



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

MINORÍA ÉTNICA Y SATISFACCIÓN
DEL SERVICIO EN PACIENTES
ATENDIDOS POR CONSULTORIO
EXTERNO DE LA ENCUESTA
NACIONAL ENSUSALUD, 2016

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN CIENCIAS EN
INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

MIGUEL FRANCISCO CABANILLAS LAZO

LIMA - PERÚ

2025

ASESOR

MG. PAULO JORGE MARTIN RUIZ GROSSO

JURADO DE TESIS

DR. CÉSAR PAUL EUGENIO CÁRCAMO CAVAGNARO

PRESIDENTE

DRA. PATRICIA SILVIA MALLMA SALAZAR

VOCAL

MG. JESSICA HANAE ZAFRA TANAKA

SECRETARIO (A)

DEDICATORIA.

A mi familia, por enseñarme a ser resiliente frente a la adversidad.

A los amigos que me dio la universidad, por su apoyo y los momentos
inolvidables.

A Milagros, por ser mi soporte durante mis estudios y cómplice de la persecución
de mis sueños.

AGRADECIMIENTOS.

A Dios, por darme el temple y la fortaleza necesarios para alcanzar mis sueños.

A mi alma máter, por darme todo lo que tenía para ofrecer, y al mismo tiempo,
dejarme con la sensación de que aún me faltaba algo.

A la Sociedad Científica de San Fernando, donde mi curiosidad encontró su
rumbo y me condujo hasta aquí.

A los docentes y asesores del Programa de Maestría quienes nos dieron las
herramientas para satisfacer nuestra curiosidad.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis Autofinanciada

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CABANILLAS LAZO MIGUEL FRANCISCO

(Agregar filas adicionales si hay más autores)

Pertencientes al programa de la **MAESTRÍA EN CIENCIAS EN INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA**, autores del trabajo titulado: **MINORÍA ÉTNICA Y SATISFACCIÓN DEL SERVICIO EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO DE LA ENCUESTA NACIONAL ENSUSALUD, 2016**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRO EN CIENCIAS EN INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA** bajo la modalidad de **TESIS**.

En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	RUIZ GROSSO PAULO JORGE MARTIN	FASPA	MAESTRÍA

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **12%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2853612860**; fecha de entrega: **07-01-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 07 de enero de 2026**



Firma del asesor
N° DNI: 41890219
ORCID: 0000-0001-8003-5171

ÍNDICE

RESUMEN
ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN	1
II.	OBJETIVOS	2
III.	MARCO TEÓRICO.....	2
IV.	METODOLOGÍA	7
V.	RESULTADOS.....	23
VI.	DISCUSIÓN	33
VII.	CONCLUSIONES	39
VIII.	RECOMENDACIONES	40
IX.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	41
X.	ANEXOS	

RESUMEN

Introducción: La satisfacción del paciente está asociada con la calidad de atención y calidad de vida. Las minorías étnicas, sin embargo, enfrentan barreras que afectan su acceso y satisfacción. Este estudio evalúa la asociación entre pertenecer a una minoría étnica y la satisfacción del servicio.

Metodología: Se extrajo información de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) 2016. La población incluyó pacientes mayores de 18 años atendidos en consulta externa. La satisfacción se midió con la Escala de satisfacción de los usuarios de la consulta médica ambulatoria (ESCOMA) (18-180 puntos) y la minoría étnica se definió como aquellos con un idioma hablado en el hogar distinto al español. Se usó regresión lineal ajustada por edad, sexo y región. De manera adicional, para evaluar si los efectos diferían en subgrupos, se realizaron análisis estratificados según nivel de atención, sexo y tipo de seguro. Además, se realizó un análisis por cada dominio de ESCOMA.

Resultados: Se incluyeron 12 332 pacientes, de los cuales el 2.3% pertenecían a una minoría étnica, con una media de satisfacción de 127.5 puntos. En el primer nivel de atención (β : 13.03; IC 95%: 6.08; 19.99) y en establecimientos del Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (β : 6.73; IC 95%: 2.76-10.69), las minorías reportaron mayor satisfacción. En el segundo nivel (β : -8.57; IC 95%: -12.35; -4.79) y en Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú (FFAA y PNP) (β : -24.78; IC 95%: -30.63; -18.93), reportaron menor satisfacción. El dominio relacionado a atención médica fue el único que tuvo menor satisfacción en minorías étnicas (β : -0.93; IC 95%: -1.61; -0.25)

Conclusiones: Se encontró diferencias estadísticamente significativas entre pertenecer a la minoría étnica y el puntaje de satisfacción según el nivel de atención y el tipo de seguro, lo que resalta la complejidad de la etnicidad en este contexto. Además, el dominio relacionado a atención médica fue el único con menor satisfacción en los de minoría étnica.

PALABRAS CLAVE

ETNICIDAD, SATISFACCIÓN DEL PACIENTE, ATENCIÓN MÉDICA, SALUD PÚBLICA, PERÚ (DeCS/BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Patient satisfaction is a key indicator of healthcare quality and quality of life. Ethnic minorities, however, often face barriers that affect their access to care and satisfaction levels. This study assesses the association between ethnic minority status and service satisfaction.

Methodology: Data were extracted from the 2016 National User Satisfaction Health Survey (ENSUSALUD). The study population included patients over 18 years of age seen in outpatient consultations. Satisfaction was measured using the Outpatient Medical Consultation User Satisfaction Scale (ESCOMA) (score range: 18-180). Ethnic minority status was defined as having a primary language other than Spanish. Analyses employed linear regression adjusted for age, sex, and region, along with stratified analyses by level of care, sex, and insurance type. An additional analysis was conducted for each ESCOMA domain.

Results: The sample included 12,332 patients, of whom 2.3% belonged to an ethnic minority. The mean satisfaction score was 127.5. In the overall population, no significant association was found between ethnic minority status and satisfaction compared to non-minority patients (β : -0.06; 95% CI: -3.55 to 3.43). Analysis by domain showed that the domain related to medical care was the only one with significantly lower satisfaction among ethnic minorities (β : -0.93; 95% CI: -1.61 to -0.25). However, significant associations were found in stratified analyses. Higher satisfaction was reported among minorities at the primary care level (β : 13.03; 95% CI: 6.08 to 19.99) and in facilities run by the Ministry of Health and Regional Governments (β : 6.73; 95% CI: 2.76 to 10.69). Conversely, lower satisfaction was reported at the secondary care level (β : -8.57; 95% CI: -

12.35 to -4.79) and in facilities of the Armed Forces and National Police (β : -24.78; 95% CI: -30.63 to -18.93).

Conclusions: Statistically significant differences were found between ethnic minority status and satisfaction scores according to the level of care and type of insurance, highlighting the complexity of ethnicity in this context. Furthermore, the healthcare domain was the only one with lower satisfaction among ethnic minority groups.

KEYWORDS

ETHNICITY, PATIENT SATISFACTION, HEALTHCARE, PUBLIC HEALTH, PERU (MeSH/NLM)

I. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la atención médica debe satisfacer las necesidades, preferencias y valores individuales de los pacientes (1). Por ello, la satisfacción es un indicador de la calidad de atención hospitalaria (2), calidad de vida relacionada con la salud (3), adherencia al tratamiento (4) y mortalidad en el paciente (5). Por ello, medirla es fundamental para desarrollar políticas sanitarias que permitan una gestión más eficiente de recursos y, en última instancia, mejoren la satisfacción del paciente (6). Esto debe ser tomado con mayor importancia en minorías étnicas ya que se ha reportado que esta población tiene 81% y 36% menos posibilidades de diagnóstico y tratamiento adecuado, respectivamente; en comparación al resto de la población (7,8). Además, estas minorías tienen 28% más riesgo de tener multimorbilidad y una acumulación de enfermedades crónicas de manera más rápida que sus contrapartes de mayoría étnica (9). Esto desencadena que estas minorías reporten mayores y diferentes necesidades que la población general (9).

