a una selección de pacientes de consulta externa en cada establecimiento donde se tomó la encuesta. Este cuestionario tiene representatividad a nivel nacional y departamental, aunque su nivel de inferencia sólo puede hacerse a este tipo de pacientes (consulta externa). Hay que tener en cuenta que el cuestionario de pacientes no se formuló como un panel, por tanto, estos no son necesariamente los mismos entrevistados cada año.

En la Figura 5 se muestran la estructura de la muestra de ENSUSALUD

ESTRATOS	UNIDAD PRIMARIA DE MUESTREO (UPM)	UNIDAD SECUNDARIA DE MUESTREO (USM)
Usuarios de los Servicios de Salud MINSA - GR.	EESS del MINSA-GR según región	Atendidos en consulta externa
Usuarios de los servicios de Salud de EsSalud.	EESS de EsSalud según región	Atendidos en consulta externa
Usuarios Establecimientos de Salud privados	Clinicas afiliadas según región	Atendidos en consulta externa
Usuarios de servicios de salud de Sanidades Policiales y FFAA	Hospitales Nacionales según región	Atendidos en consulta externa
Personal asistencial	EESS según región	Personal médico y de enfermería
Usuarios de Farmacias y Boticas	Farmacias y Boticas	Personas que compran medicamentos
Usuarios que realizan tramite en Unidades de Seguros	EESS del MINSA-GR	Personas que realizan algún trámite en unidades u oficinas de seguros

Figura 5. Diseño muestral de la Encuesta Nacional de Satisfacción de los Usuarios en Salud

Fuente: INEI & SUNASA, 2014

Además, en la tabla 4 se muestran algunos datos relevantes acerca de las tres ediciones de la encuesta: 2014, 2015 y 2016.

Tabla 4. Datos generales ENSUSALUD 2014-2016 (cuestionarios a pacientes de consulta externa y a dirigentes de los establecimientos de salud)

	2014	2015	2016
Cantidad de hospitales	180	180	184
Pacientes entrevistados	13 670	13 670	13 814
Representatividad Nacional	Sí	Sí	Sí
Representatividad regional (25 regiones)	Sí	Sí	Sí

Fuente: Elaboración propia, en base a datos tomados INEI & SUNASA (2014), INEI & SUSALUD (2015); y Philipps (2016).

Para efectos del estudio, se agruparon las tres bases de datos independientes de cada año (datos de corte transversal independientes agrupados-*independently pooled cross sections*). Así mismo, como la encuesta a nivel paciente es representativa a nivel

nacional, se puede deducir que el valor esperado del sesgo en cada año es equivalente al del resto.

3.4. Variables utilizadas en el estudio

3.4.1. Variable dependiente: satisfacción del paciente

Proviene del cuestionario de pacientes de consulta externa donde se les pregunta: “Respecto al servicio recibido el día de hoy en este establecimiento, ¿cómo calificaría usted su nivel de satisfacción?” Las respuestas van de 1 a 5 donde¹¹:

- 1= muy insatisfecho
- 2= insatisfecho
- 3= ni satisfecho ni insatisfecho
- 4= satisfecho
- 5= muy satisfecho

Para efectos de la investigación esta variable se formuló como una dummy donde 1 significa que el paciente está “muy satisfecho” o “satisfecho” y 0 corresponde a los otros valores.

3.4.2. Variables independientes de interés: tipo de IPRESS a la que asiste el paciente

En la encuesta, se anota el tipo de Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) a la que asiste el paciente. Se concentran en cuatro grupos: los establecimientos de salud del Ministerio de Salud y de los Gobiernos Regionales (MINSA-GR), los establecimientos de EsSalud (EsSalud), los establecimientos de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional (Sanidades de las F.F.A.A o de la P.N.P) y los establecimientos privados. A partir de esta variable categórica (policotómica) se generan las siguientes 4 variables dicotómicas que permiten medir la brecha en satisfacción de pacientes entre diferentes tipos de IPRESS.

- a. **MINSA:** es una dummy con valor de 1 si el paciente asiste a un establecimiento del Ministerio de Salud o de los Gobiernos Regionales y 0 si asiste a otro tipo de institución.
- b. **ESSALUD:** es una dummy con valor de 1 si el paciente asiste a un establecimiento de EsSalud y 0 si asiste a otro tipo de institución.
- c. **FFAA-PNP:** es una dummy con valor de 1 si el paciente asiste a un establecimiento de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional y 0 si asiste a otro tipo de institución.

¹¹ En el cuestionario de 2014, las respuestas estaban formuladas de modo inverso, donde 1 implicaba que el paciente estuvo “muy satisfecho” y 5 “muy insatisfecho”. Para hacer comparables los tres años de la encuesta, en este estudio la variable de satisfacción de 2014 se recodificó para seguir los valores de los años 2015 y 2016.

- d. PRIVADOS:** es una dummy con valor de 1 si el paciente asiste a establecimiento privado y 0 si asiste a otro tipo de institución.

3.4.3. Variables de control del modelo:

Para este estudio, no se utilizarán aquellas variables del cuestionario que representen factores objetivos directamente relacionados a la atención (como el tiempo de espera para ser atendido o el tiempo que duró la cita); ni las percepciones del paciente sobre estos u otros factores. Esto debido a que la satisfacción del paciente es una función de todos los factores que caracterizan la atención (Sureshchandar et al., 2002) y el objetivo del estudio no es explicar la satisfacción del paciente en los factores que la componen (descomposición de la satisfacción).¹²

Se utilizan en cambio, aquellas variables que puedan hacer comparables a los pacientes con el fin de verificar si la brecha en la probabilidad de que un paciente se encuentre satisfecho al asistir a un establecimiento público en comparación de un privado, se reduce a medida que se introducen estos controles. Siguiendo el resto de la clasificación de Crow et al. (2002), en primer lugar, se utilizan variables que representan i) características de los pacientes: a) características socioeconómicas y demográficas y b) el estado de salud del paciente. Es claro que estos factores permiten hacer comparables a los pacientes.

Otro control sobre características del paciente es el factor que c) influye en sus expectativas antes de recibir la atención. En la encuesta ENSUSALUD no se recogen preguntas sobre cómo eran estas expectativas, sin embargo, se recoge la pregunta que indica si el paciente tuvo un problema en el establecimiento donde fue entrevistado en los meses previos a esta visita médica. Dicha variable sería un *proxy* sobre las expectativas de los pacientes antes de asistir al establecimiento. Una limitación de esta variable es que sólo es posible identificar a quienes tuvieron el problema, pero no diferenciar entre los pacientes que no lo tuvieron y los que han asistido por primera vez al establecimiento (y no tiene experiencias ahí).

A pesar de esto, es posible afirmar que quienes tuvieron algún problema tendrían unas expectativas desfavorables con respecto a los que no lo tuvieron y a los que no les aplica la pregunta. Incluso aunque cualquiera de los 3 grupos haya podido recibir información negativa de otras personas acerca del desempeño de la institución. Además, es necesario controlar por este factor ya que en las tres versiones de la encuesta (de 2014 a 2016) no permite identificar a quienes asisten por primera vez al establecimiento el día de la entrevista. Este hecho es medible sólo en la encuesta de 2016; por esta razón, al final del artículo se verificará si los resultados obtenidos en el *pooled cross section* 2014-2016 permanecen si sólo se analiza la satisfacción de los pacientes de 2016, introduciendo este control.

¹² Con ello, no se utiliza la variable de caracterización de la relación médico-paciente, señalada por Crow et. al (2002).

En segundo lugar, se utilizan variables que ii) caracterizan la provisión del servicio, es decir, factores relacionados a aspectos de organización del servicio. Se utiliza la variable que refleja si la consulta médica fue cubierta total o parcialmente por algún seguro de salud con el fin de reflejar el financiamiento de la atención en salud. Por otro lado, se incluye el turno de la atención: si esta se dio en la mañana o en otro turno (tarde o noche). Esto debido a que durante la selección de la muestra para la encuesta ENSUSALUD, se dio preferencia a al turno matutino (en este turno se recolectó mayor porcentaje de muestra). No se incluye el motivo por el cual el paciente acudió al establecimiento (por ejemplo, control de embarazo o chequeos médicos), ya que difiere el modo en que este factor es medido entre las diversas versiones anuales de la encuesta.¹³

Además de los factores contenidos en la clasificación de Crow et al (2002), se utilizan iii) variables que podrían afectar el sesgo de asistencia a un establecimiento específico: a) la variable binaria que indica si el paciente ha sido referido desde otro establecimiento o no, con el fin de comparar a aquellos pacientes cuya asistencia a un establecimiento concreto fue determinada no por elección propia, con respecto a aquellos que sí decidieron asistir a ese establecimiento. Los pacientes referidos son aquellos que acuden a un establecimiento concreto por indicación explícita del médico tratante en el establecimiento previo.

Otro control de este tipo es un *proxy* de la distancia que existe entre la residencia del paciente y la ubicación del establecimiento: b) variable binaria que indica si el establecimiento se encuentra en el mismo distrito en que vive el paciente. La encuesta no permite identificar correctamente una variable de distancia en kilómetros, y aunque existen preguntas sobre los minutos que demoró en llegar al establecimiento, no se hace la diferencia entre aquellos pacientes que asisten a partir de su residencia habitual o si lo hacen desde un hospedaje en caso no resida en esa ciudad¹⁴.

Para la creación de los grupos de edad y de los niveles educativos de los pacientes, se plantearon regresiones donde además de las variables explicativas principales, los únicos controles eran la edad o el nivel educativo. En base a los resultados, se agruparon estas variables teniendo en cuenta la similitud del coeficiente que aportaba cada nivel de la variable original a la satisfacción.

En la Tabla 5 se detallan las variables de control, su descripción y los estadísticos más importantes

¹³ En el año 2014 y 2015, se mide si el paciente acudió por alguna enfermedad o síntoma de reciente aparición (menor a 15 días), por una enfermedad mayor a esa cantidad de días, por control de embarazo o por otro motivo. En el 2016 en cambio, se pregunta si se acude por control de una enfermedad que ya tenía (con antigüedad de años y/o meses), por una enfermedad diagnosticada el día de la entrevista, por malestares sin diagnóstico, por control de embarazo, por chequeos médicos, por certificados de buena salud o por otros motivos. En este estudio se consideró que crear una variable común en los tres años de la encuesta puede llevar a error en las estimaciones. La limitación de no incluir este factor disminuye al incluir el estado de salud del paciente, determinante de la satisfacción comúnmente utilizado en la literatura.

