

Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016

Satisfaction and waiting time of users from peruvian health care centers: a secondary analysis of ENSUSALUD 2014-2016

Juan Pablo Murillo^{1,2,a}, Luciana Bellido-Boza^{1,3,b}, Percy Huamani-Nahuinlla^{1,c}, Gladys Gamica-Pinazo^{1,d}, Oscar Munares-García^{1,2,e}, José Del-Carmen^{2,4,f}

¹Intendencia de Investigación y Desarrollo, Superintendencia Nacional de Salud SUSALUD. Lima, Perú.

²Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

³Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Lima, Perú.

⁴Alta Dirección, Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Lima, Perú.

^aMédico-cirujano, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3710-2804>

^bLicenciada en nutrición, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0825-9271>

^cLicenciado en estadística, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8574-4599>

^dIngeniero economista, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6054-9869>

^eLicenciado en obstetricia, magister en salud pública, doctor en ciencias de la salud. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7705-0530>

^fMédico neurólogo, magister en gerencia de servicios de salud, doctor en salud pública. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8188-3276>

An Fac med. 2019;80(3):288-97 / DOI: <https://10.15381/anales.803.16846>

Correspondencia:

Luciana Bellido-Boza
luciana_bellido@yahoo.es

Recibido: 8 de julio 2019

Aceptado: 25 de julio 2019

Publicación en línea: 30 de setiembre 2019

Conflictos de interés: Los autores manifiestan haber tenido vínculos laborales con la Superintendencia Nacional de Salud durante la ejecución de ENSUSALUD y/o durante la ejecución del manuscrito.

Fuente de financiamiento: El presente análisis fue autofinanciado. La Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios (ENSUSALUD), en sus versiones para el año 2014, 2015 y 2016, fue financiada por la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD).

Citar como: Murillo JP, Bellido-Boza L, Huamani-Nahuinlla P, Gámica-Pinazo G, Munares-García O, Del-Carmen J. Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. An Fac med. 2019;80(3):288-97. DOI: <https://10.15381/anales.803.16846>

Resumen

Introducción: Los sistemas de salud requieren contar con evaluaciones acerca de la calidad de la entrega de los servicios en el Perú. **Objetivo:** Estimar los niveles de satisfacción y tiempo de espera en usuarios de servicios de salud públicos y privados peruanos. **Métodos:** Análisis secundario del cuestionario 1 de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2014, 2015 y 2016. El tiempo de espera fue definido como los minutos que tomó desde que el usuario llegó al establecimiento de salud hasta que ingresó al consultorio médico. La satisfacción fue evaluada con la percepción del usuario. **Resultados:** Los niveles de satisfacción fueron: 70,1% (IC 95% 69,7%-71,2%); 73,7% (IC 95% 72,5%-74,9%); y 73,9% (IC 95% 72,6%-75,1%) para el 2014, 2015 y 2016, respectivamente. Los usuarios afiliados al Seguro Integral de Salud (2014: 67,7% y 2016: 67,6%) y Seguro Social de Salud (EsSalud) (2015: 67,2%) fueron los que presentaron menores porcentajes. Las regiones que presentaron incremento en la satisfacción fueron Cajamarca (2016-2014: 26%), La Libertad (2016-2014: 26%). La mediana del tiempo de espera fue de 60 (q1-q3: 30-120), 75 (q1-q3: 30-150) y 75 (q1-q3: 35-140) minutos, para los años 2014, 2015 y 2016, respectivamente. La demora en la atención fue el problema más frecuente identificado por los usuarios. **Conclusiones:** En los años 2014, 2015 y 2016, el 70,1%, 73,7% y 73,9% de los usuarios de los servicios de salud peruanos estuvieron satisfechos con la atención. Se debe considerar la heterogeneidad por territorios y entidad financiera. La mediana de tiempo de espera para la atención fue de 60 minutos.

Palabras clave: Satisfacción del Paciente; Percepción del Tiempo; Calidad de la Atención de Salud; Derecho a la Salud; Reforma de la Atención de Salud (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Introduction: Health systems require evaluations about the quality of the delivery of services in Peru. **Objective:** Estimate the levels of satisfaction and waiting time in users of public and private peruvian health services. **Methods:** Secondary analysis of questionnaire 1 of the National Survey of Satisfaction of Users in Health (ENSUSALUD) 2014, 2015 and 2016. The waiting time was defined as the minutes it took since the user arrived at the health facility until he entered the doctor's office. Satisfaction was evaluated with the user's perception. **Results:** Satisfaction levels were: 70,1% (95% CI: 69,7%-71,2%), 73,7% (95% CI: 72,5%-74,9%) and 73,9% (IC 95%: 72,6%-75,1%) for 2014, 2015 and 2016, respectively. The users affiliated to the Comprehensive Health Insurance (2014: 67,7%, and 2016: 67,6%) and Social Health Insurance (EsSalud) (2015: 67,2%) were those that presented lower percentages. The regions that showed an increase in satisfaction were Cajamarca (2016-2014: 26%), La Libertad (2016-2014: 26%). The median waiting time was 60 (q1-q3:30-120), 75 (q1-q3:30-150) and 75 (q1-q3: 35-140) minutes, for the years 2014, 2015 and 2016, respectively. The delay in the attention was the most frequent problem identified by the users. **Conclusions:** In 2014, 2015 and 2016, 70,1%, 73,7% and 73,9% of users peruvian health services were satisfied with the care. We should consider the heterogeneity by territories and financial entity. The median waiting time for care was 60 minutes.

Keywords: Patient Satisfaction; Time Perception; Quality of Health Care; Right to Health; Health Care Reform (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) propugnados por las Naciones Unidas, plantean a la cobertura universal en salud (CUS) como una de las principales estrategias en favor de la salud y bienestar ⁽¹⁾. La CUS tiene como objetivo asegurar que todas las personas reciban igualitariamente servicios sanitarios de calidad ⁽²⁾; por ende, los gobiernos deben asegurar la verdadera universalidad de la CUS, mediante políticas específicas ^(3,4).

En el caso peruano, la Ley 29344-“Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud” (AUS), establece su contexto normativo, el cual garantiza el pleno derecho de todo residente peruano a la seguridad social en salud, a través del acceso prestacional sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), orientado a un conjunto de condiciones asegurables ⁽⁵⁻⁷⁾. La CUS debe garantizar una cobertura efectiva universal, igualitaria y que alcance un alto nivel de resultados mediante servicios de calidad ⁽⁸⁻¹⁰⁾.

La atención de calidad juega un rol protagónico en el logro pleno del derecho a la salud, persiguiendo el logro de los mejores beneficios, con los menores riesgos mediante la atención rápida, la solución del problema y el trato humanizado ^(11,12). Por ende, los sistemas de salud buscan estrategias para medir la valoración de la calidad, la cual se puede estimar mediante la satisfacción del usuario ⁽¹³⁾. Uno de los componentes que determinan la satisfacción del usuario es el tiempo que se espera para ser atendido, lo que expone la capacidad resolutive y administrativa de la oferta de los servicios ^(12,14). Es función de las autoridades del país, monitorear la entrega de los servicios públicos en condiciones de calidad y oportunidad ⁽⁵⁾.