Algunas revisiones sistemáticas han analizado factores asociados a la satisfacción del paciente, tales como los realizados por Ferzianour et al (10) y Almeida et al (11); sin embargo, no evaluaron aspectos de raza, etnia o idioma. Además, existe controversia entre los reportes, ya que mientras algunos describieron hasta un 67% menos satisfacción en los grupos minoritarios (12,13), otros no encontraron asociación entre esos factores (14,15). La mayoría de estos estudios se han realizado en países de altos ingresos sin tomar en cuenta que en Latinoamérica existen diversos factores económicos, políticos y culturales que juegan un rol importante para la marginalidad en la atención de salud de las minorías étnicas

(16,17). Asimismo, debido a la fragmentación y saturación de los sistemas sanitarios en estos países, existe mayor dificultad en el acceso a la salud, lo que representa un escenario particular en comparación a los demás sistemas alrededor del mundo (18,19). A pesar de existir leyes y planes nacionales destinados a reducir la brecha en la atención de minorías étnicas (20,21), un 58% de la población general percibe discriminación hacia las comunidades andinas. Los hospitales se identifican como los espacios donde esta discriminación es más evidente (22).

Así, resulta indispensable realizar estudios que aborden la realidad local y proporcionen evidencia para el desarrollo de intervenciones específicas que reduzcan las inequidades en la atención sanitaria (23). Por lo tanto, el objetivo de la presente investigación fue estimar la asociación entre pertenecer a la minoría étnica y la satisfacción del servicio en pacientes evaluados por consulta externa.

II. OBJETIVOS

II.1 Objetivo general

- Estimar la fuerza de asociación entre la pertenencia a una minoría étnica y la satisfacción del servicio en pacientes atendidos de consultorios externos en Perú.

III. MARCO TEÓRICO

III.1 Etnicidad

La etnicidad es un constructo sociocultural esencial que configura la identidad, los valores y los comportamientos de los grupos humanos en su interacción con la sociedad (24). Este concepto abarca aspectos biológicos y sociales tales

como el idioma, la religión, las costumbres y las tradiciones que dan forma a la identidad colectiva de un grupo. Además, se trata de un constructo dinámico que evoluciona con el tiempo y en distintos contextos, influenciado por factores históricos, sociales y políticos (25). La etnicidad desempeña un papel crucial en la construcción de identidades sociales y en la manera en que los individuos perciben y se relacionan con su entorno, influyendo en áreas fundamentales como la educación, el empleo y las relaciones interpersonales (26).

III.2 Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS)

De acuerdo con la Ley N° 29344, se denominan IPRESS a aquellas entidades de naturaleza pública, privada o mixta que tienen como objetivo la prestación de servicios de salud y se encuentran registradas ante la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, por lo que están debidamente autorizadas para brindar atención sanitaria de acuerdo con su categorización por nivel de complejidad (27).

III.3 Consultorio externo

El consultorio externo constituye una unidad funcional dentro de las IPRESS, diseñada para proporcionar atención médica ambulatoria de manera programada, siendo esta característica el principal diferenciador frente a otros servicios en salud (28). Estos consultorios externos requieren sistemas propios de programación, registro y seguimiento de pacientes, así como protocolos específicos de atención que garanticen la eficiencia y efectividad del servicio (29).

III.4 Niveles de atención

Los niveles de atención en el sistema sanitario son una forma de estratificación para satisfacer las diferentes necesidades que pueden tener los pacientes (30). Es por ello que, en el sistema de salud peruano, se clasifican en tres niveles de atención (31). En el primer nivel de atención, un consultorio externo podría encontrarse en un puesto de salud o centro de salud local, donde el personal médico realiza consultas generales, servicios de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento de enfermedades comunes. Así, este nivel está orientado a la resolución de problemas de salud sencillos y frecuentes, buscando evitar complicaciones mayores mediante la atención oportuna (32).

En el segundo nivel, los consultorios externos se ubican en establecimientos de salud más complejos, como hospitales generales o clínicas especializadas, y se caracterizan por ofrecer consultas con especialistas como pediatras, ginecólogos, dermatólogos, entre otros. En este nivel, se manejan casos más complicados que requieren un diagnóstico más detallado y tratamiento especializado así como exámenes de laboratorio y radiología. La atención en este nivel es crucial para resolver problemas que no pueden ser tratados en el primer nivel, pero que no requieren hospitalización (33).

En el tercer nivel, los consultorios externos se encuentran en hospitales de alta complejidad o en instituciones médicas terciarias. Estos hospitales están equipados con tecnología avanzada y profesionales altamente especializados en diversas áreas de la medicina como los pacientes con enfermedades oncológicas o cardiovasculares graves. Además de las consultas médicas, los consultorios externos en el tercer nivel pueden ofrecer atención en áreas como

la rehabilitación, la cirugía especializada y la atención postoperatoria (34).

III.5 Tipos de seguro en el Perú

El Aseguramiento Universal en Salud, política de Estado promulgada en 2008 mediante la Ley N° 29344, representó un hito fundamental al consagrar el derecho de toda persona en el Perú a acceder a un sistema de salud integral, con calidad y sin discriminación (27). Esta iniciativa buscó alcanzar progresivamente la cobertura sanitaria universal mediante la articulación de prestadores públicos y privados bajo los principios de solidaridad, universalidad y portabilidad. El acceso a los servicios de salud se canaliza a través de agentes proveedores organizados en dos sectores principales: el público, integrado por el Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales (MINSA-GR), Ministerio de Trabajo (ESSALUD), así como los regímenes de las Fuerzas Armadas y Policiales (FFAA y PNP); y el privado, conformado por las Clínicas particulares, las cuales ofrecen coberturas complementarias mediante el pago de primas. Se ha identificado que existen diferencias significativas con algunas variables como ser mujer, vivir en zona urbana y no ser pobre con estar afiliado a ESSALUD (35).

III.6 Satisfacción del servicio

La satisfacción del servicio representa un constructo psicológico, administrativo y social que evalúa la percepción del usuario respecto a un servicio recibido en comparación con sus expectativas previas (36). Este concepto se fundamenta en teorías de la psicología del consumidor y la gestión de la calidad, incorporando elementos tanto cognitivos como afectivos en su

evaluación. La satisfacción está directamente relacionada con la lealtad del cliente, la recomendación del servicio y la rentabilidad organizacional (37).

Al ser una medida subjetiva, la satisfacción puede ser medida a través de diferentes instrumentos validados con múltiples dimensiones, siendo uno de los más representativos la Escala de satisfacción de los usuarios de la consulta médica ambulatoria.

III.7 Escala de satisfacción de los usuarios de la consulta médica ambulatoria (ESCOMA)

III.7.1 Adaptación inicial

Su construcción partió de una adaptación de la escala española Satisfacción de Usuarios de Consulta Externa, la cual fue evaluada y modificada por un panel de expertos peruanos para ajustarse al contexto del sistema de salud segmentado peruano. La versión inicial contó con 20 ítems con respuestas tipo Likert de 10 puntos (1: "muy insatisfecho" a 10: "muy satisfecho") (38).

III.7.2 Estudio piloto y validez de contenido

Se realizó un estudio piloto con la versión inicial de 20 ítems, cuyos resultados evidenciaron la necesidad de ajustes terminológicos y estructurales. Tras estos cambios, se obtuvo una versión depurada de 18 ítems para su aplicación nacional (38).