¹⁴ Sólo a partir de 2016, se clarifica esta diferencia.

Tabla 5. Variables de control del modelo: estadísticas descriptivas

Variable de control	Descripción	General	MINSA	EsSalud	Sanidades	Privado
i. Características del paciente						
Sexo del paciente	1 si el paciente es hombre, 0 si es mujer.	0.39 (0.49)	0.36 (0.48)	0.41 (0.49)	0.54 (0.5)	0.42 (0.49)
Edad del paciente (variable continua)	Edad del paciente (a partir de 15 años a más).	42.7 (17.15)	38.58 (16.72)	46.99 (16.77)	43.58 (16.88)	42.13 (15.14)
Grupo de edad al que pertenece el paciente (15-29 años)	1 si el paciente tiene entre 15 y 29 años	29.14%	35.38%	19.81%	40.41%	24.05%
Grupo de edad al que pertenece el paciente (30-49 años)	1 si el paciente tiene entre 30 y 49 años	37.33%	38.08%	36.84%	26.70%	42.76%
Grupo de edad al que pertenece el paciente (50-74 años)	1 si el paciente tiene entre 50 y 74 años	29.64%	24.22%	36.43%	30.08%	30.90%
Grupo de edad al que pertenece el paciente (75 años a más)	1 si el paciente tiene entre 75 años o más	3.90%	2.32%	6.92%	2.81%	2.29%
Sin nivel educativo o solo inicial (grupos de nivel educativo)	1 si el paciente no tiene nivel educativo o ha alcanzado solo el nivel inicial	2%	3.07%	1.48%	0.097%	0.67%
Colegio incompleto (grupos de nivel educativo)	1 si el paciente tiene colegio incompleto	25.37%	35.53%	21.76%	7.84%	9.36%

Para las variables binarias se muestra la media y la desviación estándar (que se encuentra entre paréntesis). Para las variables que representan grupos, se presenta el porcentaje de muestra que pertenece a cada categoría. Elaboración propia.

Continuación Tabla 5 Variables de control del modelo: estadísticas descriptivas

Variable de control	Descripción	General	MINSA	EsSalud	Sanidades	Privado
Colegio completo y superior incompleta (grupos de nivel educativo)	1 si el paciente ha completado el colegio o está en educación superior, aún incompleta	41.21%	46.79%	36.41%	45.97%	30.65%
Superior completa (grupos de nivel educativo)	1 si el paciente ha completado la educación superior	31.43%	14.61%	40.34%	46.10%	59.33%
Español	Indica si el paciente habla lengua española o si habla otras lenguas	0.97 (0.18)	0.94 (0.24)	0.99 (0.12)	1 (0.05)	0.99 (0.10)
Estado de salud	Auto-evaluación del paciente sobre su estado de salud (rango 1-10, donde 1=pésimo y 10=óptimo)	6.6 (1.65)	6.50 (1.65)	6.58 (1.65)	7.27 (1.57)	7.20 (1.52)
Pertenecer al quintil 1 de riqueza (más pobre)	1 si el paciente pertenece al quintil 1 de riqueza (más pobre)	15.27%	26.93%	6.76%	3.56%	3.14%
Pertenecer al quintil 2 de riqueza	1 si el paciente pertenece al quintil 2 de riqueza	16.39%	23.89%	12.96%	6.23%	4.82%
Pertenecer al quintil 3 de riqueza	1 si el paciente pertenece al quintil 3 de riqueza	18.15%	22.67%	18.61%	9.70%	5.94%
Pertenecer al quintil 4 de riqueza	1 si el paciente pertenece al quintil 4 de riqueza	19.19%	16.35%	26.05%	16.98%	12.65%
Pertenecer al quintil 5 de riqueza	1 si el paciente pertenece al quintil 5 de riqueza (más rico)	31%	10.16%	35.63%	63.53%	73.45%

Para las variables binarias se muestra la media y la desviación estándar (que se encuentra entre paréntesis). Para las variables que representan grupos, se presenta el porcentaje de muestra que pertenece a cada categoría. Elaboración propia.

Continuación Tabla 5 Variables de control del modelo: estadísticas descriptivas

Variable de control	Descripción	General	MINSA	EsSalud	Sanidades	Privado
ii. Características de la atención al paciente						
Si la atención fue cubierta por un seguro de salud	1 si el paciente financió la consulta a través de un seguro de salud o si el pago fue totalmente de bolsillo.	0.88 (0.32)	0.80 (0.40)	1 (0.02)	0.95 (0.22)	0.59 (0.49)
Si el turno de atención fue en la mañana	1 si la atención se realizó durante el turno de mañana	0.70 (0.46)	0.74 (0.44)	0.67 (0.47)	0.76 (0.43)	0.51 (0.50)
iii. Variables que afectan el sesgo del modelo						
Si paciente sufrió problema previo en el establecimiento	1 si el paciente reporta haber sufrido algún problema en los meses anteriores, en el establecimiento donde se le encuesta.	0.17 (0.37)	0.14 (0.34)	0.22 (0.42)	0.09 (0.28)	0.06 (0.23)
Si el establecimiento está en el mismo distrito donde vive el paciente	1 si el establecimiento al que asiste el paciente está en el mismo distrito donde vive, 0 si está en otra provincia a departamento.	0.59 (0.49)	0.62 (0.48)	0.61 (0.49)	0.38 (0.48)	0.31 (0.46)
Si el paciente asiste por referencia desde otro establecimiento de salud	1 si el paciente ha asistido al establecimiento por una referencia a partir de otro establecimiento, 0 en otro caso	0.14 (0.35)	0.19 (0.39)	0.11 (0.31)	0.01 (0.11)	0.01 (0.10)

Para las variables binarias se muestra la media y la desviación estándar (que se encuentra entre paréntesis). Para las variables que representan grupos, se presenta el porcentaje de muestra que pertenece a cada categoría. Elaboración propia.

Capítulo 4

Metodología empírica y resultados de las estimaciones

4.1. Metodología

La encuesta ENSUSALUD mide la satisfacción que el paciente de consulta externa a través de una variable cualitativa de tipo ordinal donde 1 indica que el paciente está “muy insatisfecho” y 5 indica que está “muy satisfecho”¹⁵. En esta investigación se ha optado por agrupar dichos valores en una variable binaria donde 1 indica si el paciente está “muy satisfecho” o “satisfecho” y 0 si está “ni satisfecho ni insatisfecho”, “insatisfecho” o “muy insatisfecho”. A partir de esto, se utiliza un modelo probit de respuesta binaria.

Se agruparon las bases de datos de los tres años en que se ha tomado la encuesta (2014-2016). Hay que recordar que, cada una es independiente con respecto a las bases de datos de los otros años, puesto que la encuesta no fue formulada como un panel de pacientes a lo largo del tiempo. En otras palabras, se construye un *independently pooled cross section* a nivel paciente de consulta externa. Además, como la encuesta tiene representatividad a nivel nacional, se impone como supuesto que el valor esperado del sesgo de cada año, es equivalente al valor esperado del sesgo en los otros dos años.

La regresión básica a estimar es la siguiente:

$$Y_{ih} = \beta_0 + \beta_1 Minsa_{ih} + \beta_2 EsSalud_{ih} + \beta_3 FFAA_{ih} + \beta_4 X_{ih} + \mu_{ih}$$

Donde:

Y_{ih} es la satisfacción del paciente i que acude al establecimiento h

$Minsa_{ih}$ indica 1 si el establecimiento h al que asiste el paciente i pertenece al Ministerio de Salud o los Gobiernos Regionales

$EsSalud_{ih}$ indica 1 si el establecimiento h al que asiste el paciente i pertenece a EsSalud

¹⁵ En 2014 la variable tenía la escala de valores de modo invertido. En este estudio se estandarizó la satisfacción de ese año con los valores que se explican.

$FFAA_{ih}$	indica 1 si el establecimiento h al que asiste el paciente i pertenece a las Fuerzas Armadas o a la Policía Nacional
X_{ih}	es el vector de controles
μ_{ih}	representa el término de error

Las variables binarias que representan el tipo de establecimiento de salud (*Minsa*, *EsSalud* y *FFAA*) tienen como omitida a la variable *Privado* que sería 1 si el paciente asiste a establecimientos del sector Privado y 0 si acude a otro. Con esto:

- β_1 indica la probabilidad de que un paciente del MINSA o de los Gobiernos Locales esté satisfecho en comparación a pacientes de establecimientos privados.
- β_2 indica probabilidad de que un paciente de EsSalud esté satisfecho en comparación a pacientes de establecimientos privados.
- β_3 indica probabilidad de que un paciente de las Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional esté satisfecho en comparación a pacientes de establecimientos privados.
- β_4 indica el efecto de las variables de control sobre la probabilidad de satisfacción del paciente

4.1.1. Sub-análisis de la brecha en satisfacción del paciente según la categoría y la región donde se encuentra el establecimiento de salud

Como se ha explicado, además de analizar la brecha en satisfacción entre establecimientos públicos y privados para todo el Perú, se realiza un análisis por separado teniendo en cuenta la categoría del establecimiento. Para ello, se han agrupado los establecimientos en dos, teniendo en cuenta lo que señala la norma de categorización de los establecimientos de salud (Norma Técnica N° 021-MINSA/dgsp-v.03, 2011).

Los establecimientos de categoría I-3 hasta I-4, son los establecimientos más complejos del primer nivel de atención, ya que corresponden a los centros médicos sin y con posibilidad de internamiento, respectivamente. A diferencia de las categorías que los preceden, además de tener área de consulta externa, cuentan con Laboratorio Clínico. Además, los establecimientos de categoría I-4 tienen Farmacia.