El Estado peruano es el responsable de garantizar la producción de servicios de salud pública para toda la población ⁽¹⁵⁾. Los retos identificados para incrementar la cobertura prestacional en el Perú son: reducir brechas de infraestructura y equipamiento de servicios de salud, acompañado por estrategias de articulación en las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS); reducir la subutiliza-

ción de la oferta pública existente y mejorar las remuneraciones e incentivos al recurso humano; en busca de mejorar la entrega de servicios. Asimismo, el Perú necesita mejorar sus capacidades para monitorear la calidad de oferta de sus prestadores a nivel nacional ⁽¹⁶⁾.

En ese contexto, se requiere contar con evaluaciones acerca de la calidad de la entrega de los servicios de salud en Perú. Los resultados permitirán el planteamiento de estrategias, y consecuentemente, la mejora de la satisfacción de los usuarios. Para tal efecto, la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), ha desarrollado durante el 2014, 2015 y 2016, la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD), con el objetivo de realizar un seguimiento, valoración del funcionamiento y desempeño del Sistema de Salud Peruano (SSP) ⁽¹⁷⁾.

Por ello, y con el propósito de contribuir con la generación de evidencias para la propuesta de políticas públicas del sector salud, el objetivo del presente estudio fue estimar los niveles de satisfacción y tiempo de espera de los usuarios de establecimientos de salud públicos y privados peruanos durante los años 2014, 2015 y 2016.

MÉTODOS

Diseño y tiempo del estudio

Se realizó un análisis secundario del cuestionario dirigido a usuarios de consulta externa (cuestionario 1), de ENSUSALUD, correspondiente a los años 2014, 2015 y 2016, desarrollado por SUSALUD, en convenio con el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Esta encuesta tuvo el objetivo de valorar el funcionamiento y desempeño del SSP, a través de sus principales actores-usuarios internos y externos-

Población, muestra y muestreo

El cuestionario 1 de ENSUSALUD fue aplicado a usuarios de 15 a más años, que recibieron atención médica ambulatoria, seleccionados en forma aleatoria, según cuota por especialidad médica, sexo, grupo de edad e IPRESS, pertenecientes al

Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (MINSAL-GR), al Seguro Social de Salud del Perú (EsSalud), a la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales (FFAA-PNP) y al sector privado, de las 25 regiones del Perú consideradas como estratos.

La selección de la muestra para cada año evaluado fue probabilística, bietápica, estratificada e independiente en cada región del Perú. En la primera etapa se seleccionaron las IPRESS de cada sub sector del SSP (MINSAL-GR, EsSalud, FFAA-PNP y privadas); en la segunda, se seleccionaron a los usuarios de manera aleatoria y sistemática. El tamaño de muestra de usuarios fue de 13 670 (181 IPRESS), 13 670 (181 IPRESS), y 13 814 (185 IPRESS), para los años 2014, 2015 y 2016, respectivamente ⁽¹⁸⁾.

Variables y mediciones

Se estimaron las frecuencias de la percepción del usuario, respecto a la consulta médica ambulatoria recibida en la IPRESS. La encuesta original operacionaliza la variable “satisfacción” con respuestas categóricas en una escala Likert: 1. Muy satisfecho(a), 2. Satisfecho(a), 3. Ni satisfecho(a)/Ni insatisfecho(a), 4. Insatisfecho(a) y 5. Muy insatisfecho(a). A partir de ello, construimos una variable dicotómica para cada año, en donde la “Satisfacción” incluyó las categorías de Muy satisfecho(a) y Satisfecho(a), y la “Insatisfacción” contempló las otras tres categorías. Se consideró la pregunta 27 (C1P27) para el 2014, la pregunta 40 (C1P40) para el 2015 y la pregunta 46 (C1P46) para el 2016.

El tiempo de espera fue valorado mediante el intervalo de minutos desde que el usuario ingresó a la IPRESS hasta que recibió la consulta médica. Para el tiempo de espera correspondiente al año 2014, se tomó el promedio de los minutos de las respuestas a la pregunta 27: “Desde que ingresó al establecimiento: ¿cuánto tiempo demoró para que lo atendieran en la consulta?” (C1P27). Para los años 2015 y 2016, se consideró el promedio de los minutos obtenidos de la diferencia de las preguntas: “¿A qué hora ingresó al consultorio donde lo atendieron?” (Pregunta 12 para el año 2015, pregunta 17 para el año 2016), y: “¿A qué hora llegó al establecimiento de salud?” (Pregunta

11 para el año 2015, pregunta 16 para el año 2016).

Se incluyeron otras variables como la edad, sexo, nivel educativo, dominio geográfico y regiones del Perú; así como, aspectos relacionados a la atención brindada como problemas encontrados, afiliación a algún seguro de salud y el nivel de atención de la IPRESS (Categoría o complejidad). Cabe destacar que la categoría del primer nivel de atención incluye las IPRESS de nivel I-3 y I-4, el segundo nivel incluye a las IPRESS de nivel II-1, II-2 y II-E, el tercer nivel a las IPRESS de nivel III-1, III-2 y III-E y, finalmente, la categoría sin nivel incluyó a las IPRESS sin categoría. Además, se identificó los problemas que declaran los usuarios haber tenido en su atención en los últimos meses en la IPRESS donde se le realizó la entrevista. Para el año 2014 el tiempo de referencia de la pregunta fue de tres meses y para los años 2015 y 2016 fue de seis meses.

Análisis de datos

Las variables categóricas fueron presentadas en frecuencias absolutas y relativas con intervalos de confianza al 95% (IC 95%). Las variables numéricas se presentaron como medianas con rangos intercuartílicos. Para realizar estas estimaciones se utilizó el programa IBM SPSS Statistics for Windows, Version 25.0. © (Armonk, NY: IBM Corp), considerando el factor de expansión a nivel de región y a nivel nacional según las especificaciones metodológicas de ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Aspectos éticos

Las bases de datos utilizadas en el presente estudio son de acceso público y se encuentran disponibles en: <http://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>. Los datos brindados no cuentan con elementos que permitan la identificación de los participantes en el estudio; por ende, la información utilizada no representa riesgo alguno para los pacientes.

RESULTADOS

A nivel nacional el porcentaje de satisfacción fue de: 70,1% (IC 95%:69,7-

71,2%) para el año 2014; 73,7% (IC 95%:72,5-74,9%) para el 2015; y 73,9% (IC 95%:72,6-75,1%) para el 2016. La satisfacción tuvo el mayor incremento en mayores de 60 años, (2014: 75,5%; 2016: 81,2%), situación diferente a los de 20 a 29 años, donde la mejora fue de 2,2 puntos porcentuales (pp). Los varones estuvieron más satisfechos con la atención de consulta externa en el año 2016; el 75,8% de ellos reportó estar satisfecho, frente a un 72,6% de mujeres.

Los usuarios de nivel educativo superior, calificaron mejor la satisfacción para los años 2014 y 2016 con 70,7% y 75,4%, respectivamente, al igual que los usuarios sin nivel educativo (79,9%; 2015); asimismo, este grupo presenta el mayor incremento de satisfacción en el periodo (8,7pp). Respecto al dominio geográfico hubo un importante incremento en la sierra norte (13,5pp: 2014-2016). Por otro lado, es sustancial señalar que la costa Sur (-1,9pp) como Lima Metropolitana (-0,5pp), han disminuido el nivel de satisfacción en el 2016 con respecto al 2014.