III.7.2 Validez de constructo

La validez de constructo se evaluó mediante análisis factorial exploratorio (AFE) en una submuestra de 6,907 observaciones (50% de la muestra total),

utilizando el método de máxima verosimilitud robusta. El AFE identificó una estructura de tres dimensiones: procesos administrativos (6 ítems), infraestructura (8 ítems) y atención médica (4 ítems). El análisis factorial confirmatorio confirmó las cargas factoriales estandarizadas mayores a 0.50 (38).

III.7.3 Confiabilidad

La confiabilidad se evaluó mediante el coeficiente Omega de McDonald (ω), que arrojó los siguientes valores: $\omega=0.89$ (dominio de procesos administrativos), $\omega=0.88$ (dominio de infraestructura) y $\omega=0.90$ (dominio de atención médica) (38).

IV. METODOLOGÍA

IV.1 Diseño de estudio

Se realizó un análisis secundario de datos del primer cuestionario de ENSUSALUD, llevada a cabo por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en colaboración con la Superintendencia Nacional de Salud del Perú durante el 2016. La encuesta se llevó a cabo utilizando un diseño de estudio transversal y muestreo complejo con el propósito principal de recopilar datos para evaluar el funcionamiento y rendimiento del sistema de salud a nivel nacional (39).

IV.2 Población y participantes del estudio madre

La población del estudio estuvo definida por los pacientes atendidos en IPRESS pertenecientes al MINSA-GR, ESSALUD, FFAA y PNP, y Clínicas particulares.

IV.2.1 Criterios de inclusión del estudio madre

- Pacientes atendidos por consultorio externo en una IPRESS del Perú.
- Pacientes de 15 años o más.

IV.2.2 Criterios de exclusión del estudio madre

- Pacientes que no desearon participar de la encuesta.

IV.3 Muestreo

IV.3.1 Tipo de muestreo

La selección de participantes se realizó mediante un muestreo probabilístico, bietápico, estratificado e independiente por departamento. En la primera etapa, las IPRESS fueron seleccionadas mediante muestreo sistemático con probabilidad proporcional al número de atenciones de consulta externa, siendo seleccionados 184 IPRESS. Las unidades primarias se estratificaron previamente por región y tipo de seguro para garantizar representatividad(40).

En la segunda etapa, dentro de cada IPRESS seleccionada, se eligió a los usuarios mediante muestreo aleatorio sistemático, considerando un punto de arranque aleatorio y un intervalo de selección calculado en función del total de atenciones por establecimiento. La muestra final alcanzó un total de 13670 usuarios de consulta externa (40).

IV.3.2 Criterios de inclusión del estudio actual

- Pacientes adultos de 18 años a más incluidos en el estudio madre.

IV.3.3 Criterios de exclusión del estudio actual

- Personas que no completaron las variables críticas (idioma que se usa en el hogar y satisfacción).

IV.4 Variable desenlace y potenciales predictores de interés

Variable desenlace: Satisfacción del servicio

Ya que el ESCOMA fue validada en datos numéricos y no existe una categorización validada de esta herramienta para definir “satisfechos” e “insatisfechos”, se tomó en cuenta su valoración numérica (mínimo valor: 18; máximo valor: 180). La escala evalúa tres dimensiones: Satisfacción con los Procesos Administrativos (6 ítems), Satisfacción con la Infraestructura (8 ítems) y Satisfacción con la Atención Médica (4 ítems). Para el análisis, se calculó un puntaje por dimensión sumando las respuestas de los ítems que la componen, en donde un puntaje más alto indicaba un mayor nivel de satisfacción en esa dimensión.

Esta variable es de naturaleza numérica.

Variable independiente: Minoría étnica

Esta variable se midió mediante las recomendaciones del Grupo de Análisis para el Desarrollo, quienes recomendaron medir la percepción étnica a través del idioma (41). Ya que en el Perú el idioma más hablado es el español, se consideró como minoría étnica a aquellos que hablaban en el hogar un idioma diferente al español.

El análisis tomó como referencia la pregunta incluida en la ENSUSALUD 2016: “¿Cuál es el idioma con el que se comunican en el hogar?”, cuyas opciones de respuesta eran “Español”, “Quechua” u “Otros”. Para su operativización, las respuestas se dicotomizaron de la siguiente manera: la categoría “Español” se clasificó como mayoría étnica (y se estableció como grupo de referencia), mientras que las opciones “Quechua” y “Otros” se agruparon en una sola categoría identificada como minoría étnica (que funge como comparador). De este modo, la variable resultante es de naturaleza categórica dicotómica.

IV.5 Otras variables relevantes

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Criterios de medición	Rol
Edad	Número de años desde el nacimiento de una persona	¿Qué edad tiene en años cumplidos?	Cuantitativa	Años de edad hasta el momento de la encuesta	Antecesor
Sexo	Sexo biológico	Sexo reportado por el paciente registrado	Categórica nominal, dicotómica	Femenino Masculino	Antecesor
Ingreso económico	Dinero que una persona o familia recibe regularmente	Índice de riqueza categorizado en quintiles	Categórica ordinal	Primer quintil Segundo quintil Tercer quintil Cuarto quintil Quinto quintil	Antecesor
Región de procedencia	Área geográfica donde proviene el paciente	Clasificación geográfica del departamento de procedencia del paciente	Categórica nominal, politómica	Costa Sierra Selva	Antecesor
Enfermedad crónica	Enfermedad persistente y de larga duración.	¿Padece usted de una enfermedad o malestar crónica?	Dicotómica	Sí No	Colisionador
Nivel educativo	Grado más alto de educación completado por una persona	¿Cuál es el último nivel educativo que aprobó?	Categórica ordinal	Primaria completa o menor Secundaria Superior técnica Superior universitario o posgrado	Mediador

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Criterios de medición	Rol
Grado de comprensión de la enfermedad autorreportada	Grado de entendimiento sobre una enfermedad específica.	Sobre lo que el médico le explicó, ¿cuánto entendió usted de la enfermedad, problema o estado de salud?	Categórica ordinal	Todo Mucho Ni mucho ni poco Poco Nada	Mediador
Autorreporte de tiempo de espera para la atención médica	Período hasta recibir atención médica	¿Cuál es el tiempo en minutos entre que recibe el ticket de atención hasta que ingresó al consultorio?	Cuantitativa	Tiempo de espera reportado por el paciente	Mediador
Tipo de seguro	Categoría del seguro administrado por la IPRESS que determina los beneficios y coberturas ofrecidos en sus servicios.	Clasificación del tipo de seguro gestionado por la IPRESS donde se realiza la entrevista.	Categórica nominal, politómica	MINSA-GR ESSALUD FFAA y PNP Clínica particular	Mediador
Categoría de la IPRESS	Nivel de complejidad de atención que ofrece una IPRESS en el sistema de salud.	Clasificación de la IPRESS según los servicios y especialización brindados.	Categoría ordinal	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel	Antecesor

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud; MINSA-GR: Ministerio de Salud-Gobierno Regional; ESSALUD: Seguro Social de Salud; FFAA y PNP: Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

IV.6 Cálculo de tamaño de muestra

Este estudio se basa en un estudio secundario de base de datos, lo que elimina la necesidad de calcular el tamaño de la muestra, ya que los datos fueron previamente recopilados. En su lugar, se calculó la potencia estadística a partir de la muestra de ENSUSALUD 2016.

El cálculo de la potencia estadística se realizó comparando dos medias utilizando el paquete estadístico Epidat versión 4.2. Siguiendo lo reportado en un estudio realizado en Estados Unidos, se asumió una diferencia de medias estandarizada de 0.517 (42). Se calculó la diferencia de medias estandarizada debido a que el estudio citado utilizó una escala distinta para medir la satisfacción. Para este cálculo, se empleó la siguiente fórmula:

$$d = \frac{M_1 - M_2}{S_p}$$

d: Diferencia de medias estandarizada.