Los establecimientos de salud del segundo nivel (II-1, II-2 y II-E) corresponden a los hospitales y tienen como funciones básicas la promoción, la prevención, la recuperación, la rehabilitación y la gestión. Tienen muchas más áreas de actividades que los establecimientos anteriores, contando además de la consulta externa, el laboratorio y la farmacia; con áreas de Emergencias, de hospitalización, Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Medicina de Rehabilitación, Diagnóstico por imágenes, Centro de Hemoterapia y Banco de Sangre, área de Nutrición y Dietética, Central de Esterilización; Unidad de Cuidados intensivos (a partir de categoría II-2), entre otros.

Los establecimientos del tercer nivel de atención son los establecimientos con mayor complejidad de todo el sistema de salud. De hecho, además de las áreas mencionadas para el nivel anterior, estos establecimientos cuentan con

Anatomía Patológica, Hemodiálisis Radioterapia y Medicina Nuclear (estos dos últimos, opcionales para los establecimientos de categoría III-1).

La realidad de la complejidad de los servicios provistos por los establecimientos del nivel III de atención, fue la razón para analizar por separado estos establecimientos de los otros (nivel I y II). Así, a pesar de que nuestro estudio se centre sólo en pacientes de consulta externa, y todos los establecimientos de nuestro estudio cuentan con este servicio, hay que tener en cuenta que el hecho de que un paciente vaya a establecimientos del tercer nivel, está altamente correlacionado con que tenga un problema complejo de salud. Con ello, el sub-análisis se centra en dos grupos:

1. El primero grupo contiene pacientes que asisten a establecimientos del primer¹⁶ y del segundo nivel de atención (desde el nivel I-3 hasta el nivel II-E).
2. El segundo grupo contiene pacientes que asisten a establecimientos pertenecientes al tercer nivel de atención (desde nivel III-1 hasta III-E).

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta el menor índice de vulnerabilidad sanitaria en Lima y Callao, se testea cómo es la brecha en satisfacción entre pacientes que acuden a establecimientos que pertenecen y no pertenecen a esas regiones. Sin embargo, hay que tener en cuenta que los establecimientos de categorías altas de atención se ubican principalmente en estas regiones (cfr. Tabla 3). Por este motivo, el análisis entre Lima y Callao, en comparación al resto de regiones no se podrá extender a los pacientes que acuden a establecimientos de categorías de nivel III de atención.

En resumen, los resultados se refieren a un análisis general, un análisis de la satisfacción de pacientes que acuden a establecimientos dentro y fuera de Lima y Callao que corresponden al nivel I y II de atención, y un análisis de la satisfacción de pacientes que acuden a establecimientos dentro de Lima y Callao que corresponden al nivel III de atención.

4.2. Resultados

4.2.1. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis nacional

4.2.1.1. Pooled cross section 2014-2016

En la Tabla 6 se muestra los resultados del análisis de la brecha en satisfacción de pacientes entre establecimientos públicos y privados a nivel nacional, sin diferenciar según los niveles de atención (categorías), ni realizar un análisis para pacientes de Lima y Callao y el resto del país. El fin es verificar cuál es el efecto (en la brecha) de la introducción paulatina de los i) controles del modelo y ii) la tendencia de año.

¹⁶ La encuesta ENSUSALUD se centra en establecimientos a partir de categoría I-3. En el año 2016, se tomó muestra de un establecimiento que no tenía categoría. Probablemente su categorización estaba vencida al momento en que se realizó la encuesta.

Primera regresión: sólo se incluyen las variables binarias que indican el tipo de institución a la que el paciente acude. Así se estima la brecha en la probabilidad de satisfacción del paciente entre instituciones públicas (EsSalud, MINSA y Sanidades) y privadas. Los resultados indican que: 1) asistir a un establecimiento público en comparación a un privado disminuye la probabilidad de que el paciente esté satisfecho, 2) son significativos estos resultados, 3) la brecha entre MINSA y EsSalud con respecto a privado es aproximadamente -26% y -24%, respectivamente, 4) la brecha entre Sanidades y privado es menor a las otras brechas (-9%).

Segunda regresión: se incluyen los controles referentes a las características de los pacientes (salvo los quintiles de riqueza de los pacientes). Los resultados son que: 1) tras controlar, la brecha negativa entre privado y MINSA se reduce en poco más de 2 p.p., la de EsSalud y privado en poco más de 1 p.p. y la de las Sanidades y privado aumenta ligeramente. Las 3 brechas siguen siendo significativas. 2) Sobre los controles, se observa que:

- a) el sexo y la edad del paciente no tiene un efecto en la probabilidad de satisfacción;
- b) cuando se compara por grupos de edad se encuentra que tener entre 30 y 49 años en lugar de 15 y 29 años aumenta la probabilidad de satisfacción en casi 3% (aunque el nivel de significancia es bajo), por el contrario, si el paciente pertenece a los grupos de mayor edad con respecto a los más jóvenes tienen mayor probabilidad de satisfacción: tener de 50 a 74 años o 75 años a más, en comparación a tener entre 15 y 29 años, aumenta la probabilidad de satisfacción del paciente en casi 8% y en más de 16% respectivamente.
- c) sobre el nivel educativo del paciente, el hecho de tener cualquier nivel superior a no tener nivel educativo o sólo tener inicial, no influye en la probabilidad de estar satisfecho,
- d) el hecho de que el paciente hable español en lugar de otra lengua (quechua, aymara, otras lenguas aborígena) no tiene un efecto significativo en la probabilidad de estar satisfecho;
- e) la autovaloración que el paciente hace de su estado de salud tiene un impacto significativo en la probabilidad de satisfacción: una mejora en el estado de salud aumenta la probabilidad de que el paciente esté satisfecho en casi 4%.

Tercera regresión: Se introducen las variables binarias que indican el quintil de riqueza al que pertenece el paciente. Se encuentra que: 1) las brechas negativas en satisfacción entre establecimientos públicos y privados se reducen aún más, pero siguen manteniendo valores altos para Minsa y EsSalud con respecto a privado (-20.7% y -21.5%) y

relativamente bajos entre Sanidades y privados (-8.9%). 2) Los efectos de los controles se mantienen similares que en la anterior regresión. 3) Por otro lado, estar en un quintil superior de riqueza a comparación de estar en el quintil más pobre, aumenta la probabilidad de que el paciente esté satisfecho entre 2.9% y 8% (salvo en la comparación de pacientes del segundo quintil con el más pobre, donde el efecto no es significativo). El test de Wald indica que la introducción de las variables de quintiles de riqueza tiene un efecto significativo en el modelo.

Cuarta regresión: Se introducen las variables que caracterizan la atención y se encuentra que 1) las brechas entre instituciones se mantienen estables, 2) los efectos de los controles de pacientes son los mismos que en la regresión anterior, 3) sobre los nuevos controles, se encuentra que el hecho de que la atención haya sido cubierta por un seguro de salud, no aumenta la probabilidad de satisfacción del paciente. Lo mismo ocurre si el paciente se atendió de mañana en lugar de tarde o noche. 4) El hecho de que las brechas no hayan variado, se aprecia también en los resultados del test de Wald que indica que estas variables no tienen una significancia conjunta en el modelo.

Quinta regresión: Se introducen las variables que podrían disminuir el sesgo por variable omitida del modelo, lo que genera nuevamente 1) una disminución de la brecha negativa entre establecimientos públicos y privados, que se mantienen significativas. 2) Los efectos de los controles de pacientes son los mismos que en la regresión anterior (salvo el efecto positivo de tener entre 30 y 49 años con respecto a tener entre 15 y 29 años, que ahora tienen una mayor significancia). 3) Sobre los nuevos controles, se encuentra que haber sufrido un problema en el establecimiento en meses previos a la visita actual disminuye la probabilidad de estar satisfecho en más de 17%. Por otro lado, que el establecimiento esté en el mismo distrito donde vive el paciente, no tienen un efecto significativo en la probabilidad de satisfacción. Lo mismo ocurre si los pacientes han sido referidos desde otros establecimientos. El test de Wald indica que las nuevas variables introducidas tienen una significancia conjunta en el modelo.

Sexta regresión: En ella se introducen la tendencia de año, representando el modelo completo. Los resultados indican:

- 1) existe una brecha negativa en la probabilidad de que el paciente esté satisfecho si se comparan establecimientos públicos y privados: asistir a MINSA o EsSalud disminuyen la probabilidad de satisfacción en aproximadamente 19%, mientras que la brecha entre Sanidades y establecimientos privados es de casi -9%.
- 2) Los efectos de los controles de pacientes indican que:
 - a) Las siguientes variables no influyen en la probabilidad de satisfacción del paciente: el sexo, la edad (en variable continua), tener un nivel superior a aquellos que solo cuentan con inicial o no tienen nivel, hablar español, si el paciente pertenece al segundo quintil de riqueza en comparación a los más pobres, si la atención fue cubierta por un seguro de salud, si el turno de atención fue en la

- mañana, si el establecimiento está en el mismo distrito donde vive el paciente; y si el paciente es referido de otro establecimiento.
- b) Las siguientes variables influyen en la probabilidad de satisfacción del paciente: pertenecer a un grupo de edad superior a tener entre 15 y 29 años (es decir tener 30-49 años, 50-74 años o tener de 75 años a más), la autovaloración que el paciente hace de su propia salud, pertenecer a un quintil superior al quintil más pobre (salvo pertenecer al segundo quintil), si el paciente sufrió algún problema en el establecimiento (donde actualmente se le entrevista) en los meses previos a la atención.
- 3) La tendencia de año no tienen un efecto significativo en la probabilidad de satisfacción. El test de Wald indica que tampoco tienen una significancia conjunta en el modelo.