Los usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS) (2014: 67,7% y 2016: 67,6%) y los de EsSalud (2015: 67,2%), fueron los que presentaron menores porcentajes de satisfacción. También observamos que los afiliados a seguros en clínicas son los que reportan el mayor incremento de satisfacción (9,8pp), mientras que los afiliados a seguros privados son los que redujeron más la satisfacción en el periodo analizado (-5,2pp), situación similar se muestra en los asegurados de las FFAA-PNP (-2,7pp). Los usuarios del segundo nivel de atención, presentaron un mayor incremento de satisfacción (8,9pp) (Tabla 1).

La satisfacción según regiones del Perú evidenció un incremento permanente en Cajamarca (2015: 7,2pp, 2016: 19,4pp, en el periodo: 26,6pp) y en La Libertad (2015: 16,1pp, 2016:10,2pp, en el periodo: 26,3pp). Pasco, Cusco, Ayacucho y Puno, no mostraron mayores porcentajes de satisfacción; sin embargo, reportaron un incremento permanente. Por otro lado, observamos las regiones con tendencia a disminuir la satisfacción: Huancavelica (2015:-8,6pp, 2016:-7,9pp y en el periodo: -16,5pp), Callao (2015:

-4,7pp, 2016: -2,2pp y en el periodo: -6,9pp) y Junín (2015: -5pp, 2016: -1,5pp y en el periodo: -6,5pp) (Figura 1).

Por otro lado, tenemos las regiones que tuvieron un comportamiento variado, y que en el periodo mostraron un incremento en su satisfacción: Áncash (23,2pp), Apurímac (22,3pp) y Ucayali (3,7pp). Asimismo, observamos que existieron regiones de comportamiento irregular que mostraron tendencia a una baja satisfacción en el periodo estudiado: Piura presentó una disminución de 20,6pp en el periodo; Amazonas, una baja de 10,6pp; Huánuco, muestra también una baja de 9,3pp; de igual manera, encontramos a Tumbes con una disminución de 6,5pp (Tabla 2).

La mediana del tiempo de espera a nivel nacional fue de: 60 minutos (q1-q3: 30-120 minutos) para el 2014, 75 minutos (q1-q3: 30-150 minutos) para el 2015, y 75 minutos (q1-q3: 35-140 minutos) para el 2016. El incremento del tiempo de espera en el periodo de estudio fue de 15 minutos. En relación con algunas variables identificadas, se muestra que para el grupo de 20 a 29 años el tiempo de espera incrementó en 20 minutos, mientras que para los mayores de 60 años se mantuvo en 60 minutos, para los otros grupos el incremento fue de 15 minutos.

Respecto al dominio geográfico, dos de ellos resaltaron por su incremento en la mediana de los tiempos de espera: la sierra norte y la selva. Para el primero, la mediana se incrementó en más del doble entre el 2015 a 2016; y en el segundo, el incremento fue sostenido a lo largo del periodo evaluado (2014: 60 minutos, 2015: 104 minutos y 2016: 110 minutos). En el extremo se observó que en Lima Metropolitana, sierra sur y sierra centro mantuvieron el nivel en el periodo, con un alza en el 2015. En la costa los incrementos variaron entre 30 (norte) y 15 minutos (sur).

En cuanto a la afiliación a un seguro de salud, los afiliados al SIS presentaron la mayor mediana de tiempo de espera en los años evaluados (2014: 120 minutos; 2015: 135 minutos y 2016:110 minutos); sin embargo, mostraron una reducción de 10 minutos en el total del periodo.

Tabla 1. Distribución de frecuencias de la satisfacción del usuario de consulta externa en IPRESS^(E), según característica. Perú, 2014, 2015 y 2016^(*).

	2014			2015			2016			Diferencia porcentual entre los periodos evaluados		
	N	%	(IC 95%)	N	%	(IC 95%)	N	%	(IC 95%)	2015-2014	2016-2015	2016-2014
Edad (años)												
15 a 19	1692412	70,2	(66- 74,1)	1419816	76,9	(72,1- 81)	2570989	74	(68,8- 78,6)	6,7	-2,9	3,8
20 a 29	3974738	66,2	(63,6- 68,7)	4257688	70,9	(67,9- 73,7)	8040048	68,4	(65,4- 71,2)	4,7	-2,5	2,2
30 a 59	11244561	69,4	(68,2- 71,2)	11143922	73,3	(71,4- 75)	18283430	73,6	(71,9- 75,2)	3,9	0,3	4,2
≥ 60	4321018	75,5	(73,1- 77,6)	3955667	75,3	(72,4- 78)	7764029	81,2	(78,5- 83,5)	-0,2	5,9	5,7
Sexo												
Varón	8550156	70,4	(68,6- 72,1)	8428360	73,9	(71,9- 75,9)	14969969	75,8	(73,8- 77,7)	3,5	1,9	5,4
Mujer	12682573	70	(68,6- 71,4)	12348733	73,6	(71,9- 75,2)	21688527	72,6	(70,9- 74,2)	3,6	-1	2,6
Nivel educativo												
Sin nivel-inicial	430545	61,2	(54,1- 67,8)	401827	79,9	(74,6- 84,3)	662890	69,9	(61,4- 77,2)	18,7	-10	8,7
Primaria	3085848	69,3	(66,5- 72)	3062054	73	(69,7- 76,1)	4966072	75,1	(72- 78)	3,7	2,1	5,8
Secundaria	8394350	70,4	(68,6- 72,1)	8004107	73,4	(71,3- 75,4)	14807834	72	(69,8- 74)	3	-1,4	1,6
Superior	9297116	70,7	(69- 72,3)	9307378	74	(72- 75,8)	16194768	75,4	(73,5- 77,2)	3,3	1,4	4,7
Dominio geográfico												
Costa Norte	3293375	66,1	(64- 68,2)	2129645	60,2	(58,2- 62,2)	4986429	72,5	(70,3- 74,6)	-5,9	12,3	6,4
Costa Centro	1534782	72,2	(67,3- 76,5)	1497540	66,7	(61,1- 72)	2823389	72,8	(67,7- 77,4)	-5,5	6,1	0,6
Costa Sur	659972	77,5	(74,3- 80,5)	649278	72,7	(69,4- 75,7)	1066453	75,6	(72,3- 78,6)	-4,8	2,9	-1,9
Sierra Norte	712297	66,1	(62,1- 69,8)	488909	72,9	(69,3- 76,2)	1497282	79,6	(73,7- 84,5)	6,8	6,7	13,5
Sierra Centro	2144882	63,5	(61,4- 65,5)	1127761	58,9	(56,8- 61)	3065940	68,8	(66,3- 71,2)	-4,6	9,9	5,3
Sierra Sur	2109451	57,9	(55,8- 60,1)	1712573	65,3	(62,8- 67,6)	3910900	66,7	(63,7- 69,6)	7,4	1,4	8,8
Selva	2145867	70,5	(68,6- 72,3)	1378669	74,4	(72,6- 76,1)	3028568	74,1	(71,8- 76,2)	3,9	-0,3	3,6
Lima Metropolitana	8632103	77,3	(74,9- 79,5)	11792718	81,6	(79,4- 83,6)	16279536	76,8	(74,4- 79,1)	4,3	-4,8	-0,5
Afiliado a Seguro de Salud												
Seguro Integral de Salud (SIS)	7309907	67,7	(65,9- 69,5)	7428394	71,2	(69,1- 73,3)	13876574	67,6	(65,6- 69,7)	3,5	-3,6	-0,1
Seguro Social de Salud (EsSalud)	8856140	69,8	(68,2- 71,4)	7132641	67,2	(65,1- 69,3)	14312192	77	(75,1- 78,8)	-2,6	9,8	7,2
Entidad Prestadora de Salud (EPS)	1108873	83,2	(77,3- 87,8)	1481104	94,3	(89,7- 96,9)	2868621	88,9	(84,5- 92,3)	11,1	-5,4	5,7
Seguro Privado	967342	86,1	(79,9- 90,6)	1124203	86,2	(79,5- 91)	1469273	80,9	(73,2- 86,8)	0,1	-5,3	-5,2
Seguro en Clínica	383030	83,6	(71,8- 91,1)	241166	93,8	(77,4- 98,5)	725154	93,4	(83,2- 97,6)	10,2	-0,4	9,8
Sanidad FFAA-PNP	1846692	82,9	(78,4- 86,6)	2263818	90,5	(87- 93,1)	3324722	80,2	(74,5- 85)	7,6	-10,3	-2,7
Nivel de atención												
Primer	5137221	70,3	(67,5- 72,9)	5995828	73	(70,2- 75,7)	12426163	73,1	(67,2- 78,3)	2,7	0,1	2,8
Segundo	9091584	68,3	(67- 69,5)	7358577	72,3	(70,8- 73,7)	15824333	77,2	(75,7- 78,7)	4	4,9	8,9
Tercer	7003924	72,6	(70,5- 74,7)	7422688	75,8	(73,3- 78)	8284646	73	(70,2- 75,5)	3,2	-2,8	0,4
Sin nivel	s.d.	s.d.	(s.d.)	s.d.	s.d.	(s.d.)	123354	70	(56,9- 80,5)	s.d.	s.d.	s.d.
Total	21232729	70,1	(69,7- 71,2)	20777093	73,7	(72,5- 74,9)	36658496	73,9	(72,6- 75,1)	3,6	0,2	3,8