M1: Media del primer grupo.

M2: Media del primer grupo.

Sp: Desviación estándar combinada de los dos grupos.

El cálculo de la potencia estadística se realizó considerando dos penalizaciones consecutivas al tamaño de muestra original. En primer lugar, para tener en cuenta el diseño complejo de la encuesta, el tamaño muestral de 12332 se dividió por el efecto de diseño (DEFF=3.0), resultando en un tamaño de

muestra efectivo de aproximadamente 4111. Este valor representa el número de observaciones independientes equivalentes para un diseño aleatorio simple. Posteriormente, para anticipar el ajuste por covariables en el modelo de regresión, se aplicó una penalización adicional del 50% sobre este tamaño efectivo. La potencia se calculó finalmente para este tamaño muestral ajustado de 2056. El ratio se calculó dividiendo el tamaño del grupo de mayoría étnica (11,930 individuos) entre el del grupo de minoría (402 individuos), lo que resultó en un ratio de $11,930/402 = 29.7$. Con un nivel de confianza del 95%, se obtuvo una potencia estadística del 98.5% luego de las dos penalizaciones (Figura N°1).

[5] Tamaños de muestra. Comparación de medias independientes:

Datos:

Varianzas:	Iguales
Opción:	Opción 2
Diferencia estandarizada de medias:	0,517
Razón entre tamaños muestrales:	29,70
Nivel de confianza:	95,0%

Resultados:

Tamaño de la muestra	Potencia (%)
2.056	98,5
4.111	100,0

Figura N°1. Salida para el cálculo de potencia estadística de Epidat versión 4.1, penalizado por el efecto de diseño (potencia: 100%) y luego por el control de confusores (potencia: 98.5%).

IV.7 Procedimientos y técnicas

IV.7.1 Preparación

El personal encargado de recopilar la información fue previamente capacitado de manera presencial en técnicas de entrevista bajo seis técnicas: lectura comentada, exposición, formulación de preguntas, entrevista simulada, discusión grupal y práctica dirigida. Esta capacitación garantizó que el personal estuviera debidamente preparado para llevar a cabo las entrevistas de manera efectiva y asegurar la correcta recopilación de la información mediante el aplicativo de una Tablet. El cuestionario se validó mediante prueba piloto (ejecutada entre el 11 y el 17 de abril de 2016). La información recopilada durante las pruebas piloto se utilizó para realizar ajustes y mejoras necesarias antes de la implementación completa del estudio (40).

IV.7.2 Actividades de tamizaje y enrolamiento

El cuestionario 1 de ENSUSALUD fue utilizado para entrevistar de forma presencial a los usuarios de 15 años a más, que recibieron atención médica en el consultorio externo de medicina, cirugía, ginecobstetricia, pediatría u otras especialidades o subespecialidades (43). La carga de trabajo por cada entrevistador fue de 12 entrevistas al día aproximadamente durante 44 días hábiles.

IV.8 Recolección de datos

IV.8.1 Cuestionarios

El instrumento de recolección de datos del cuestionario 1 de ENSUSALUD 2016 incluyó 116 preguntas (Anexo 01), divididas en las siguientes secciones:

- Carátula (datos del centro de salud): 16 preguntas.
- Datos del usuario: 2 preguntas.
- Atención actual: 41 preguntas.
- Satisfacción con el servicio: 6 preguntas.
- Seguros de salud: 4 preguntas.
- Reclamos: 7 preguntas.
- Descripción del estado de salud: 8 preguntas.
- Sobre el aseguramiento universal en salud: 5 preguntas.
- Conocimientos sobre SUSALUD: 10 preguntas.
- Caracterización del entrevistado: 6 preguntas.
- Características de la vivienda y socioeconómicas: 11 preguntas.

La aplicación de la encuesta se llevó a cabo mediante entrevistas presenciales utilizando un cuestionario digital en una Tablet. La encuesta se aplicó entre mayo y junio de 2016 (40).

IV.8.2 Supervisión y monitoreo de actividades

Al término de sus encuestas diarias, el encuestador realizó la exportación de la información al servidor, y entregó una copia de la información al supervisor local. La supervisión se realizó de manera presencial en tres niveles (local, departamental, nacional). Se supervisó el progreso de las tareas programadas para el nivel de la encuesta, asegurando su cumplimiento conforme a lo establecido. Asimismo, se proporcionó orientación y se resolvieron dudas, que

surgieron entre los encuestadores con previa coordinación de otros supervisores para la homogenización de la medición. La supervisión nacional trabajó en estrecha coordinación con el jefe de operación de campo y el equipo metodológico, con ello se garantizó calidad de información y cobertura a nivel de cada departamento (40).

IV.9 Consideraciones éticas

La presente investigación se basó en un análisis secundario de datos de una encuesta nacional realizada por INEI, cuyos resultados se encuentran disponibles en el repositorio de dicha institución sin identificadores personales. Por consiguiente, esta tesis no involucrará interacción directa con personas y, por lo tanto, no es necesario obtener consentimiento informado.

Sin embargo, para garantizar el cumplimiento de los principios éticos, este protocolo fue registrado en el Sistema Descentralizado de Información y Seguimiento a la Investigación (SIDISI) con código SIDISI 216340 de la Dirección Universitaria de Asuntos Regulatorios de la Investigación (DUARI). Además, el protocolo fue sometido a una evaluación previa por parte del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (CIE-UPCH) y aprobado con Constancia CIEI-688-2-24. Durante la realización del estudio, se siguieron estrictamente los principios éticos y se acataron las sugerencias realizadas por el CIE-UPCH (Anexo 1).

IV.10 Plan de análisis

Los resultados del ENSUSALUD 2016 se obtuvieron de la página web de microdatos del INEI (<https://proyectos.inei.gob.pe/microdatos/>), donde se

presentan como una base de datos de acceso público. El análisis de los datos se llevó a cabo utilizando el software estadístico Stata 18 (College Station, TX: StataCorp LLC) y para la visualización de los resultados principales se usó el paquete forestplot del programa R versión 4.1.0 (R Core Team. 2025. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. <https://www.R-project.org>)

Debido al muestreo bietápico empleado en esta encuesta, se utilizó el comando "svy" para todos los análisis, incorporando el factor de expansión y/o ponderación correspondiente.

El análisis descriptivo de las variables categóricas se realizó mediante el cálculo de frecuencias absolutas y relativas. Para las variables cuantitativas, se utilizó medidas de tendencia central y dispersión, ajustadas según el tipo de distribución de los datos. En el caso de una distribución normal, se emplearon la media y la desviación estándar; para distribuciones no normales, se utilizaron la mediana y el rango intercuartílico.

El análisis bivariado de la asociación entre variables categóricas y cuantitativas se realizó aplicando la prueba t de Student o U de Mann-Whitney así como correlación de Pearson o Spearman para variables cuantitativas, evaluando posibles asociaciones con un intervalo de confianza del 95%. Se consideraron estadísticamente significativos los valores de $p < 0.05$.