Tabla 6. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis nacional

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	1	2	3	4	5	6
MINSA	-0.2623*** (0.0323)	-0.2385*** (0.0288)	-0.2069*** (0.0219)	-0.2091*** (0.0223)	-0.1912*** (0.0242)	-0.1909*** (0.0223)
Essalud	-0.2423*** (0.0274)	-0.2305*** (0.0193)	-0.2146*** (0.0163)	-0.2217*** (0.0168)	-0.1933*** (0.0143)	-0.1927*** (0.0149)
Fuerzas Armadas y PNP	-0.0902*** (0.0302)	-0.0929*** (0.0269)	-0.0883*** (0.0242)	-0.0958*** (0.0250)	-0.0901*** (0.0249)	-0.0897*** (0.0249)
Si el paciente es hombre		-0.0029 (0.0066)	-0.0027 (0.0066)	-0.0023 (0.0063)	-0.0081 (0.0066)	-0.0081 (0.0066)
Edad en años		0.0002 (0.0003)	0.0002 (0.0003)	0.0002 (0.0003)	0.0003 (0.0003)	0.0003 (0.0004)
Grupo de edad: 30-49 años (omitido 15-29 años)		0.0284* (0.0160)	0.0300* (0.0165)	0.0304* (0.0163)	0.0313** (0.0133)	0.0315** (0.0129)
Grupo de edad: 50-74 años (omitido 15-29 años)		0.0794*** (0.0230)	0.0755*** (0.0232)	0.0758*** (0.0228)	0.0722*** (0.0203)	0.0727*** (0.0198)
Grupo de edad: 75 años a más (omitido 15-29 años)		0.1614*** (0.0362)	0.1542*** (0.0352)	0.1538*** (0.0349)	0.1460*** (0.0329)	0.1466*** (0.0327)
Colegio incompleto (omitida grupo sin nivel/inicial)		0.0381 (0.0241)	0.0316 (0.0225)	0.0312 (0.0225)	0.0361 (0.0222)	0.0358 (0.0226)
Colegio completo/superior incompleto (omitida grupo sin nivel/inicial)		0.0196 (0.0246)	0.0032 (0.0222)	0.0033 (0.0220)	0.0091 (0.0204)	0.0089 (0.0202)
Superior completa (omitida grupo sin nivel/inicial)		-0.0013 (0.0229)	-0.0318 (0.0202)	-0.0314 (0.0199)	-0.0183 (0.0177)	-0.0184 (0.0177)
El paciente habla español		0.0293 (0.0220)	0.0172 (0.0225)	0.0178 (0.0228)	0.0207 (0.0213)	0.0203 (0.0209)
Estado de salud del paciente		0.0391*** (0.0020)	0.0374*** (0.0021)	0.0373*** (0.0021)	0.0325*** (0.0019)	0.0324*** (0.0020)

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

Continuación Tabla 6 Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis nacional

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	1	2	3	4	5	6
quintil 2 de riqueza (omitida, quintil 1)			-0.0033 (0.0094)	-0.0024 (0.0093)	-0.0040 (0.0097)	-0.0040 (0.0097)
quintil 3 de riqueza (omitida, quintil 1)			0.0296** (0.0113)	0.0319*** (0.0111)	0.0277** (0.0102)	0.0277** (0.0101)
quintil 4 de riqueza (omitida, quintil 1)			0.0349** (0.0135)	0.0381*** (0.0125)	0.0361** (0.0131)	0.0359** (0.0134)
quintil 5 de riqueza (omitida, quintil 1)			0.0767*** (0.0178)	0.0806*** (0.0162)	0.0795*** (0.0164)	0.0793*** (0.0176)
Atención cubierta por seguro				0.0205 (0.0168)	0.0286 (0.0184)	0.0280 (0.0185)
Si el turno de atención fue de mañana				0.0131 (0.0101)	0.0122 (0.0095)	0.0117 (0.0077)
Paciente sufrió problema previo en establecimiento					-0.1725*** (0.0128)	0.1721*** (0.0119)
Establecimiento en distrito del paciente					-0.0066 (0.0119)	-0.0065 (0.0114)
Paciente referido					-0.0035 (0.0261)	-0.0036 (0.0262)
Tendencia de año 2015 (omitida 2014)						0.0058 (0.0232)
Tendencia de año 2016 (omitida 2014)						0.0055 (0.0154)
N	41154	41128	41128	41128	41128	41128
Prueba F de todo el modelo	F(3,50)= 42.4	F(13,40)= 105.14	F(17,36)= 84.14	F(19,34)= 71.86	F(22,31)= 104.99	F(24,29)= 91.73
Prob>F	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

4.2.1.2. Análisis sólo para el año 2016

Como se ha mencionado en la sección de literatura, las experiencias previas en un establecimiento de salud pueden influenciar la experiencia actual de un paciente. En este caso, los pacientes que hayan acudido por primera vez a un establecimiento, podrían estar menos sesgados que aquellos que ya acudido en otras ocasiones. Sin embargo, solo en el año 2016 se puede identificar a quienes asisten por primera vez al establecimiento el día de la entrevista. Por este motivo, se analiza la satisfacción de los pacientes de 2016 introduciendo este control, con el fin de verificar si los resultados obtenidos en el *pooled cross section* 2014-2016 permanecen.

En la tabla 7 se muestra la comparación de los resultados obtenidos en el *pooled cross section* 2014-2016 y la regresión sólo para pacientes de 2016. En este último año, independientemente de si se controla o no por la variable que indica si es la primera vez que el paciente asiste al establecimiento (columnas 1a. o 1b.), los resultados indican que: i) la brecha entre MINSA y privados es similar a la que se encontró en el *pooled cross section*, ii) la brecha desfavorable para EsSalud es menor que la del *pooled cross section* y iii) la brecha desfavorable para las Sanidades es mayor.

En términos concretos, asistir a MINSA en lugar de establecimientos privados, disminuye la probabilidad de que los pacientes se encuentren satisfechos en similar magnitud (alrededor de 19% o 20%) tanto si se analizan los tres años de la encuesta como sólo si se analiza el 2016.

Por otro lado, se encuentra que en el análisis de 3 años (2014-2016) asistir a establecimientos de EsSalud en lugar de privados disminuye la probabilidad en 4 p.p. más que si sólo se analiza la satisfacción en 2016 (-19.27% vs. -15.30%).

En el 2016, asistir a las Sanidades en lugar de establecimientos privados disminuye la probabilidad de que un paciente se encuentre satisfecho en casi 11%; mientras que, si se analizan los tres años de la encuesta, esta magnitud es de casi 9%.

Con respecto a los controles, se encuentra que en ninguno de los análisis el sexo y la edad como variable continua tiene un efecto significativo en la probabilidad de satisfacción del paciente. Para los grupos de edad, en el 2016, sólo quienes tienen 75 años o más se encuentran más satisfechos que el grupo de pacientes más jóvenes (15-29 años). En el análisis de 2014-2016, estar en cualquier grupo de edad aumentaba la probabilidad de satisfacción si se comparaba con los más jóvenes. En cuanto al nivel educativo del paciente, tener un nivel mayor al nivel inicial no impacta en la probabilidad de satisfacción en ninguno de los análisis. Lo mismo ocurre en el financiamiento de la consulta (con seguro o sin este).

Una mejora en la evaluación que el paciente hace de su estado de salud, aumenta la probabilidad de satisfacción en ambos análisis; aunque el efecto es mayor en el *pooled cross section*. Con respecto al quintil de riqueza, en el 2016 sólo los pacientes más ricos tienen mayor probabilidad de estar satisfecho que los pacientes más pobres; a diferencia de lo que ocurría en el análisis de tres años, donde estar en cualquier nivel de riqueza superior al más pobre, elevaba dicha probabilidad.

Haber sufrido algún problema previo en el establecimiento, reduce la probabilidad de satisfacción en poco más de 15% en el 2016; mientras que el *pooled cross section* 2014-2015 el efecto negativo era mayor. Por último, quienes asisten por primera vez al establecimiento de salud, tienen

casi 3% menos de probabilidad de estar satisfecho que quienes ya han asistido anteriormente. Este dato sólo el medible en el 2016.

Tabla 7. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: comparación entre el pooled cross section 2014-2016 y la satisfacción en 2016

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	Pooled cross section 2014-2016	2016			
		1a		1b	
MINSA	-0.1909*** (0.0223)	-0.1941*** (0.0283)	-0.1960*** (0.0273)		
Essalud	-0.1927*** (0.0149)	-0.1529*** (0.0264)	-0.1530*** (0.0266)		
Fuerzas Armadas y PNP	-0.0897*** (0.0249)	-0.1082*** (0.0344)	-0.1059*** (0.0349)		
Si el paciente es hombre	-0.0081 (0.0066)	-0.0016 (0.0142)	0.00001 (0.0144)		
Edad en años	0.0003 (0.0004)	0.0003 (0.0015)	0.0001 (0.0014)		
Grupo de edad: 30-49 años (omitido 15-29 años)	0.0315** (0.0129)	0.0283 (0.0495)	0.0296 (0.0487)		
Grupo de edad: 50-74 años (omitido 15-29 años)	0.0727*** (0.0198)	0.0785 (0.0754)	0.0810 (0.0745)		
Grupo de edad: 75 años a más (omitido 15-29 años)	0.1466*** (0.0327)	0.1846*** (0.0567)	0.1880*** (0.0562)		
Colegio incompleto (omitida grupo sin nivel/inicial)	0.0358 (0.0226)	0.0733 (0.0467)	0.0709 (0.0469)		
Colegio completo/superior incompleta (omitida grupo sin nivel/inicial)	0.0089 (0.0202)	0.0338 (0.0446)	0.0314 (0.0453)		
Superior completa (omitida grupo sin nivel/inicial)	-0.0184 (0.0177)	0.0171 (0.0406)	0.0147 (0.0415)		
El paciente habla español	0.0203 (0.0209)	-0.0311 (0.0304)	-0.0329 (0.0306)		
Estado de salud del paciente	0.0324*** (0.0020)	0.0259*** (0.0036)	0.0261*** (0.0036)		
quintil 2 de riqueza (omitida, quintil 1)	-0.0040 (0.0097)	-0.0245 (0.0176)	-0.0247 (0.0178)		
quintil 3 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0277** (0.0101)	0.0072 (0.0175)	0.0050 (0.0182)		
quintil 4 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0359** (0.0134)	0.0158 (0.0206)	0.0138 (0.0207)		
quintil 5 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0793*** (0.0176)	0.0725*** (0.0192)	0.0712*** (0.0193)		

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

Continuación Tabla 7: Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: comparación entre el *pooled cross section* 2014-2016 y la satisfacción en 2016