(E) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(*) Se incluyeron pesos propios del muestreo complejo para ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Fuente: ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016

EsSalud presentó el mayor incremento (20 minutos) en el periodo, mientras que el sector privado, excepto las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), y las sanidades mostraron un incremento de 15 minutos. El incremento para las EPS fue de 5 minutos. Con relación a los niveles de atención de las IPRESS, los tiempos de espera fueron mayores en el primer nivel y ese comportamiento se mantuvo en los periodos observados (2015: 90 minutos y 2016: 75 minutos) (Tabla 3).

El tiempo de espera mostrado por región tuvo cuatro patrones de comportamiento diferentes. Observamos a Madre de Dios con una tendencia permanente a reducir el tiempo de espera del 2015 respecto al 2014 de 20 minutos, para el 2016 respecto al 2015 de 30 minutos y para todo el periodo se redujo el tiempo de espera en 50 minutos. Asimismo, se tuvo las regiones en las que se observó un comportamiento variado, pero que al final del periodo mostraron una

reducción de la espera, como Ayacucho (17 minutos en todo el periodo), Puno (10 minutos en todo el periodo) y Cusco (5 minutos en todo el periodo). Por otro lado, existieron regiones que presentaron un incremento permanente, como es el caso de Apurímac que incrementó 10 minutos para el año 2015 respecto al 2014, 70 minutos para el 2016 respecto al 2015, y en todo el periodo la reducción fue de 80 minutos; San Martín tuvo un incremento de 50 minutos respecto al

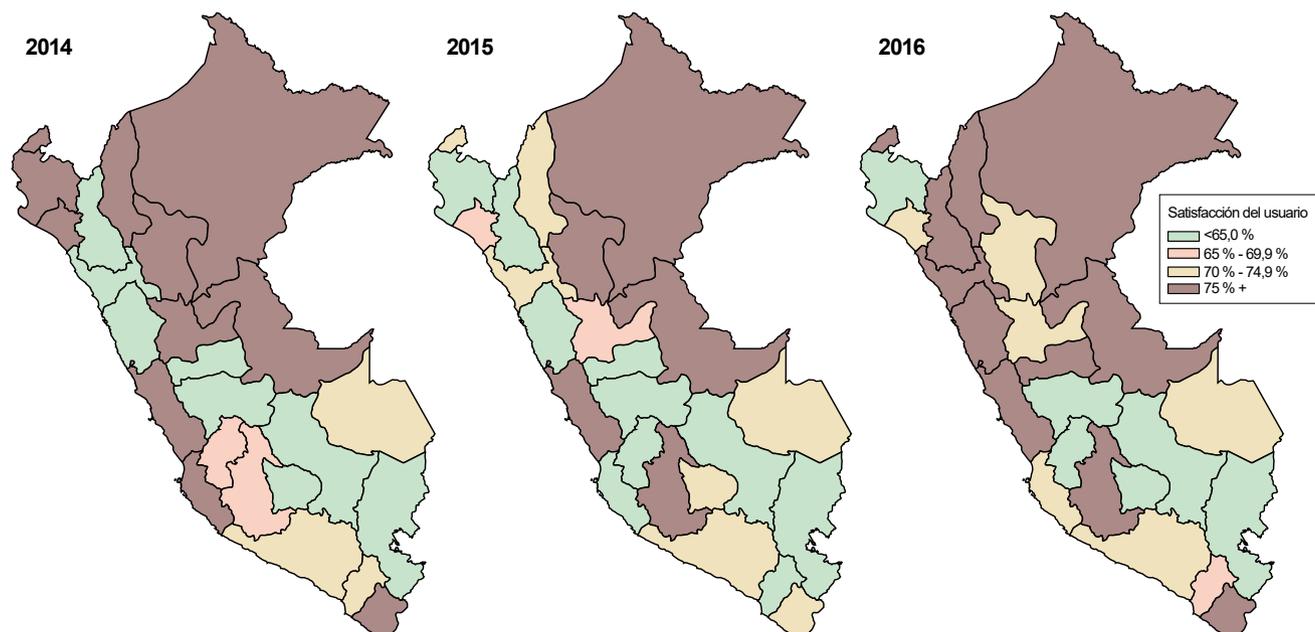


Figura 1. Distribución de frecuencias de la satisfacción del usuario de consulta externa de las IPRESS, según regiones del Perú, 2014, 2015 y 2016.

2014, y de 5 minutos para el año 2016 respecto al 2015, y en total del periodo un aumento de 55 minutos. Tacna, Cajamarca, Piura, Tumbes, Huancavelica, Moquegua y La Libertad, mostraron un comportamiento similar. Las otras nueve regiones tuvieron alternativamente bajas, incrementos o no presentan variación en el periodo estudiado (Tabla 4).