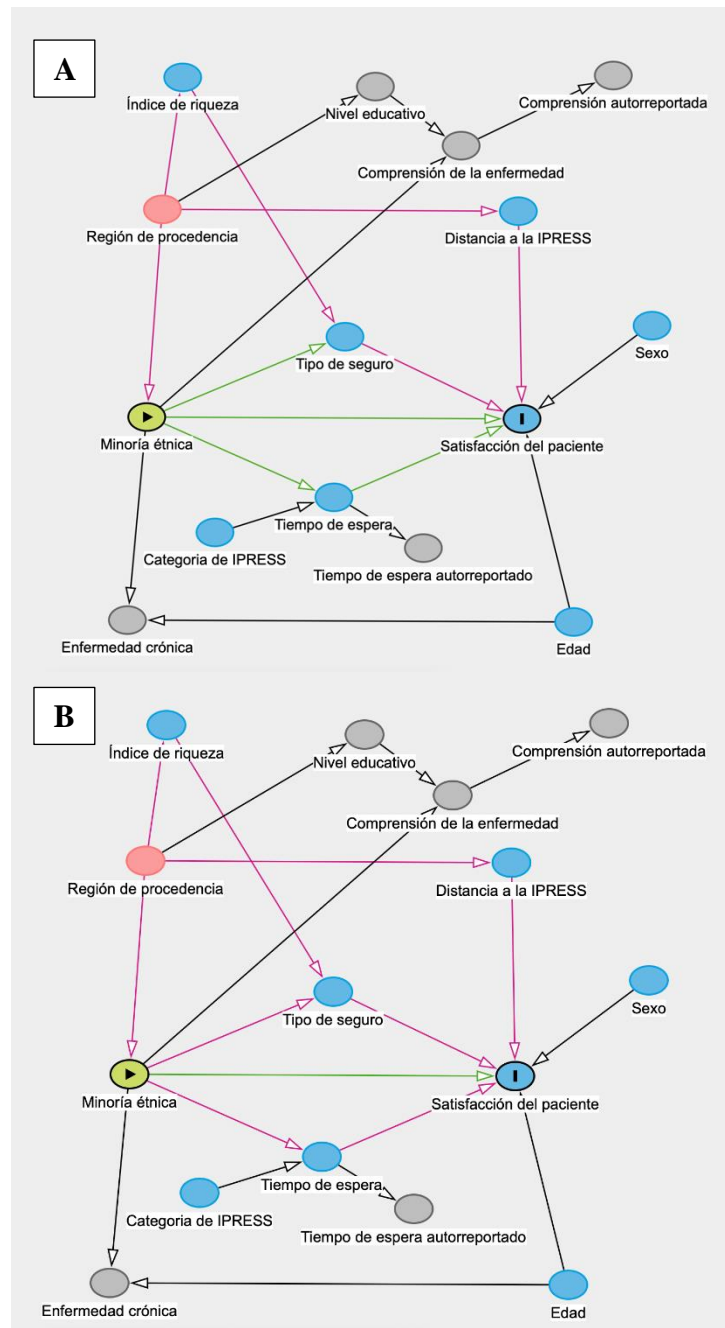
Se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, considerando un valor de $p < 0.05$ como estadísticamente significativo. Se realizaron análisis bivariados y multivariados ajustados por posibles factores de confusión. Se calcularon coeficientes β crudos y ajustados, considerando las variables de confusión

seleccionadas según un modelo epidemiológico basado en diagrama acíclico dirigido presentado en la Figura 2.

IV.10.1 Selección de variables para el modelo ajustado







En el gráfico acíclico dirigido (Figura 2A) se muestra la relación de variables en la asociación propuesta. Dado que la variable minoría étnica es de naturaleza sociodemográfica, hay pocas variables antecesoras de esta. Una de ellas es la región de procedencia, donde se ha reportado una mayor concentración de comunidades originarias en las distintas regiones(44). Además, las condiciones geográficas influyen en el acceso a los centros de salud (45), así como en las condiciones económicas (46) y el nivel educativo (47). Por otro lado, se ha documentado que las minorías étnicas presentan ingresos económicos más bajos (48), menor nivel educativo, una comprensión limitada de la enfermedad (49), menor acceso al seguro de salud (50), mayor tiempo de espera (51) y prevalencia de enfermedades crónicas (52). La satisfacción de los pacientes se ha relacionado con el nivel educativo (53), la comprensión de la enfermedad (54), la distancia al centro de salud (55), el sexo (56) y la edad (57). Dado que la región de procedencia forma parte de la vía de confusión, se controló por esta variable. Asimismo, ya que las variables sexo y edad son antecesores del outcome se decidió controlarlas, a pesar de que no cumplen los criterios para ser consideradas confusoras, ya que se ha reportado que ajustar por variables no confusoras, evitando generar caminos de puerta trasera, reduce el error tipo 1 y 2 (58).

Figura N°2. Gráfico acíclico dirigido de la asociación entre pertenecer a minoría étnica y satisfacción del servicio en pacientes evaluados por consultorio externo. A) Se resalta vía confusora para el efecto total; B) Se resalta vía confusora para el efecto directo.



Gráfica realizada con DAGitty v3.1 (<https://www.dagitty.net>)

🟡: Variable independiente

- : Variable dependiente
- : Ancestro de variable independiente
- : Ancestro de variable dependiente
- : Ancestro de variable dependiente e independiente
- : Otras variables
- : Variables no observadas

IV.10.2 Análisis estratificado

El análisis se estratificó según la categoría de IPRESS, sexo y el tipo de seguro, basándose en las disparidades sociodemográficas (35) y en los objetivos específicos de cada categoría de estas IPRESS (30). Esta estratificación se justifica también por la disparidad de tamaños de efecto reportadas en investigaciones previas en población de primer nivel de atención (14), fuerzas armadas (15) (14) en la asociación propuesta.

IV.10.3 Análisis de sensibilidad

Debido a que se premeditó que existirían IPRESS que no atendieron pacientes de minoría étnica, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad excluyendo los centros sin variabilidad en la variable "minoría étnica" para evaluar el impacto de estas IPRESS en los resultados generales.

Por otro lado, aunque el objetivo principal del estudio es evaluar el efecto total de pertenecer a una minoría étnica sobre la satisfacción, se llevó a cabo un análisis de sensibilidad mediante un modelo ajustado que incluyó las variables nivel educativo, seguro de salud y tiempo de espera, ya que estas variables se

consideraron mediadoras según el gráfico acíclico dirigido (Figura 2B), con el fin de estimar el efecto directo.

IV.10.4 Análisis por dimensiones de ESCOMA

Dado que el instrumento ESCOMA evalúa tres dimensiones (procesos administrativos, infraestructura y atención médica), se optó por ejecutar modelos de regresión crudos y ajustados de manera independiente para cada una de ellas.