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	<i>Pooled cross section</i> 2014-2016		2016			
			1a		1b	
Atención cubierta por seguro	0.0280	(0.0185)	0.0363**	(0.0180)	0.0303	(0.0187)
Si el turno de atención fue de mañana	0.0117	(0.0077)	-0.0162	(0.0186)	-0.0156	(0.0184)
Paciente sufrió problema previo en establecimiento	-0.1721***	(0.0119)	-0.1493***	(0.0131)	-0.1520***	(0.0130)
Establecimiento en distrito del paciente	-0.0065	(0.0114)	0.0040	(0.0191)	0.0070	(0.0180)
Paciente referido	-0.0036	(0.0262)	0.0094	(0.0353)	0.0007	(0.0343)
Si el paciente acude por primera vez al establecimiento	-	-	-	-	-0.0280***	(0.0098)
Efecto fijo de año 2015 (omitida 2014)	0.0058	(0.0232)	-	-	-	-
Efecto fijo de año 2016 (omitida 2014)	0.0055	(0.0154)	-	-	-	-
N	41128		13805		13805	
Prueba F de todo el modelo	F(24,29)=	91.73	F(22,31)=	44.78	F(23,30)=	40.09
Prob>F	0.000		0.000		0.000	

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

En la Tabla 8 se muestra los resultados del análisis de la satisfacción, por separado para pacientes que acuden a establecimientos de los niveles I y II de atención; y para los que acuden establecimientos del nivel III de atención. En el primer análisis, se muestran los resultados a nivel nacional, así como los resultados por separado según si la atención en salud se dio en las regiones de Lima y el Callao o en el resto del Perú. Para el nivel III de atención sólo se muestran los resultados para las atenciones que se hayan dado en las regiones mencionadas, ya que solo en estos lugares hay muestra suficiente de establecimientos privados para poder analizar la brecha en satisfacción con respecto a establecimientos públicos.

4.2.2. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis en los niveles I y II de atención, a nivel nacional, dentro y fuera de Lima y Callao

4.2.2.1. Brecha entre establecimientos de MINSA y privados

Se observa que, i) a nivel nacional, asistir a establecimientos del MINSA reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes en más de 20% con respecto a asistir a establecimientos privados. Por el contrario, si sólo se analiza la satisfacción en los establecimientos pertenecientes a ii) las regiones de Lima y el Callao, se observa que la probabilidad disminuye solo en casi 13%. Los resultados para establecimientos iii) fuera de Lima y el Callao indican que el asistir a establecimientos del MINSA reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes con respecto a asistir a establecimientos privados en más de 24% (magnitud superior al nivel que en el análisis nacional), siendo casi -23%.

4.2.2.2. Brecha entre establecimientos de EsSalud y privados

Se observa que, i) a nivel nacional, asistir a establecimientos de EsSalud reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes en más de 19% (magnitud similar al análisis nacional de MINSA) con respecto a asistir a establecimientos privados. Si sólo se analizan la satisfacción en los establecimientos pertenecientes a ii) las regiones de Lima y el Callao, se observa que este efecto negativo menor, llegando a ser de casi -17% (no tan bajo como el de MINSA). Los resultados para establecimientos de EsSalud iii) fuera de Lima y el Callao indican que asistir a establecimientos de EsSalud reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes con respecto a asistir a establecimientos privados por encima del promedio nacional (más de 21%).

4.2.2.3. Brecha entre establecimientos de Fuerzas Armadas o de la Policía Nacional y privados

Se observa que, i) a nivel nacional, asistir a establecimientos de las Sanidades reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes en más de 13% (magnitud muy por debajo del análisis nacional de MINSA y EsSalud) con respecto a asistir a establecimientos privados. Al analizar la satisfacción en los establecimientos pertenecientes a ii) las regiones de Lima y el Callao, se observa que este efecto negativo llega a ser de -7% aproximadamente. Los resultados para establecimientos iii) fuera de Lima y el Callao indican que asistir a establecimientos de las Sanidades reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes con respecto a asistir a establecimientos privados en casi 18%, muy por encima del porcentaje del análisis nacional.

4.2.2.4. Efecto de los controles sobre la probabilidad de satisfacción del paciente

Se observa que, tanto a i) a nivel nacional como ii) dentro de Lima y Callao, el hecho de ser varón no influye en la probabilidad de satisfacción, mientras que iii) fuera de estas regiones, el sexo sí tiene un impacto: ser varón disminuye la probabilidad de satisfacción en casi 1.5% (aunque el nivel de significancia es bajo).

En cuanto a la edad del paciente, ocurre que esta no tiene un efecto significativo a nivel nacional, pero si se analiza sólo para Lima y Callao, el hecho de aumentar en un año la edad, disminuye la probabilidad de satisfacción en poco más de 0.13%. Por el contrario, para regiones diferentes a las mencionadas, la probabilidad de satisfacción aumenta en casi 0.13%.

Dentro de Lima y Callao, el grupo de edad al que el paciente pertenece tiene un efecto de gran magnitud y significativo: pertenecer a cualquier grupo de edad, en comparación a estar en el grupo más joven (15-29 años), tiene un efecto significativo positivo en la probabilidad de satisfacción. Sin embargo, esto no ocurre a nivel nacional, donde aquellos con 30 hasta 49 años no tienen mayor probabilidad de estar satisfechos (en comparación a los del grupo más joven); ni ocurre fuera de Lima y Callao, donde ningún grupo de edad tiene un efecto significativo.

A nivel nacional, la educación del paciente no tiene un efecto significativo, y en Lima y Callao, solamente quien tiene colegio completo tiene 8% más de probabilidad de estar satisfecho en comparación a quienes no tienen nivel educativo o solo tienen inicial (aunque la significancia es baja). Al estar fuera de Lima y Callao, ocurre que quienes tienen colegio incompleto, educación superior incompleta o completa, tienen menor probabilidad de estar satisfechos que los del nivel educativo más bajo (inicial o incluso sin nivel).

Hablar español no tiene un efecto significativo en la probabilidad de satisfacción ni a nivel nacional, ni dentro o fuera de Lima y Callao.

Si la autovaloración del paciente sobre su salud es cada vez más optimista, la probabilidad de que el paciente se encuentre satisfecho, es mayor (2% y 4%) tanto a nivel nacional como dentro o fuera de Lima y Callao.

A nivel nacional ocurre que solo quienes se encuentran en los quintiles más altos de riqueza (4° o 5°) tienen mayor probabilidad de estar satisfechos que los pacientes más pobres. Tanto en Lima y Callao, como fuera de estas regiones, el impacto sobre la probabilidad de satisfacción es solo significativo para los pacientes más ricos (quintil 5 de riqueza) cuando se comparan con los más pobres (aunque el impacto es menor fuera de Lima y Callao).

El hecho de que la atención del paciente haya sido cubierta por un seguro de salud y que la atención haya sido en el turno de mañana, no tienen un efecto significativo en la probabilidad de satisfacción ni a nivel nacional, ni dentro o fuera de Lima y Callao.

Si el paciente sufrió algún problema en el establecimiento (donde actualmente se le entrevista) en los meses previos a la atención, la probabilidad de satisfacción actual disminuye en todos los análisis. Fuera de Lima y Callao, este efecto es alto (-20.4%) a comparación de Lima y Callao (-8.8%).

El hecho de que el establecimiento esté en el mismo distrito donde vive el paciente, tiene un efecto significativo sobre la probabilidad de satisfacción sólo al analizar por separado las regiones de Lima y Callao con respecto al resto del país.

Si el paciente ha sido referido desde otro establecimiento, la probabilidad de satisfacción no se ve afectada ni a nivel nacional, ni dentro o fuera de Lima y Callao.

La tendencia de año no tiene un efecto significativo en la probabilidad de que el paciente esté satisfecho, ni a nivel nacional, ni dentro o fuera de Lima y Callao.

4.2.3. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis en el nivel III de atención, dentro de Lima y Callao

A continuación, se presenta la brecha en la probabilidad de satisfacción de pacientes de consulta externa entre cada establecimiento de salud público (MINSA, EsSalud y Sanidades) del nivel III de atención y sus pares privados. Además, se presenta el efecto de los controles del modelo sobre dicha probabilidad.

4.2.3.1. Brecha entre establecimientos de MINSA y privados

Al analizar la satisfacción en los establecimientos del nivel III de atención, pertenecientes a las regiones de Lima y el Callao, se observa que asistir a establecimientos del MINSA disminuye la probabilidad de satisfacción de los pacientes en casi 14% con respecto a asistir a establecimientos privados (magnitud similar a la brecha de las mismas instituciones, pero del nivel I y II de atención que se encuentran en Lima y Callao).

4.2.3.2. Brecha entre establecimientos de EsSalud y privados:

Se observa que, en los establecimientos pertenecientes a las regiones de Lima y el Callao, asistir a establecimientos de EsSalud disminuye la probabilidad de satisfacción de los pacientes en aproximadamente 17%, con respecto a asistir a establecimientos privados. Esta magnitud es similar a la brecha de las mismas instituciones, pero del nivel I y II de atención que se encuentran en Lima y Callao.

4.2.3.3. Brecha entre establecimientos de las Sanidades de las Fuerzas Armadas o la Policía Nacional y privados

Se observa que, al analizar la satisfacción en los establecimientos pertenecientes a las regiones de Lima y el Callao del nivel III de atención, asistir a establecimientos de Sanidades reduce la probabilidad de satisfacción de los pacientes en menos de 1% con respecto a asistir a establecimientos privados, siendo este dato no significativo.

4.2.3.4. Efecto de los controles sobre la probabilidad de satisfacción del paciente

Cuando se analiza el efecto de los controles sobre la probabilidad de satisfacción de paciente que se atienden en establecimientos del nivel III de atención que se encuentran en Lima y Callao, se observa que:

- a) Solo las siguientes variables tienen un efecto significativo: pertenecer a un grupo de edad superior a tener entre 15 y 29 años (es decir tener 50-74 años o tener de 75 años a más), la autovaloración que el paciente hace de su propia salud; y si el paciente sufrió algún problema en el establecimiento (donde actualmente se le entrevista) en los meses previos a la atención.
- b) Las siguientes variables no efecto significativo: el sexo, la edad (en variable continua), tener entre 30 y 49 años (en lugar de entre 15 y 29 años), tener un nivel superior a aquellos que solo cuentan con inicial o no tienen nivel, hablar español, pertenecer a cualquier quintil de riqueza superior al quintil más pobre, si la atención fue cubierta por un seguro de salud, si el turno de atención fue en la mañana, si el establecimiento está en el mismo distrito donde vive el paciente; y si el paciente es referido de otro establecimiento.