Respecto a los problemas identificados, el más frecuente fue la demora en la atención con 49,3% (IC 95%:46,5 – 52,2%) para el año 2014, 36,9% (IC 95%:33,4 – 40,5%) para el año 2015 y 41,1% (IC 95%:37,6– 44,6%) para el año 2016; sin embargo, observamos una disminución en el periodo de estudio de 8,3pp. El maltrato en la atención fue el segundo problema más frecuente con 34,4% (IC 95%:31,7 – 37,2%) para el año 2014, 28% (IC 95%:24,7 - 31,6%) para el año 2015 y 22,1% (IC 95%:19,3 – 25,2%) para el año 2016; el problema disminuyó en 12,3pp en el periodo. Finalmente, el tercer problema más frecuente en el periodo fue la falta de medicamentos, que para el 2015 llegó al 25,8%, con tendencia al alza (2,2pp). Cabe señalar que la categoría: “Pocos turnos de atención”, se incorporó en el año 2015 con un porcentaje de 19,1% (IC 95%:16,6 – 21,8%) y para el año

2016 presentó un porcentaje de 22,4% (IC 95%:19,8 – 25,1%), ocupando el cuarto y tercer valor más frecuente entre los problemas identificados (Tabla 5).

DISCUSIÓN

Los resultados evidencian un incremento en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud del Perú, durante el periodo comprendido entre los años 2014 al 2016, con diferencias dentro de las características poblacionales seleccionadas. También, se muestra que el tiempo de espera para la atención de la consulta externa tuvo un importante incremento a lo largo del periodo.

El comportamiento de estos hallazgos puede alinearse a lo descrito por Cotlear acerca del equilibrio de bajo nivel en los servicios de salud, quien sostiene que es una consecuencia de la presión de los usuarios por la expansión de la cobertura⁽¹⁹⁾. En ese sentido, Vicuña sostiene que la percepción de beneficio al acceder a un bien escaso y altamente valorado, soslaya las dificultades y molestias concomitantes que se presentan⁽²⁰⁾. Ello sustenta la discordancia descrita en estudios entre elevados niveles de satisfacción y porcentajes importantes de que-

jas⁽²⁴⁾. Además, al tratarse de una encuesta nacional, nuestro análisis hace énfasis a las diferencias al interior de la muestra, dada la heterogeneidad propia de los usuarios de los servicios de salud, lo que alude a importantes brechas de calidad⁽²¹⁾.

En el ámbito geográfico, observamos que en el periodo estudiado, la sierra sur reportó una satisfacción inferior al promedio nacional, lo que se condice con las cifras reportadas para Puno y Cusco. No obstante, es notable la disminución de la satisfacción para el año 2016 en las regiones Huancavelica y Piura respecto a los valores presentados para el año 2014. Igualmente, analizamos la satisfacción según IAFAS, en donde las atenciones financiadas por el SIS presentaron bajos porcentajes. Esta situación sugiere que el territorio y la entidad encargada de la protección financiera, son variables sensibles para identificar brechas de calidad de atención.

Uno de los pilares del AUS es impulsar la afiliación desde las IAFAS públicas; en ese esquema, un ciudadano afiliado a un seguro de salud público debe contar con las garantías de un mínimo de condiciones asegurables en las IPRESS⁽¹²⁾. Los afiliados a la IAFA pública SIS, la que

Tabla 2. Distribución de frecuencias de la satisfacción del usuario de consulta externa en IPRESS^(E), según regiones del Perú, 2014, 2015 y 2016^(*).

Región	2014		2015		2016		Diferencia porcentual		
	%	(IC95%)	%	(IC95%)	%	(IC95%)	2015-2014	2016-2015	2016-2014
Amazonas	93,2	(90,4- 95,2)	73,9	(69,6- 77,8)	82,6	(76,5- 87,4)	-19,3	8,7	-10,6
Ancash	54,6	(50,4- 58,8)	50,0	(45,9- 54,1)	77,8	(73,8- 81,4)	-4,6	27,8	23,2
Apurímac	42,4	(38- 46,8)	71,6	(67,5- 75,3)	64,7	(57,4- 71,4)	29,2	-6,9	22,3
Arequipa	70,5	(67,1- 73,7)	70,7	(67,3- 73,8)	70,1	(66,6- 73,4)	0,2	-0,6	-0,4
Ayacucho	65,6	(61,4- 69,5)	74,8	(71- 78,3)	79,6	(74,9- 83,6)	9,2	4,8	14,0
Cajamarca	57,2	(53- 61,3)	64,4	(60,3- 68,4)	83,8	(79,2- 87,5)	7,2	19,4	26,6
Callao	72,7	(64,8- 79,3)	68,0	(60,1- 75)	65,8	(58,1- 72,8)	-4,7	-2,2	-6,9
Cusco	48,2	(44,4- 52,1)	59,4	(55,4- 63,2)	64,5	(59,1- 69,5)	11,2	5,1	16,3
Huancavelica	65,2	(60,6- 69,6)	56,6	(51,9- 61,2)	48,7	(42,6- 54,8)	-8,6	-7,9	-16,5
Huánuco	81,4	(77,9- 84,5)	68,2	(64,2- 71,9)	72,1	(66,7- 77)	-13,2	3,9	-9,3
Ica	75,2	(71,1- 78,9)	65,0	(60,7- 69,1)	70,5	(65,9- 74,6)	-10,2	5,5	-4,7
Junín	64,6	(60,4- 68,6)	59,6	(55,4- 63,7)	58,1	(53,2- 62,9)	-5,0	-1,5	-6,5
La Libertad	55,4	(51,9- 58,9)	71,5	(68,3- 74,6)	81,7	(78- 84,9)	16,1	10,2	26,3
Lambayeque	76,8	(73,2- 80)	68,7	(64,9- 72,2)	73,2	(69,4- 76,7)	-8,1	4,5	-3,6
Lima	77,0	(74,6- 79,3)	81,8	(79,5- 83,8)	78,0	(75,5- 80,3)	4,8	-3,8	1,0
Loreto	79,8	(76- 83,2)	86,8	(83,5- 89,5)	80,5	(76,7- 83,8)	7,0	-6,3	0,7
Madre de Dios	70,0	(65,5- 74,2)	64,8	(60,2- 69,1)	69,3	(64,1- 74,1)	-5,2	4,5	-0,7
Moquegua	69,2	(64,4- 73,7)	54,0	(49,1- 58,8)	66,8	(61,9- 71,4)	-15,2	12,8	-2,4
Pasco	59,5	(54,6- 64,3)	63,4	(58,6- 67,9)	77,9	(70,4- 83,9)	3,9	14,5	18,4
Piura	80,5	(77,5- 83,2)	35,7	(32,3- 39,1)	59,9	(55,3- 64,3)	-44,8	24,2	-20,6
Puno	54,3	(50- 58,4)	60,0	(55,8- 64,1)	64,8	(56,6- 72,2)	5,7	4,8	10,5
San Martín	80,2	(76,5- 83,4)	81,3	(77,8- 84,4)	74,0	(68,1- 79,1)	1,1	-7,3	-6,2
Tacna	81,8	(77,9- 85,2)	70,2	(65,8- 74,3)	77,1	(72,6- 81,1)	-11,6	6,9	-4,7
Tumbes	86,2	(82,5- 89,2)	71,7	(67,2- 75,8)	79,7	(74,5- 84,1)	-14,5	8,0	-6,5
Ucayali	79,0	(74,8- 82,8)	84,0	(80,2- 87,3)	82,7	(78,6- 86,2)	5,0	-1,3	3,7
Total	70,1	(69,7- 71,2)	73,7	(72,5- 74,9)	73,9	(72,6- 75,1)	3,6	0,2	3,8