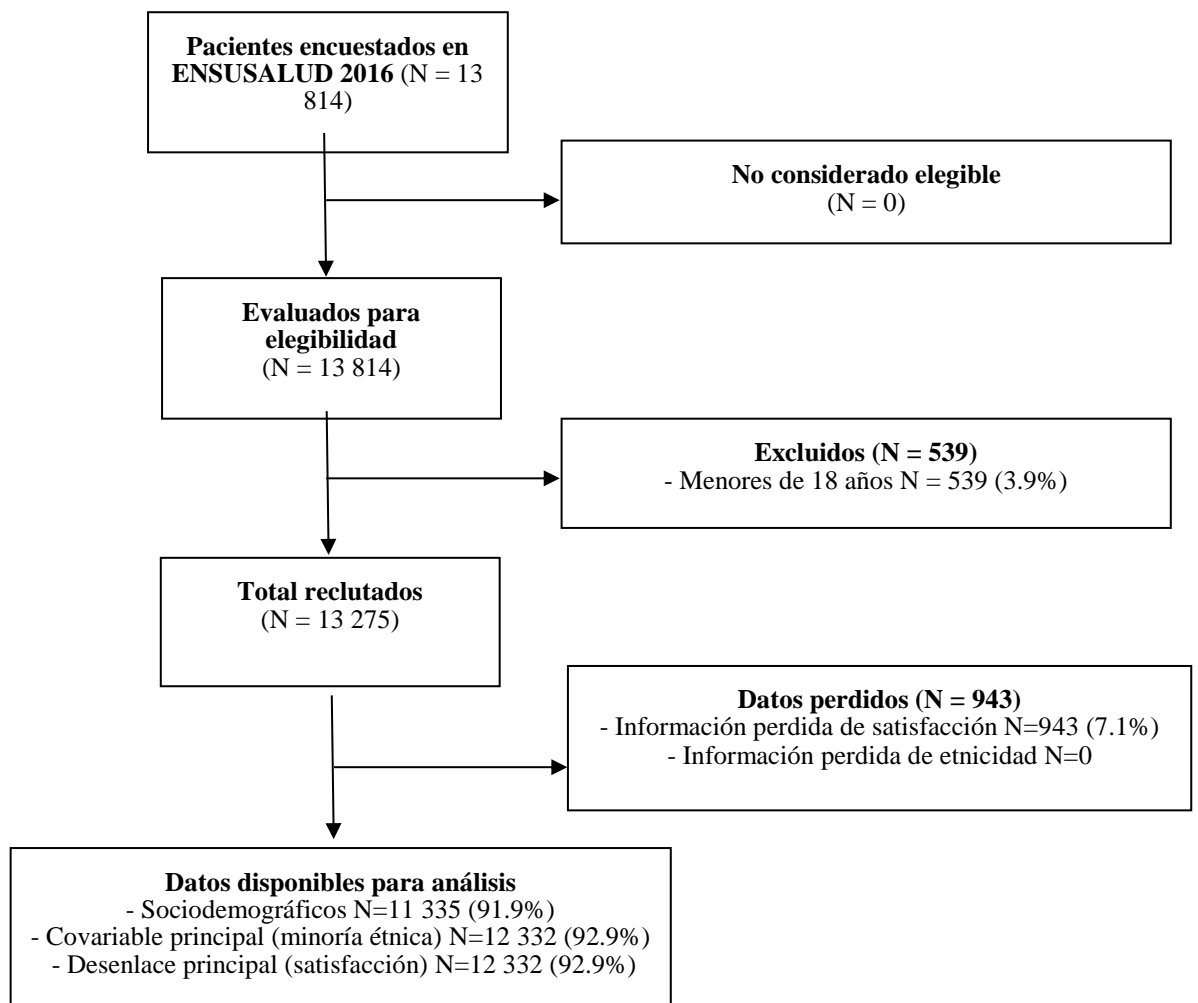
IV.10.5 Análisis de incluidos y excluidos

Se realizó un análisis bivariado para comparar las variables de estudio entre los participantes incluidos y excluidos por falta de variables críticas.

V. RESULTADOS

La muestra final estuvo compuesta por un total de 12 332 luego de aplicar los criterios de selección (Figura 3).

Figura 3. Flujograma de selección de pacientes evaluados por consultorio externo incluidos en el estudio.



El 59.8% (IC 95%: 38.3-61.4) de ellos fueron mujeres y su edad promedio fue de 42.9 años (IC 95%: 42.2-43.5). Además, se observó una mayor proporción de pacientes procedentes de la región costera. Asimismo, el 52.9% (IC 95%: 51.3-54.5) de los participantes padecían alguna enfermedad crónica. Por otro lado, el 2.3% (IC 95%: 2.0-2.7) de los pacientes pertenecían a una minoría étnica, mientras que la media del puntaje de satisfacción fue 127.5 (Desviación estándar[DE]: 16.9) (Tabla 1).

Tabla 1. Características descriptivas de los pacientes atendidos por consultorio externo (n=12332)

Características	N	Proporción ponderada	
		%*	IC 95%*
Sexo			
Femenino	7505	59.8	38.3-61.4
Masculino	4827	40.2	58.2-41.8
Edad (años)**	-	42.9	16.9
Región de procedencia			
Costa	4974	67.5	66.2-68.7
Sierra	4920	23.0	22.0-24.0
Selva	2438	9.5	8.9-10.2
Nivel educativo†			
Primaria completa o menor	2336	15.3	14.3-16.4
Secundaria	4634	40.6	39.0-42.2
Superior técnica	2513	20.0	18.8-21.3
Superior universitaria o posgrado	2840	24.1	22.8-25.5
Enfermedad crónica			
No	5654	47.1	45.6-48.7
Sí	6678	52.9	51.3-54.5
Grado de comprensión de la enfermedad †			
Todo	8321	67.3	65.7-68.9
Mucho	1957	17.2	15.9-18.6
Ni poco ni mucho	1247	10.4	9.5-11.5
Poco	604	4.7	4.0-5.5
Nada	36	3.3	2.0-5.6
Tiempo de espera (minutos) ††	-	75	[35-145]
Tipo de seguro			

MINSA-GR	6237	46.2	44.7-47.8
ESSALUD	5839	31.4	29.8-32.9
FFAA y PNP	519	8.6	7.5-9.8
Clínica particular	680	13.8	12.7-15.0
Categoría de la IPRESS			
Primer nivel de atención	2469	36.5	34.9-38.1
Segundo nivel de atención	8632	41.2	39.6-42.8
Tercer nivel de atención	2067	22.4	21.1-23.7
Minoría étnica			
No	11930	97.7	97.3-98.0
Sí	402	2.3	2.0-2.7
Puntaje de satisfacción de la atención médica	-	127.5	23.8

* Se incluyeron los pesos y el efecto del diseño del muestreo complejo de la encuesta.

** Media \pm desviación estándar.

† La variable tiene menos de 12 332 observaciones.

†† Mediana (Rango intercuartílico).

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

En el análisis bivariado, el sexo, región de procedencia, comprensión de la enfermedad, tipo de seguro y categoría de IPRESS se asoció significativamente con menor puntaje de satisfacción del servicio ($p < 0.001$). Sin embargo, no hubo asociación significativa con enfermedad crónica ($p = 0.113$), y pertenecer a minoría étnica ($p = 0.063$) (Tabla 2).

Tabla 2. Características asociadas a la satisfacción de la atención médica en el análisis bivariado ($n = 12332$)

Características	Puntaje de satisfacción de la atención médica	IC 95%	p*
	Media \pm DE		
Sexo			
Femenino	126.1 \pm 0.5	125.2 – 127.0	<0.001
Masculino	129.5 \pm 0.6	128.3 – 130.6	
Edad (años)**	0.107	-	<0.001
Región de procedencia			
Costa	129.7 \pm 0.5	128.7 – 130.7	<0.001
Sierra	122.7 \pm 0.5	121.7 – 123.8	

Selva	123.1 ± 0.7	121.6 – 124.5	
Nivel educativo †			
Primaria completa o menor	124.4 ± 0.7	128.7 – 130.7	<0.001
Secundaria	126.0 ± 0.6	128.7 – 130.7	
Superior técnica	127.0 ± 0.8	121.7 – 123.8	
Superior universitaria o posgrado	132.2 ± 0.7	130.7 – 133.6	
Enfermedad crónica			0.113
No	128.1 ± 0.6	126.9 – 129.2	
Sí	126.9 ± 0.5	126.0 – 127.8	
Comprensión de la enfermedad †			<0.001
Todo	127 [111-142]	-	
Mucho	119 [107-132]	-	
Ni poco ni mucho	114 [101-129]	-	
Poco	114 [99-128]	-	
Nada	106.5 [94-126.5]	-	
Tiempo de espera (minutos)**	-0.165		<0.001
Tipo de seguro †			<0.001
MINSA-GR	116 [103-132]	-	
ESSALUD	126 [111-139]	-	
FFAA y PNP	136 [116-153]	-	
Clínica particular	148 [137-159]	-	
Categoría de la IPRESS †			0.005
Primer nivel de atención	124 [108-139]	-	
Segundo nivel de atención	123 [107-138]	-	
Tercer nivel de atención	122 [105-137]	-	
Minoría étnica			0.063
No	127.5 ± 0.4	126.8 – 128.3	
Sí	124.4 ± 1.6	121.2 – 127.6	

* La significancia estadística se obtuvo comparando las medias entre las categorías de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

**Coeficiente de correlación de spearman sin consideración del muestreo complejo de la encuesta.

† Prueba de Kruskal-Wallis sin consideración del muestreo complejo de la encuesta.