Tabla 8. Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis según niveles de atención y ubicación del establecimiento

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	Nivel I y II de atención			Nivel III de atención	
	Todo el Perú	Sólo Lima y Callao	Resto país	Sólo Lima y Callao	
MINSA-GR	-0.2078*** (0.0243)	-0.1255*** (0.0164)	-0.2425*** (0.0484)	-0.1398*** (0.0190)	
Essalud	-0.1929*** (0.0194)	-0.1693*** (0.0144)	-0.2137*** (0.0422)	-0.1707*** (0.0199)	
Fuerzas Armadas y PNP	-0.1328*** (0.0287)	-0.0724* (0.0361)	-0.1798*** (0.0554)	-0.0084 (0.0186)	
Si el paciente es hombre	-0.0053 (0.0105)	0.0162 (0.0251)	-0.0143* (0.0076)	0.0037 (0.0121)	
Edad en años	0.0003 (0.0004)	-0.0014** (0.0006)	0.0012** (0.0005)	-0.0012 (0.0024)	
Grupo de edad: 30-49 años (omitido 15-29 años)	0.028 (0.0207)	0.0919* (0.0475)	0.001 (0.0166)	0.0364 (0.0325)	
Grupo de edad: 50-74 años (omitido 15-29 años)	0.0667*** (0.0234)	0.1555*** (0.0533)	0.0254 (0.0261)	0.0998* (0.0587)	
Grupo de edad: 75 años a más (omitido 15-29 años)	0.1401*** (0.0277)	0.2646*** (0.0505)	0.022 (0.0315)	0.1939* (0.1123)	
Colegio incompleto (omitida grupo sin nivel/inicial)	0.0364 (0.0248)	0.0835 (0.0505)	0.0103 (0.0148)	0.0819 (0.0807)	
Colegio completo/superior incompleta (omitida grupo sin nivel/inicial)	-0.005 (0.0287)	0.0509 (0.0485)	-0.0404** (0.0201)	0.1134 (0.0751)	
Superior completa (omitida grupo sin nivel/inicial)	-0.0359* (0.0213)	0.0077 (0.0290)	-0.0622*** (0.0204)	0.1087 (0.0816)	
El paciente habla español	0.0217 (0.0201)	-0.0776 (0.0925)	0.0296 (0.0227)	-0.0808 (0.1208)	
Estado de salud del paciente	0.0313*** (0.0032)	0.0237*** (0.0058)	0.0357*** (0.0027)	0.0308*** (0.0045)	

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

Continuación Tabla 8 Brecha en la probabilidad de satisfacción entre establecimientos públicos y privados: análisis según niveles de atención y ubicación

Efecto marginal promedio sobre la probabilidad de satisfacción del paciente	Nivel I y II de atención				Nivel III de atención			
	Todo el Perú		Sólo Lima y Callao		Resto país		Sólo Lima y Callao	
Quintil 2 de riqueza (omitida, quintil 1)	-0.0156	(0.0123)	-0.0376	(0.0376)	-0.0111	(0.0123)	-0.0110	(0.0296)
Quintil 3 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0178	(0.0147)	0.0011	(0.0481)	0.0166	(0.0142)	0.0202	(0.0441)
Quintil 4 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0315*	(0.0170)	0.0189	(0.0337)	0.0304	(0.0189)	0.0006	(0.0406)
Quintil 5 de riqueza (omitida, quintil 1)	0.0766***	(0.0160)	0.0913**	(0.0403)	0.0433**	(0.0154)	0.0378	(0.0611)
Atención cubierta por seguro	0.0151	(0.0130)	0.0004	(0.0083)	0.027	(0.0181)	0.027	(0.0181)
Si el turno de atención fue de mañana	0.0177	(0.0110)	0.0330	(0.0221)	0.0027	(0.0076)	0.0027	(0.0076)
Paciente sufrió problema previo en establecimiento	-0.1746***	(0.0136)	-0.0883***	(0.0265)	-0.2037***	(0.0111)	-0.2037***	(0.0111)
Establecimiento en distrito del paciente	0.0053	(0.0099)	-0.0324**	(0.0135)	0.0209*	(0.0121)	0.0209*	(0.0121)
Paciente referido	0.012	(0.0302)	0.1284	(0.0845)	-0.0185	(0.0217)	-0.0185	(0.0217)
Tendencia de año 2015 (omitida 2014)	0.0047	(0.0269)	0.0494	(0.0570)	-0.0217	(0.0201)	-0.0217	(0.0201)
Tendencia de año 2016 (omitida 2014)	0.0162	(0.0158)	0.0207	(0.0180)	0.0135	(0.0199)	0.0135	(0.0199)
N	34178		2296		31882		1962	
Prueba F de todo el modelo	F(24,28)= 59.49		F(4,1)=.		F(24,24)=42.67		F(4,1)=.	
Prob>F	0.000		-		0.000		-	

Los niveles de significancia al 1%, 5% y 10% se representan mediante ***, **, * respectivamente. La desviación estándar se encuentra entre paréntesis. Elaboración propia.

Conclusiones

- El presente estudio muestra que, a nivel nacional, asistir a establecimientos públicos disminuye la probabilidad de que los pacientes de consulta externa se encuentren satisfechos, en comparación a asistir a establecimientos privados. Esto ocurre a pesar de que se hacen comparables a los individuos en cuanto a sus características sociodemográficas y económicas, las características de la atención recibida, ciertas variables que podrían sesgar la satisfacción. Los más afectados son los pacientes de MINSA y EsSalud, quienes tienen aproximadamente 19% menos de probabilidad de estar satisfechos en comparación de pacientes de servicios privados. Los pacientes de las Sanidades por el contrario solo tienen casi 9% menos de probabilidad de estar satisfechos que sus pares de establecimientos privados.
- Cuando se analiza sólo a los pacientes que acuden a establecimientos de niveles I y II de atención, se encuentra que estas brechas desfavorables para los establecimientos públicos, son menores en Lima y el Callao, que fuera de estas regiones. En concreto, asistir a establecimientos de MINSA pertenecientes a Lima y Callao disminuye la probabilidad en casi 13%, mientras que, si el paciente acude a MINSA, pero de otras partes del país, la probabilidad de satisfacción cae en casi 8 p.p. En los establecimientos de EsSalud fuera o dentro de Lima y Callao no hay una diferencia tan grande como en MINSA, aunque sigue ocurriendo que dentro de estas regiones la probabilidad de satisfacción cae menos que en el resto del país (17% vs. 19% aproximadamente). En las Sanidades ocurre lo mismo: si los establecimientos se encuentran en Lima y Callao la probabilidad de satisfacción cae en 7%, mientras que fuera de estas regiones la probabilidad cae en más de 13%.
- Al analizar a los pacientes que se atienden en establecimientos del nivel III de atención de Lima y Callao, ocurre que solo se mantienen significativas las brechas para MINSA y EsSalud con respecto a los establecimientos privados: asistir a MINSA y EsSalud disminuye la probabilidad de satisfacción en 14% y 17% respectivamente. El hecho de que asistir a las Sanidades no disminuya la probabilidad de satisfacción en estas circunstancias, puede deberse a que no existe muchos establecimientos de Sanidades de este nivel de atención en Lima y Callao (Superintendencia Nacional de Salud, 2015); y por tanto no habría la suficiente muestra para estimar.

- Por otro lado, dentro de las regiones de Lima y Callao, ocurre que la magnitud de la brecha desfavorable para establecimientos de MINSA y EsSalud es similar tanto en establecimientos del nivel I y II de atención, que en el nivel III de atención. Esto podría indicar que, la mayor o menor complejidad de la atención en salud (que podría indicar un peor o mejor estado de salud del paciente), no tendría un efecto diferencial en la satisfacción del paciente: asistir a estos establecimientos públicos en Lima y Callao, disminuye la probabilidad de estar satisfecho (en similar magnitud), independientemente de la complejidad de atención en salud.
- En este sentido, se observa que la autovaloración que el paciente tiene sobre su propio estado de salud, sí tiene un efecto más directo sobre la probabilidad de satisfacción. De hecho, en la medida de que el paciente tiene un nivel de salud óptimo (según su propia percepción), el paciente tiene mayor probabilidad de estar satisfecho. Esto ocurre en todos los análisis. Por otro lado, el hecho de que el paciente haya sufrido un problema en el mismo establecimiento, en los meses anteriores a la entrevista actual, tiene un impacto significativo y de gran magnitud sobre la probabilidad de que el paciente se encuentre satisfecho.
- Es importante destacar el poco impacto que tienen los quintiles de riqueza sobre la probabilidad de satisfacción. Sólo cuando se analiza la satisfacción de los pacientes a nivel general y para todo el Perú, ocurre que pertenecer al tercero, cuarto y quinto quintil sí tiene un efecto significativo sobre la probabilidad de satisfacción al compararlo con los pacientes más pobres. Sin embargo, cuando se comparan los establecimientos de nivel I y II (entre Lima y Callao y el resto del país), ocurre que sólo quienes tienen el nivel más alto de riqueza tienen ventaja con respecto a los más pobres. Esto podría indicar que, aunque la asistencia a un determinado establecimiento sí está altamente correlacionado con el quintil de riqueza del paciente, cuando el paciente ya decide a que establecimiento acudir, su nivel socioeconómico no tiene un impacto directo sobre su satisfacción. Así, si solo los pacientes con el mayor nivel socioeconómico tienen mayor probabilidad de satisfacción, se puede deber a que tendrían la capacidad de ir a establecimientos privados de muy alta calidad, enfocados en satisfacer al cliente.
- En el nivel III de atención, ningún quintil de riqueza tiene un efecto significativo. Esto puede deberse a que, las personas que no suelen ir a establecimientos públicos debido a un nivel socioeconómico alto, igualmente deben asistir a ellos debido a la complejidad de su problema de salud.
- Por último, el análisis sólo para el 2016 evidenció que la brecha desfavorable era parecida para establecimientos de MINSA (-19.41% vs. -19.09%), menor para establecimientos de EsSalud (-15.29% vs. -19.27%) y mayor para establecimientos de Sanidades (-10.82% vs. -8.97%) al compararlos con los resultados del *pooled cross section*. Tras incluir el control que indicaba si el paciente fue por primera vez al establecimiento, los resultados no se modificaron en gran magnitud. Por este motivo, aunque este control tiene un efecto significativo sobre la probabilidad de satisfacción, se concluye que las variaciones entre el análisis del *pooled cross section* y sólo para el 2016, no se debe tanto a esta variable, sino a un efecto de año. Esto es congruente con el hecho de que EsSalud fue la única institución que aumentó el porcentaje de pacientes de consulta externa que se encontraron satisfechos con el servicio en el último año (Philipps, 2016).