(E) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(*) Se incluyeron pesos propios del muestreo complejo para ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Fuente: ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016

cuenta con el mayor número de ellos, son los que presentaron menores niveles de satisfacción; este hallazgo esboza que los esfuerzos del Estado peruano de brindar una protección financiera efectiva en salud, no se reflejan en la satisfacción de los usuarios. En virtud a ello, algunos investigadores han señalado la necesidad de contar con planes de mejora en cuanto a infraestructura, equipamiento y recursos humanos de las IPRESS, y de este modo, poder responder a la demanda de prestaciones de salud, generada por la acelerada expansión de la cobertura de protección financiera ⁽²²⁾.

Respecto a los tiempos de espera, alerta encontrar un mayor tiempo de es-

pera en la población con bajo nivel educativo, lo que podría sustentar la posibilidad de una relación entre un menor nivel socio-económico y una deficiente calidad de atención en los servicios públicos del país ⁽²³⁾. Así también, analizamos el tiempo de espera de los usuarios según IAFAS, y notamos que la IAFAS SIS presenta tiempos de dos a tres veces mayores respecto a las otras IAFAS. En cuanto a las categorías de las IPRESS, percibimos que el tiempo de espera y su tendencia de incremento es similar en los establecimientos de primer y tercer nivel de atención, en el periodo estudiado, lo que evidencia un potencial problema de operación y de oferta de servicios en el primer nivel de atención.

Una reciente evaluación determinó que el tiempo de espera para la atención médica es uno de los problemas principales que enfrenta la implementación de las políticas en salud. Incluso, algunos países han planteado tomar en cuenta ciertos elementos de garantías para un tiempo de espera adecuado; ya que, según las evidencias, está asociado a ineficiencias en la prestación de salud, sufrimiento prolongado del pacientes e insatisfacción ⁽²⁴⁾. Resulta interesante encontrar que la mediana del tiempo es similar en el primer, segundo y tercer nivel; es decir, los establecimientos de salud de menor complejidad mantienen tiempos similares que los establecimientos de

Tabla 3. Tiempo de espera en minutos para la atención en consulta externa en IPRESS^(E), según característica. Perú, 2014, 2015 y 2016^(*).

	2014		2015		2016		Diferencia porcentual entre los periodos evaluados		
	Mediana	q1-q3	Mediana	q1-q3	Mediana	q1-q3	2015-2014	2016-2015	2016-2014
Edad (años)									
15 a 19	60	(30- 120)	90	(30- 180)	75	(40- 150)	30	-15	15
20 a 29	60	(30- 120)	80	(30- 165)	80	(40- 145)	20	0	20
30 a 59	60	(30- 120)	75	(34- 150)	75	(35- 145)	15	0	15
≥ 60	60	(30- 120)	70	(30- 145)	60	(30- 120)	10	-10	0
Sexo									
Hombre	60	(30- 120)	70	(30- 150)	70	(30- 130)	10	0	10
Mujer	60	(30- 120)	80	(35- 160)	75	(35- 150)	20	-5	15
Nivel educativo									
Sin nivel-inicial	60	(30- 120)	120	(55- 200)	100	(40- 180)	60	-20	40
Primaria	60	(30- 120)	120	(60- 190)	100	(50- 180)	60	-20	40
Secundaria	60	(30- 120)	100	(45- 180)	80	(40- 150)	40	-20	20
Superior	50	(25- 90)	50	(30- 120)	60	(30- 120)	0	10	10
Dominio geográfico									
Costa Norte	60	(30- 120)	90	(45- 165)	90	(45- 160)	30	0	30
Costa Centro	60	(30- 120)	120	(47- 195)	85	(40- 177)	60	-35	25
Costa Sur	45	(20- 90)	55	(30- 105)	60	(30- 120)	10	5	15
Sierra Norte	60	(30- 120)	60	(30- 110)	125	(65- 215)	0	65	65
Sierra Centro	60	(30- 120)	90	(45- 170)	63	(30- 130)	30	-27	3
Sierra Sur	60	(30- 120)	73	(30- 160)	60	(30- 125)	13	-13	0
Selva	60	(30- 120)	104	(57- 180)	110	(50- 200)	44	6	50
Lima Metropolitana	60	(30- 120)	65	(30- 145)	60	(30- 120)	5	-5	0
Afiliación a un Seguro de Salud									
SIS	120	(60- 180)	135	(75- 210)	110	(60- 185)	15	-25	-10
EsSalud	40	(25- 75)	60	(30- 115)	60	(30- 105)	20	0	20
EPS	30	(20- 45)	30	(15- 50)	35	(20- 60)	0	5	5
Seguro Privado	30	(20- 60)	30	(15- 60)	45	(20- 80)	0	15	15
Seguro en Clínica	20	(15- 45)	25	(15- 50)	35	(20- 70)	5	10	15
Sanidad FFAA-PNP	30	(20- 60)	35	(15- 75)	45	(25- 85)	5	10	15
Nivel de atención									
Primer	60	(30- 120)	90	(35- 180)	75	(30- 125)	30	-15	15
Segundo	60	(30- 120)	70	(30- 135)	60	(30- 135)	10	-10	0
Tercer	60	(30- 120)	80	(35- 150)	80	(35- 135)	20	0	20
Sin nivel	s.d.	s.d.	s.d.	s.d.	102,5	(50- 142,5)	s.d.	s.d.	s.d.
Total	60	(30- 120)	75	(30- 150)	75	(35- 140)	15	0	15

(E) Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

(*) Se incluyeron pesos propios del muestreo complejo para ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Fuente: ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016

mayor complejidad. Así, para el 2016, la mediana encontrada para el primer nivel fue de 80 minutos y para el segundo nivel fue de 60 minutos.

El estudio que compara países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y

países de América Latina, señala que un elemento potencial para la mejora que los sistemas de salud es que cuenten con atenciones adicionales en horarios extendidos⁽²⁵⁾. Futuros estudios se deberían enfocar a la implementación de algunas estrategias cardinales para la mejora de los tiempos de espera, enfocadas en

el empleo de tecnologías de información, que incluyan video conferencias y herramientas de Telesalud^(26,27).

Nuestro estudio encontró que mientras los tiempos de espera puedan incrementarse anualmente, las proporciones de satisfacción se mantienen. En general,

Tabla 4. Tiempo de espera en minutos para la atención en consulta externa en Establecimientos de Salud, según región, Perú, 2014, 2015 y 2016(*).