DE: Desviación estándar; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

El análisis de regresión ajustado por sexo, edad y región de procedencia no reveló una asociación estadísticamente significativa entre la pertenencia a una

minoría étnica y la satisfacción del servicio recibido (β : -0.06; IC 95%: -3.55; 3.43) (Tabla 3).

Tabla 3. Coeficientes beta crudos y ajustada de la etnia, según la satisfacción de la atención*.

Características	Modelo crudo		Modelo ajustado**	
	Coefficiente β (IC 95%)	p	Coefficiente β (IC 95%)	p
Edad	0.10 (0.06;0.15)	<0.001	0.09 (0.05;0.14)	<0.001
Sexo				
Varones	Ref.		Ref.	
Mujeres	-3.37 (-4.85; -1.90)	<0.001	-2.94 (-4.39; -1.48)	<0.001
Región de procedencia				
Costa	Ref.		Ref.	
Sierra	-6.95 (-8.37; -5.53)	<0.001	-6.81 (-8.24; -5.37)	<0.001
Selva	-6.59 (-8.34; -4.83)	<0.001	-6.28 (-8.04; -4.52)	<0.001
Minoría étnica				
No	Ref.		Ref.	
Sí	-3.10 (-6.37; 0.16)	0.063	-0.06 (-3.55; 3.43)	0.975

* Se realizó una regresión lineal considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

**Ajustado por edad, sexo y región de procedencia.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

Con respecto a los potenciales modificadores de efecto, todos fueron estadísticamente significativos ($p < 0.05$). En el análisis estratificado por subgrupos, según la categoría de la IPRESS, se observó que los pacientes de minorías étnicas atendidos en el primer nivel de atención reportaron un mayor puntaje de satisfacción en comparación con aquellos de la mayoría étnica (β : 13.03; IC 95%: 6.08;19.99). Por el contrario, los pacientes de minoría étnica atendidos en el segundo nivel de atención reportaron una menor satisfacción (β : -8.57; IC 95%: -12.35; -4.79). En cuanto al tipo de seguro, los pacientes de minorías étnicas atendidos en establecimientos de MINSA-GR informaron un mayor puntaje de satisfacción (β : 6.73; IC 95%: 2.76-10.69); y por el contrario en establecimientos de FFAA y PNP, los pacientes de minoría étnica reportaron

menor puntaje de satisfacción (β : -24.78; IC 95%: -30.63; -18.93). En el análisis estratificado por sexo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la satisfacción entre minorías étnicas y mayoría étnica, ni para varones (β : -4.81; IC 95%: -9.85; 0.23) ni para mujeres (β : 2.73; IC 95%: -1.73; 7.18) (Figura 4 & Tabla 4).

Figura 4. Forest plot de la asociación entre pertenecer a minoría étnica y la satisfacción con el servicio de consultorios externos, presentado tanto en el análisis principal como estratificado según la categoría de la Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS), tipo de seguro y sexo.

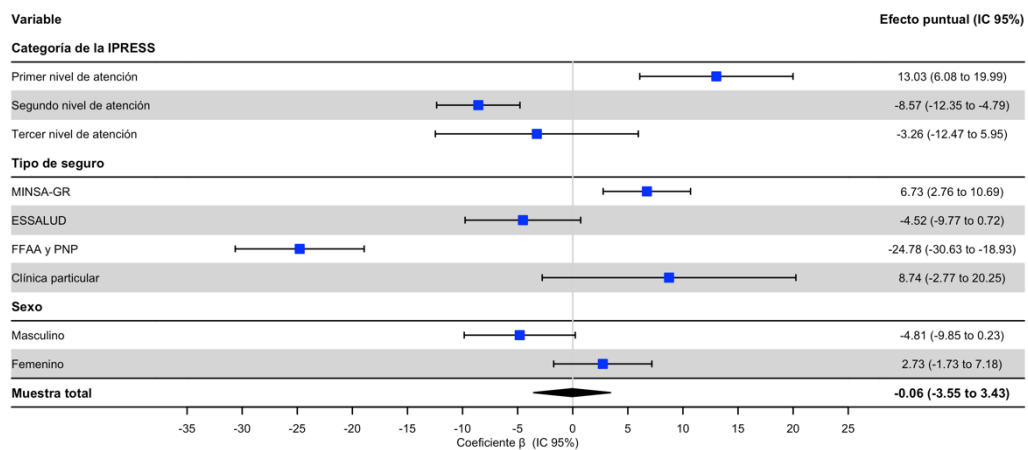


Tabla 4. Coeficientes beta crudos y ajustada de la etnia, según la satisfacción de la atención y estratificado por categoría de la IPRESS, tipo de seguro de salud y sexo*.

Variable	Minoría étnica	Satisfacción de la atención			
		Modelo crudo		Modelo ajustado**	
		Coefficiente β (IC 95%)	p	Coefficiente β (IC 95%)	p
Categoría de la IPRESS†					
Primer nivel de atención	No	Ref.		Ref.	
	Sí	10.49 (4.69–16.29)	<0.001	13.03 (6.08;19.99)	<0.001
Segundo nivel de atención	No	Ref.		Ref.	

Tercer nivel de atención	Sí	-10.91 (-14.56; -7.26)	0.001	-8.57 (-12.35; -4.79)	<0.001
	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-8.78 (-19.27; 1.72)	0.101	-3.26 (-12.47; 5.95)	0.488
Tipo de Seguro†					
MINSA-GR	No	Ref.		Ref.	
	Sí	5.61 (1.83;9.39)	0.004	6.73 (2.76;10.69)	0.001
ESSALUD	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-6.10 (-10.88;-1.32)	0.012	-4.52 (-9.77;0.72)	0.091
FFAA y PNP	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-25.64 (-25.96; -19.33)	<0.001	-24.78 (-30.63; -18.93)	<0.001
Clínica particular	No	Ref.		Ref.	
	Sí	0.34 (-19.42;20.10)	0.973	8.74 (-2.77;20.25)	0.137
Sexo†					
Masculino	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-7.58 (-12.57;-2.59)	0.003	-4.81 (-9.85;0.23)	0.062
Femenino	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-0.21 (-4.40;-3.99)	0.923	2.73 (-1.73;7.18)	0.231

* Se realizó una regresión lineal considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

** Ajustado por edad, sexo y región de procedencia.

† p valor de interacción: Categoría de la IPRESS (p<0.001); Tipo de seguro (p<0.001); Sexo (p=0.008)

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

MINSA-GR: Ministerio de Salud o Gobierno Regional.

ESSALUD: Seguro Social de Salud.

FFAA y PNP: Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú.

Al realizar el análisis por cada dimensión de ESCOMA, los pacientes de minorías étnicas reportaron una satisfacción significativamente menor solo en la dimensión de atención médica (β : -0.93; IC 95%: -1.61; -0.25), no observándose diferencias significativas en las dimensiones de procesos administrativos (β : 1.16; IC 95%: -0.20; 2.53) o infraestructura (β : 0.02; IC 95%: -1.65; 1.68) (Figura 5 & Tabla 5).