Limitaciones del estudio

Limitaciones de la medición de la satisfacción del paciente

Crow R., et al. realizaron una revisión sistemática de la literatura relacionada a la satisfacción de los pacientes en los servicios de salud que se haya publicado entre los años 1980 y 2000. En esta señalan que la satisfacción es una medida subjetiva y relativa a cada persona: si una persona está satisfecha es debido a que se ha logrado colmar sus expectativas o preferencias (que pueden diferir de las de otras personas); por tanto, no significa necesariamente que ha gozado de un mejor servicio. Además, afirman que estas evaluaciones personales están fundadas en el pasado de los pacientes y en sus circunstancias personales produciendo juicios no objetivos.

Señalan por ejemplo que, si una persona no tiene altas expectativas o tiene poco conocimiento sobre los estándares adecuados de calidad, pueden tener elevados niveles de satisfacción a pesar de tener una atención deficiente en calidad. Además, los resultados favorables o no en la salud del paciente tras haber recibido un servicio sanitario, están muy ligados a la satisfacción del paciente, por tanto, sería difícil diferenciar la satisfacción del paciente sobre el proceso de atención de la satisfacción por el resultado en su salud (Rivkin M, Bush P, 1974 citado en Crow et al, 2002).

Además, afirman que, según la literatura de disonancia cognitiva, las personas no suelen manifestar sentimientos de insatisfacción en los lugares a los que deciden ir, ya que irían en contra de su propia elección. Además, la satisfacción de los pacientes difiere entre la atención que reciben en un establecimiento con la que tienen con respecto al todo el sistema de salud en general (Rivkin y Bush, 1974; citados en Crow, 2002). Para el caso peruano, esto se reduciría con la poca movilidad de los pacientes peruanos entre los diversos sectores de salud; aunque de todos modos los pacientes tienen mayor posibilidad de desplazamiento entre establecimientos del mismo subsector en caso no consigan una adecuada atención. Con ello, los pacientes podrían manifestar niveles diferentes de satisfacción entre el establecimiento al que van y el sector de salud o subsector correspondiente.

Los autores explican que, ante los problemas de la subjetividad de la medida de la satisfacción, diversos estudios utilizan medidas indirectas de la satisfacción, como por ejemplo el tiempo que esperó para ser atendido o las percepciones sobre el modo en que el doctor le explicó su enfermedad. Sin embargo, estos estudios tienen la limitación de que asumen ex ante, los determinantes de la satisfacción o la relación entre estas variables y la satisfacción del paciente. Además, se mantienen ciertos niveles de subjetividad en estas medidas.

En este estudio, basándonos en que la satisfacción es el producto de todas las experiencias o encuentros que ha vivido en el establecimiento en el que se atendió (el encuentro con el médico, el encuentro con la enfermera, el proceso administrativo, la comodidad de las áreas de espera o el tiempo de espera, por ejemplo), se dispone a utilizar una medida directa de la satisfacción, provista por la encuesta ENSUSALUD.

Ante estas limitaciones, reconocemos que nuestro estudio no puede ser interpretado como una evaluación exhaustiva y determinante de la calidad de los

servicios de salud del Perú. Un adecuado monitoreo de la calidad de los servicios debe considerar una evaluación de los aspectos técnicos y clínicos, así como de la evaluación realizada por los pacientes (Gourley G. & Duncan D, 1998, citado en Crow et. al, 2002). Por ejemplo, los estándares en los procesos de acreditación de los establecimientos de salud tienen en cuenta estándares de calidad técnicos y también las percepciones de los usuarios y su nivel de satisfacción.

A pesar de esto, también hay que reconocer que la evaluación de la satisfacción de los pacientes entre establecimientos públicos y privados, resulta una herramienta útil para los prestadores de servicios de salud, pues les permite conocer las percepciones que producen las características de su servicio en los usuarios. Además, ya ocurre de hecho que, tanto en el sector público como en el privado, las opiniones de los usuarios son valoradas en los procesos de organización del trabajo en los establecimientos, en el monitoreo de la calidad y en la organización de los planes de mejora (Crow et. al, 2002).

Limitaciones del modelo: fuentes de endogeneidad

Es importante señalar como limitación del modelo la naturaleza de la data. La satisfacción que reportan los pacientes de los distintos establecimientos podría estar sesgada por elementos no observables, puesto que la asistencia a un establecimiento concreto no es aleatoria, sino que es decisión del paciente (autoselección). En este sentido, a pesar de que se controle por las características sociodemográficas del paciente (especialmente el quintil de riqueza del paciente que influye en la elección del tipo de establecimiento), puede permanecer un sesgo por variables no observables. Por ejemplo, una buena experiencia previa en ese lugar puede potenciar la elección a favor de un establecimiento concreto; o lo mismo, la percepción de la buena o mala calidad del lugar en base a opiniones de segundas o terceras personas; la costumbre del paciente de ir a pesar de haber sufrido una mala experiencia, la facilidad para acceder a ese establecimiento debido a la poca distancia, entre otros.

Por otro lado, la encuesta no permite identificar si el paciente ha asistido por primera vez o no al establecimiento donde ha sido entrevistado¹⁷. Esto impide indagar sobre la presencia (y magnitud) del sesgo a favor o en contra de la asistencia al establecimiento. Como se ha explicado en la sección de controles, el sesgo que produce todo lo anterior se busca reducir con la introducción de ciertas variables: a) si el paciente sufrió un problema en el establecimiento en los meses previos a la consulta donde se le entrevista, b) si el establecimiento se encuentra en el mismo distrito y c) si el paciente ha sido referido a ese establecimiento a partir de otro.

Por otro lado, se buscó disminuir este sesgo analizando sólo la satisfacción en el año 2016, año en el que sí se podía diferenciar entre quienes habían asistido por primera vez al establecimiento de los que no. Aunque los resultados sugirieron que la brecha desfavorable para establecimientos públicos no dependía de la introducción de este control, sino más bien de una tendencia anual.

Otra cuestión que cabe resaltar es la posibilidad de sesgo por bi-direccionalidad: es decir, que no solo ocurra que asistir a un tipo de institución de salud (pública o privada) influye en la satisfacción del paciente, sino que la satisfacción del paciente (en

¹⁷ Sólo para el año 2016, hay una pregunta que se refiere directamente a este tema: “si el paciente ha asistido por primera vez al establecimiento”.

este caso previa) influya en el tipo de institución al que acude un paciente. Debido a la importancia del nivel socioeconómico para acceder a ciertas instituciones de salud, esta posibilidad de bi-direccionalidad es más patente en algunos casos.

En la atención en los primeros niveles de atención (categorías bajas de los establecimientos) las personas de quintiles altos de riqueza y que aportan parte de su sueldo a EsSalud si están en planilla, suelen asistir a establecimientos privados de salud a través de las EPS, a pesar de que podría acceder a los servicios de EsSalud. Lo mismo ocurre con personas que se encuentran aseguradas a las Sanidades de las Fuerzas Armadas, que si tienen los medios económicos necesarios asisten a establecimientos privados en caso no se encuentre a gusto en los otros establecimientos. Así, al analizar todos estos casos, existe alta probabilidad de sesgo por bi-direccionalidad.

En cuanto a las personas de quintiles más bajos que se atienden en establecimientos de bajas categorías, no existe el problema anterior ya que, por su capacidad económica, en general asisten a de Minsa o EsSalud. Incluso en niveles complejos, no se daría el problema ya que, por el mismo motivo, estos pacientes en general sólo pueden acceder a establecimientos públicos (por otro lado, no existe gran cantidad de establecimientos privados de estas categorías).

Para las personas de quintiles altos, al atenderse en categorías altas de atención, el problema no sería tan fuerte ya que acuden a establecimientos de EsSalud o Minsa debido a la ley de EPS, a la falta de establecimientos privados de categorías complejas en sus lugares de residencia, entre otras posibilidades. No se descarta que asistan ahí por una alta satisfacción previa o por buenas recomendaciones de otras personas hacia establecimientos públicos de alta categoría.

Discusión

La percepción de los pacientes sobre la calidad del servicio de salud, se fundamenta principalmente en el modo en que lo reciben (calidad funcional) ya que no tienen la posibilidad de conocer la calidad técnica de los procesos (Donabedian 1980, 1982; Kovner y Smits, 1978; citados en Babakus & Mangold, 1992). En Perú, donde el sector de salud público tiene serias deficiencias organizativas que afectan directamente el modo en que el paciente recibe la atención, se ha provocado una visión negativa de la población hacia este sector fundamentada más que en la calidad técnica, en la calidad funcional.

Una de las fallas es la gran cantidad de tiempo que los pacientes deben esperar desde que llegan al establecimiento hasta que son atendidos en la consulta. Según Philipps (2016), para el 2016 el tiempo promedio en minutos que debía esperar un paciente antes de ser atendido fue de 135, 80 y 64 minutos en los establecimientos de MINSA, EsSalud y las Sanidades respectivamente, mientras que en el sector privado fue de 57 minutos. Así mismo, sobre la cantidad promedio de días que esperan los pacientes para que se les programe su cita, los de MINSA, EsSalud y Sanidades demoran en promedio entre 13 y 14 días. Este dato se reduce hasta 6 días dentro del sector privado, lo que podría indicar un mayor equilibrio entre oferta y demanda sanitaria en este sector.