	2014		2015		2016		Diferencia porcentual entre los periodos evaluados		
	Mediana	q1-q3	Mediana	q1-q3	Mediana	q1-q3	2015-2014	2016-2015	2016-2014
Amazonas	33	(20- 113)	60	(30- 140)	60	(30- 120)	27	0	27
Ancash	60	(33- 120)	120	(60- 210)	60	(35- 135)	60	-60	0
Apurímac	30	(15- 80)	40	(20- 120)	110	(60- 170)	10	70	80
Arequipa	60	(30- 120)	70	(30- 155)	60	(30- 120)	10	-10	0
Ayacucho	60	(30- 120)	65	(30- 190)	43	(28- 75)	5	-22	-17
Cajamarca	60	(30- 120)	75	(40- 140)	105	(60- 215)	15	30	45
Callao	40	(30- 90)	45	(20- 90)	70	(30- 110)	5	25	30
Cusco	60	(30- 150)	85	(45- 165)	55	(25- 130)	25	-30	-5
Huancavelica	45	(20- 120)	55	(33- 90)	65	(40- 120)	10	10	20
Huánuco	30	(20- 60)	100	(60- 151)	80	(30- 140)	70	-20	50
Ica	40	(28- 83)	85	(38- 190)	75	(30- 170)	45	-10	35
Junín	60	(30- 120)	105	(55- 170)	90	(30- 180)	45	-15	30
La Libertad	90	(40- 150)	93,5	(30- 195)	105	(40- 210)	3,5	11,5	15
Lambayeque	40	(30- 60)	120	(60- 188)	110	(60- 170)	80	-10	70
Lima	60	(30- 120)	75	(30- 160)	65	(30- 125)	15	-10	5
Loreto	60	(40- 120)	90	(55- 150)	90	(45- 170)	30	0	30
Madre de Dios	120	(45- 180)	100	(40- 190)	70	(30- 180)	-20	-30	-50
Moquegua	40	(20- 90)	58,5	(30- 110)	60	(36- 120)	18,5	1,5	20
Pasco	30	(20- 100)	50	(25- 105)	60	(30- 110)	20	10	30
Piura	45	(30- 90)	80	(60- 110)	90	(60- 150)	35	10	45
Puno	70	(30- 150)	60	(25- 120)	60	(30- 105)	-10	0	-10
San Martín	70	(30- 120)	120	(60- 195)	125	(75- 210)	50	5	55
Tacna	40	(20- 120)	70	(35- 135)	90	(30- 190)	30	20	50
Tumbes	30	(20- 60)	60	(30- 120)	65	(30- 138)	30	5	35
Ucayali	60	(30- 90)	110	(60- 180)	95	(55- 155)	50	-15	35
Total	60	(30- 120)	75	(30- 150)	75	(35- 140)	15	0	15

(*) Se incluyeron pesos propios del muestreo complejo para ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Fuente: ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016

en varios países de América Latina como Colombia, Brasil y México, se ha documentado la relación entre la insatisfacción de los usuarios de servicios de salud debido al tiempo de espera con peores desenlaces clínicos^(25,28). En Sudáfrica se evidenció que la carga de pacientes, el tipo de servicio recibido y la hora de llegada a las instalaciones, se asociaron de manera independiente al tiempo de espera⁽²⁹⁾. Por otro lado, Saturno-Hernández et al., sostienen que un elemento favorable a una buena calidad del servicio, es un tiempo de espera menor a 30 minutos⁽³⁰⁾. El tiempo de espera evaluado en usuarios de clínicas privadas se alinea parcialmente a este último aspecto, a diferencia de lo que observamos en usua-

rios de otros tipos de establecimientos de salud.

Al abordar los problemas en la consulta externa, identificamos la demora en la atención como el problema más frecuente, lo que es consistente con los resultados encontrados en la variable "tiempo de espera". Su persistencia se mantiene estable y constituye una valiosa variable de ajuste en la calidad, referida al desempeño real de los servicios de salud. El segundo problema más frecuente que manifiestan los usuarios es el maltrato en la atención, el que ha disminuido en forma sostenida. En una tercera posición, los usuarios manifestaron la falta de medicamentos en la consulta externa.

Consideramos que las principales fortalezas de nuestro estudio son el contar con una muestra nacional, representativa también a nivel de región, para cada año de observación. También, debemos mencionar que para la ejecución de la encuesta original se contó con personal entrenado y estandarizado en métodos para entrevistar a los usuarios de los servicios de salud, lo que ayuda a incrementar la calidad de la información brindada. Por otro lado, debemos señalar algunas de las limitaciones como el propio diseño, ya que al ser los estudios primarios de tipo transversal no se puede establecer causalidad con los datos extraídos; sin embargo, al disponer de datos de tres años continuos podemos contar con

Tabla 5. Distribución de las frecuencias de los usuarios de consulta externa que declaran haber tenido algún problema en su atención en los últimos meses en la IPRESS, Perú, 2014, 2015 y 2016(*)

Problemas declarados por los usuarios	2014		2015		2016		Diferencia porcentual entre los periodos evaluados		
	(últimos 3 meses)		(últimos 6 meses)		(últimos 6 meses)		2015-2014	2016-2015	2016-2014
	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)	%	(IC 95%)			
Demora en la atención	49,3	(46,5- 52,2)	36,9	(33,4- 40,5)	41,1	(37,6- 44,6)	-12,5	4,2	-8,3
Pocos turnos para la atención	s.d.	s.d.	19,1	(16,6- 21,8)	22,4	(19,8- 25,1)	s.d.	3,3	s.d.
Maltrato en la atención	34,4	(31,7- 37,2)	28,0	(24,7- 31,6)	22,1	(19,3- 25,2)	-6,4	-5,9	-12,3
Falta de medicamentos	18,1	(16,1- 20,2)	25,8	(22,9- 29)	20,3	(17,7- 23,2)	7,7	-5,4	2,3
Demora en los trámites	s.d.	s.d.	21,1	(18,4- 24)	12,1	(10- 14,6)	s.d.	-9,0	s.d.
Incumplimiento en la programación de citas, cirugías u otros	14,6	(12,7- 16,8)	11,8	(9,4- 14,8)	11,8	(9,6- 14,4)	-2,8	0,0	-2,8
Problemas para su atención como asegurado	12,7	(10,9- 14,7)	14,7	(11,8- 18,3)	9,8	(7,7- 12,3)	2,1	-4,9	-2,9
Le negaron la atención de emergencia	s.d.	s.d.	9,0	(7,3- 11,1)	9,7	(7,8- 12,2)	s.d.	0,7	s.d.
Médico o personal no acudió a su turno	9,0	(7,7- 10,5)	4,9	(3,9- 6)	6,9	(5,1- 9,1)	-4,1	2,0	-2,1
Escasa información sobre la atención recibida	s.d.	s.d.	5,6	(4- 7,8)	5,3	(3,9- 7,2)	s.d.	-0,3	s.d.
Escasa información sobre los servicios	s.d.	s.d.	7,1	(5,2- 9,5)	5,2	(3,7- 7,3)	s.d.	-1,9	s.d.
El seguro no cubre todas las especialidades	3,2	(2,5- 4,1)	3,0	(2- 4,6)	4,1	(2,8- 6)	-0,2	1,1	0,9
No se respetó mi privacidad	1,5	(1- 2,2)	0,7	(0,4- 1,2)	1,5	(0,8- 2,9)	-0,8	0,8	0,0
Le realizaron algún cobro no advertido	0,9	(0,5- 1,6)	0,5	(0,3- 0,8)	1,4	(0,7- 3)	-0,4	1,0	0,5
No firmó autorización por procedimiento o transferencia	s.d.	s.d.	0,5	(0,3- 0,8)	1,4	(0,7- 2,7)	s.d.	0,9	s.d.

s.d.= la categoría no fue considerada para el periodo evaluado

(*) Se incluyeron pesos propios del muestreo complejo para ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016.