En el Reino Unido, donde la provisión de los servicios de salud públicos es prácticamente gratuita, Besley, Hall & Preston (1999) encontraron que las largas listas de espera para recibir un tratamiento médico en estos servicios influyen en el aumento de la demanda de seguros privados de salud. Este fenómeno de movilidad también ocurre en Perú, donde las largas listas de espera para recibir los servicios o la deficiente oferta de los mismos dentro de los establecimientos de EsSalud o las Sanidades provocan que una fracción considerable de sus beneficiarios acudan a establecimientos privados (Alcalde-Rabanal et al., 2011).

Sin embargo, debido a la fragmentación del sistema de salud peruano, esta movilidad no es irrestricta, sino que depende de la capacidad económica del usuario: acudir a establecimientos privados está acompañado de mayores gastos de bolsillo para él. De hecho, como comentan Lazo-González et al. (2016) cada subsistema del sector de salud peruano está ligado a un estrato social concreto.

Así, aquellas personas beneficiarias de EsSalud o Sanidades que no cuentan con los recursos económicos necesarios, estarían impedidas de beneficiarse a libre albedrío de los servicios de salud privados en caso no se sientan satisfechos en sus establecimientos respectivos. Por otro lado, como los usuarios de MINSA suelen ser personas de un quintil de riqueza bajo, tampoco tienen esta posibilidad de movilización.

Esta situación limitante podría aumentar la sensación de malestar que se vive en el sector de salud público ya que las percepciones de los usuarios, aunque pueden ser escuchadas, no necesariamente serán atendidas. En los sistemas de prestaciones de servicios de salud en los cuales existe libre movilidad de los usuarios, las percepciones que obtengan sobre la calidad de los servicios determinará si cambian o permanecen atendiéndose en ese establecimiento. Por el contrario, si no existe movilidad, los pacientes solo tienen la capacidad de manifestar sus percepciones sobre la calidad y reclamos (Crow et al., 2002), sin tener una suficiente influencia sobre la mejora en la gestión de los prestadores de salud (Avis, Bond y Arthur, 1995; citados en Crow et al., 2002).

Tras haber evidenciado que asistir a establecimientos públicos en lugar de privados disminuye la probabilidad de que una persona se encuentre satisfecha, consideramos que nuestro estudio es, en primer lugar, un modo de empoderar la voz de los pacientes del sector público. Además, permite dar pruebas empíricas a la percepción negativa que ya se tiene con respecto al sector público, con el fin de resaltar la necesidad de gestionar políticas públicas que busquen mejorar la calidad de este sector. También, el hecho de que la brecha en satisfacción entre establecimientos públicos y privados sea mayor para los pacientes de establecimientos fuera de Lima y Callao, incentiva a dirigir esfuerzos principalmente en el resto de regiones del país. Asimismo, contribuye a aumentar la literatura que indica que el sector privado es mejor que el público desde la perspectiva del paciente (Yousapronpaiboon & Johnson, 2013; Andaleeb, 2000; Taner & Antony, 2006).

Ahora bien, dado que nuestro estudio no pretende averiguar cuáles son las razones por las cuáles asistir a establecimientos públicos disminuye la probabilidad de satisfacción del paciente, nuevas investigaciones pueden surgir para estudiar estos canales. Además, debido a que para evaluar la calidad de los servicios de salud no sólo es necesario conocer las perspectivas del paciente, sino también la calidad técnica de la

atención (Gourley G. & Duncan D, 1998, citado en Crow et. al, 2002), nuestro estudio necesita ser seguido de un análisis de este aspecto para completar el panorama provisto por la perspectiva del paciente.

Bibliografía

- Al-Bashir, M. M., & Armstrong, D. A. V. I. D. (1991). Preferences of healthy and ill patients for style of general practitioner care: implications for workload and financial incentives under the new contract. *Br J Gen Pract*, 41(342), 6-8.
- Alcalde-Rabanal, J. E., Lazo-González, O., & Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *salud pública de méxico*, 53, s243-s254.
- ANDALEEB, S. S. Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. *HEALTH POLICY AND PLANNING*, 15(1), 95-102.
- Aranaz, J., Aibar, C., Larizgoitia, I., Gonseth, J., Colomer, C., & Terol, E. Estudio IBEAS Prevalencia de Efectos Adversos en Hospitales de Latioamérica [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2010. Acceso 19 ago 2014.
- Arrieta-Herrera, A., Suárez-Chumacero, G., Perez-Zárate, C., Cárdenas-Gamarra, G., Figueroa-Apéstegui, A., Cuentas-Jara, M., & Neves-Catter, C. (2016). Encuesta Healthcare Advancement Conference 2016 de Cultura de Seguridad del Paciente en Lima y Callao. *Acta Médica Peruana*, 33(4), 344-345.
- Babakus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. *Health services research*, 26(6), 767.
- Besley, T., Hall, J., & Preston, I. (1999). The demand for private health insurance: do waiting lists matter?. *Journal of public economics*, 72(2), 155-181.
- Cabello, E., & Chirinos, J. L. (2012). Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. *Revista Medica Herediana*, 23(2), 88-95.
- Consejo Nacional de Salud del Perú (2013). *Lineamientos y medidas de reforma del sector salud* [archivo PDF]. Lima: Consejo Nacional de Salud. Recuperado de <http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2013/reforma/documentos/documentoreforma11122013.pdf>

- Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.
- Decreto Supremo N° 009-97-SA Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Diario El Peruano, Lima, Perú, 8 de setiembre de 1997.
- Decreto Supremo N° 008-2010-SA Aprueban Reglamento de la Ley N°29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Diario El Peruano, Lima, Perú, 02 de abril de 2010.
- Decreto Supremo N° 016-2002-SA. Aprueban reglamento de Ley N° 27604 que modifica la Ley General de Salud N° 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud a dar atención médica en caso de emergencias y partos. Diario El Peruano, Lima, Perú, 18 de diciembre de 2002.
- Decreto Supremo N° 013-2006-SA. Aprueban Reglamento de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. Diario El Peruano, Lima, Perú, 26 de junio de 2006.
- Donaldson, M. S., Corrigan, J. M., & Kohn, L. T. (Eds.). (2000). *To err is human: building a safer health system* (Vol. 6). National Academies Press.
- EsSalud (2008). Manual Institucional. [archivo PDF]. Recuperado: http://www.essalud.gob.pe/defensoria/manual_institucional.pdf
- Grönroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. *European Journal of marketing*, 18(4), 36-44.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) & Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud del Perú (SUNASA) (2014). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud. Ficha Técnica. [Archivo PDF]. Recuperado en: https://www.inei.gob.pe/descargar/encuestas/documentos/sunasa_ficha_tecnica.pdf/
- Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú (INEI) & Superintendencia de Salud del Perú (SUSALUD) (2015). Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud. Ficha Técnica. [Archivo PDF]. Recuperado en: <http://inei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/FichaTecnica/447-Ficha.pdf>
- Lazo-Gonzales, O., Alcalde-Rabanal, J., & Espinosa-Henao, M. O. (2016). El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos.
- Mezones-Holguín, E., Solis-Cóndor, R., Benites-Zapata, V. A., Garnica-Pinazo, G., Marquez-Bobadilla, E., Tantaleán-Del-Águila, M., ... & Philipps-Cuba, F. D. M. (2016). Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: Análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los

Servicios de Salud (ENSUSALUD 2014). *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 205-214.

Ministerio de Salud del Perú (2013). Análisis de situación de salud del Perú. [archivo PDF]. Recuperado de <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

Ministerio de Salud del Perú (2012). Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo R.M. N° 527-2011 [archivo PDF]. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/2252.pdf>

Muhammad Butt, M., & Cyril de Run, E. (2010). Private healthcare quality: applying a SERVQUAL model. *International journal of health care quality assurance*, 23(7), 658-673.

Norma técnica N° 021-MINSA/dgsp-v.03 de la Resolución Ministerial N° 546-2011/MINSA (2011). Norma Técnica de Salud “Categorías de Establecimientos del Sector Salud”. Recuperado de http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/AtencionFarmaceutica/Categorizacion-UPSS_Farmacia.pdf

Onwujekwe, O., Kaur, H., Dike, N., Shu, E., Uzochukwu, B., Hanson, K., ... & Okonkwo, P. (2009). Quality of anti-malarial drugs provided by public and private healthcare providers in south-east Nigeria. *Malaria Journal*, 8(1), 22.

Philipps, F. (2016). Resultados definitivos ENSUSALUD 2016 [archivo PDF]. Recuperado de <http://portales.susalud.gob.pe/documents/11450/218065/PRESENTACION+SUSALUD+-+2016.pdf/2f5d11f3-6c21-4cc7-8a58-fa53d3fafad6>

Rímac EPS. (2014). Manual del Afiliado Plan de Salud EPS [archivo PDF]. Recuperado de: https://www.rimac.com.pe/uploads/Salud_Manual_Afiliado_EPS_Dic14.pdf

Seclén-Palacin, J., & Darras, C. (2005). Satisfacción de usuarios de los servicios de salud: factores sociodemográficos y de accesibilidad asociados: Perú, 2000. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 66, No. 2, pp. 127-141). UNMSM. Facultad de Medicina.

Seguro Integral de Salud. (2011). Preguntas frecuentes-SIS. Lima: Sistema Integral de Salud. Recuperado de: <http://www.sis.gob.pe/Portal/paginas/preguntas.html>

Superintendencia Nacional de Salud. (2015). Registro Nacional de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud RENIPRESS. Lima: Superintendencia Nacional de Salud. Recuperado de: <http://app20.susalud.gob.pe:8080/registro-renipress-webapp/listadoEstablecimientosRegistrados.htm?action=mostrarBuscar#no-back-button>

- Sureshchandar, G. S., Rajendran, C., & Anantharaman, R. N. (2002). The relationship between service quality and customer satisfaction—a factor specific approach. *Journal of services marketing*, 16(4), 363-379.
- Taner, T., & Antony, J. (2006). Comparing public and private hospital care service quality in Turkey. *Leadership in Health Services*, 19(2), 1-10.
- The Lancet. (2016). Patient safety is not a luxury. *The Lancet*, 387(10024), 1133.
- Yesilada, F., & Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. *African Journal of business management*, 4(6), 962.
- Yousapronpaiboon, K., & Johnson, W. C. (2013). A comparison of service quality between private and public hospitals in Thailand. *International Journal of Business and Social Science*, 4(11).