Fuente: ENSUSALUD 2014, 2015 y 2016

información más confiable, sumado al desarrollo de metodologías de control de calidad de la encuesta, que reducen los sesgos generados en la entrevista⁽²⁹⁾. En ese sentido, la heterogeneidad de resultados observados, según territorios y entidades de financiamiento en salud, abren la posibilidad a futuro, de desarrollar mediciones concurrentes que nos acerquen a describir la complejidad del proceso de atención.

Se concluye que alrededor del 70% de los usuarios de los servicios de salud peruanos están satisfechos con la atención brindada en estos servicios. La mediana de tiempo de espera para la atención fue de 60 minutos. Aunque, se debe considerar la heterogeneidad por territorios y entidad financiera.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- United Nations. General Assembly. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. Report No.: 17th session. [On line]. UN; 2015 [Acceso 17 agosto 2019].
- World Health Organization. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Ginebra: WHO; 2017.
- Seinfeld J, Besich N. Universal Health Coverage Assessment Peru. Glob Netw Health Equity GNHE. 2014;(14).
- Lancet T. Ensuring and measuring universality in UHC. The Lancet. 2019;393(10166):1. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)33257-4
- Ministerio de Salud. Reglamento de la Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. [On line]. DECRETO SUPREMO N° 008-2010-SA. 2 Abril 2010 p. 46.
- Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2014;31(4):747-53.
- Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud Pública México. 2011;53:s243-54.
- Ng M, Fullman N, Dieleman JL, Flaxman AD, Murray CJL, Lim SS. Effective Coverage: A Metric for Monitoring Universal Health Coverage. PLOS Med. 2014;11(9):e1001730. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001730
- Knaul FM, González-Pier E, Gómez-Dantés O, García-Junco D, Arreola-Omelas H, Barraza-Lloréns M, et al. Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. Salud Pública México. 2013;55(2):207-35.
- Kruk ME, Freedman LP. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. Health Policy Amst Neth. 2008;85(3):263-76. DOI: 10.1016/j.healthpol.2007.09.003
- Sen A. Why and how is health a human right? The Lancet. 2008;372(9655):2010. DOI: 10.1016/S0140-6736(08)61784-5
- Cano-Sierra SM, Giraldo A, Forero C. Concepto de calidad en salud: resultado de las experiencias de la atención, Medellín, Colombia. Rev Fac Nac Publica. 2016;34(1):48-53. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v34n1a06
- Bjertnaes OA, Sjetne IS, Iversen HH. Overall patient satisfaction with hospitals: effects of patient-reported experiences and fulfilment of expectations. BMJ Qual Saf. 2012;21(1):39-46. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000137
- Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al. The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess Winch Engl. 2002;6(32):1-244.
- Ministerio de Salud. Ley General de Salud. Ley N°26842 juillet 1997 p. 27.
- Organization for Economic Cooperation and Development. Reviews of Health Systems: Peru 2017. OECD/OCDE; 2017.
- Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Encuesta Nacional de Satisfacción De Usuarios en Salud - ENSUSALUD 2015. [On line]. Lima: SUSALUD; 2015 [Disponible: <http://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2015/INFORME-FINAL-SATISFACCION-2015.pdf>]
- Moscoso MG, Villarreal-Zegarra D, Castillo R, Bellido-Boza L, Mezones-Holguín E. Validez y confiabilidad de la escala de satisfacción de los usuarios de consulta médica ambulatoria en Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2019;36(2):167-77. DOI: 10.17843/rpmesp.2019.362.4621
- Cotlear D (ed.). Un nuevo contrato social para Perú. ¿Cómo lograr un país más educado, saludable y solidario? [On line]. The World Bank; 1 enero 2006 [Acceso 17 agosto 2019] p. 1-463. Rapport no 71397. Disponible: <http://documents.worldbank.org/curated/en/150301468059359700/Un-nuevo-contrato-social-para-Peru-191-Como-lograr-un-pais-mas-educado-saludable-y-solidario>

20. Vicuña M. Nivel de satisfacción y disfunciones percibidas sobre la calidad de atención de los servicios obstétricos. *An Fac Med.* 2002;63(1):40-50. DOI: 10.15381/anales.v63i1.1476
21. Vicuña M, Ampuero J, Murillo JP, De La Cruz J, García H. Análisis de la Demanda Efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención (Serie de Informes Técnicos N°2). Lima: Ministerio de Salud; 2000.
22. Petrena Pavone M. El complejo proceso de la inclusión: reforma y seguro integral de salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018.
23. Yamada Fukusaki G, Montero de la Piedra R. Doble a triple castigo: burocracia, corrupción e inequidad en los servicios públicos en el Perú. *Univ Pac - UP* [Online]. 2011 [Acceso 18 agosto 2019]; Disponible: <http://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/361>
24. Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care—limitations and prospects. *Health Policy Amst Neth.* 2013;112(1-2):53-61. DOI: 10.1016/j.healthpol.2013.06.013
25. Guanais F, Regalia F, Pérez-Cuevas R, Anaya M, directeurs. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. *Inter-American Development Bank; août 2018.* DOI: 10.18235/0001255
26. León SM, Palomera AM, Ángeles ÁG. Reducir tiempos de espera de pacientes en el departamento de emergencias de un hospital utilizando simulación. *Ind Data.* 2010;13(1):067-76. DOI: 10.15381/indata.v13i1.6170
27. Lin T-K, Yu P-T, Lin L-Y, Liu P-Y, Li Y-D, Hsu C-T, et al. A pilot-study to assess the feasibility and acceptability of an Internet-based cognitive-behavior group therapy using video conference for patients with coronary artery heart disease. *PLOS ONE.* 2018;13(11):e0207931. DOI: 10.1371/journal.pone.0207931
28. Barojas S, Hernández A, Flores K. Satisfacción por el tiempo de espera y surtimiento de medicamentos de afiliados y no al seguro popular en un centro de atención primaria a la salud en Tabasco. *Salud En Tabasco.* 2007;13(2):647-53.
29. Iriart C, Nervi L. Modelo médico y técnica de investigación social: la encuesta de satisfacción de los usuarios en la evaluación de servicios de salud. Estados Unidos: University of New Mexico; 2008.
30. Saturno-Hernández PJ, Gutiérrez-Reyes JP, Vieyra-Romero WI, Romero-Martínez M, O'Shea-Cuevas GJ, Lozano-Herrera J, et al. Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. *Fundamentos metodológicos. Salud Pública México.* 2016;58(6):685-93. DOI: 10.21149/spm.v58i6.8323