Figura 5. Forest plot de la asociación entre pertenecer a minoría étnica y la satisfacción con el servicio de consultorios externos según dimensión de ESCOMA.

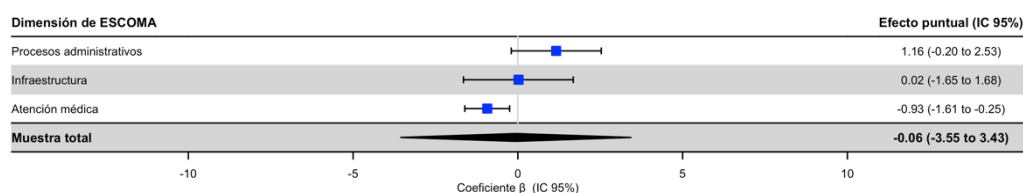


Tabla 5. Coeficientes beta crudos y ajustada de la etnia, según la satisfacción de la atención y estratificado por categoría de la IPRESS, tipo de seguro de salud y sexo*.

Variable	Minoría étnica	Satisfacción de la atención			
		Modelo crudo		Modelo ajustado**	
		Coefficiente β (IC 95%)	p	Coefficiente β (IC 95%)	p
Dimensión de ESCOMA					
Procesos administrativos	No	Ref.		Ref.	
	Sí	0.32 (-0.97;1.60)	0.628	1.16 (-0.20;2.53)	0.096
Infraestructura	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-1.83 (-3.41;-0.25)	0.023	0.02 (-1.65;1.68)	0.982
Atención médica	No	Ref.		Ref.	
	Sí	-1.46 (-2.12;-0.80)	<0.001	-0.93 (-1.61;-0.25)	0.007

* Se realizó una regresión lineal considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

** Ajustado por edad, sexo y región de procedencia.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

ESCOMA: Escala de satisfacción de los usuarios de la consulta médica ambulatoria

Tras excluir a las IPRESS que no atendieron pacientes de minoría étnica, el análisis de sensibilidad no identificó una asociación estadísticamente significativa (Tabla 6). Tampoco se encontró tal asociación al incluir las variables mediadoras en el modelo (Tabla 7).

Tabla 6. Análisis de sensibilidad excluyendo a los pacientes atendidos de IPRESS sin variabilidad en la etnicidad (n=4889; 39.6%)*.

Características	Modelo crudo		Modelo ajustado**	
	Coefficiente β (IC 95%)	p	Coefficiente β (IC 95%)	p
Edad	0.08 (0.01;0.16)	0.029	0.09 (0.01;0.16)	0.020
Sexo				
Varones	Ref.		Ref.	
Mujeres	-2.01 (-4.59;0.56)	0.126	-1.16 (-3.67;1.35)	0.366
Región de procedencia				
Costa	Ref.		Ref.	

Sierra	-13.00 (-15.31; -10.68)	<0.001	-13.52 (-15.83; -11.21)	<0.001
Selva	-11.97 (-15.34; -8.60)	0.003	-12.13 (-15.41; -8.85)	<0.001
Minoría étnica				
No	Ref.		Ref.	
Sí	-2.09 (-5.54; 1.36)	0.236	3.55 (-0.16; 7.27)	0.061

* Se realizó una regresión lineal considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

**Ajustado por edad, sexo y región de procedencia.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Tabla 7. Análisis de sensibilidad incluyendo en el modelo ajustado a las variables mediadoras para estimar el efecto directo*.

Características	Modelo crudo		Modelo ajustado**	
	Coefficiente β (IC 95%)	p	Coefficiente β (IC 95%)	p
Edad	0.10 (0.06; 0.15)	<0.001	0.10 (0.06; 0.14)	<0.001
Sexo				
Varones	Ref.		Ref.	
Mujeres	-3.37 (-4.85; -1.90)	<0.001	-1.11 (-2.38; 0.16)	0.088
Región de procedencia				
Costa	Ref.		Ref.	
Sierra	-6.95 (-8.37; -5.53)	<0.001	-5.42 (-6.68; -4.15)	<0.001
Selva	-6.59 (-8.34; -4.83)	<0.001	-2.56 (-4.23; -0.90)	0.003
Nivel de educación				
Primaria completa o menor	Ref.		Ref.	
Secundaria	1.58 (-0.28; 3.44)	0.095	-0.63 (-15.83; -11.21)	0.487
Superior técnica	2.52 (0.34; 4.70)	0.024	-2.17 (-4.34; 0.01)	0.051
Superior universitaria o posgrado	7.74 (5.71; 9.76)	<0.001	-2.70 (-4.81; -0.58)	0.012
Tipo de seguro				
MINSA-GR	Ref.		Ref.	
ESSALUD	6.76 (5.38; 8.13)	<0.001	4.72 (3.16; 6.29)	<0.001
FFAA y PNP	21.07 (17.63; 24.50)	<0.001	19.59 (16.09; 23.10)	<0.001
Clínica particular	29.67 (27.90; 31.44)	<0.001	28.35 (26.33; 30.37)	<0.001
Tiempo de espera (minutos)	-0.06 (-0.07; -0.05)	<0.001	-0.02 (-0.03; -0.01)	<0.001
Minoría étnica				
No	Ref.		Ref.	
Sí	-2.09 (-5.54; 1.36)	0.236	2.75 (-0.95; 6.45)	0.145

* Se realizó una regresión lineal considerando el efecto del diseño y los pesos del muestreo complejo de la encuesta.

**Ajustado por edad, sexo, nivel de educación, tipo de seguro, tiempo de espera y región de procedencia.

IC 95%: Intervalo de confianza al 95%.

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud.

Comparando los incluidos y excluidos del análisis final, ser mujer ($p=0.022$), nivel educativo ($p=0.004$), padecer una enfermedad crónica ($p=0.045$), tipo de seguro ($p<0.001$) y categoría de IPRESS ($p<0.001$) se asociaron significativamente con una mayor probabilidad de ser incluidos en el análisis final. No se observó una asociación significativa con la región de procedencia ($p=0.977$). Por otro lado, el porcentaje de pacientes pertenecientes a una minoría étnica fue mayor en el grupo no incluido en el análisis (5.1%) en comparación con el grupo incluido (2.3%) (Anexo 2).

VI. DISCUSIÓN

En este estudio, basado en una muestra representativa a nivel nacional, se observó que, al estratificar por categoría de IPRESS y tipo de seguro, los pacientes de minorías étnicas atendidos en IPRESS del primer nivel de atención y en MINSA-GR reportaron mayor satisfacción que el grupo mayoritario, mientras que en IPRESS de segundo nivel y de las FFAA y PNP, mostraron menor satisfacción. Cabe destacar que esta asociación solo alcanzó significancia estadística en el dominio de atención médica. (59)

Este estudio encontró que el 2.3% de la población forma parte de una minoría étnica, una cifra considerablemente menor en comparación con América del Norte y Europa, donde las minorías alcanzan hasta el 20% (60,61). Estas diferencias podrían explicarse por variaciones en patrones de migración, formas de recolección de datos o la definición de etnicidad. Además, en este estudio, optamos por definir la etnia mediante la lengua predominante en el hogar, un criterio más objetivo que capta la pertenencia cultural, especialmente en comunidades indígenas (41,62). Sin embargo, reconocemos que la pérdida de la lengua materna en las generaciones más jóvenes o en contextos migratorios puede constituir el inicio real de la pérdida de rasgos culturales y, por tanto, no permita identificar correctamente a las minorías étnicas una vez se haya perdido completamente la lengua. Por esta razón, se han validado instrumentos como el Multigroup Ethnic Identity Measure (63), el cual permite cuantificar el autorreconocimiento étnico mediante una escala numérica, tal como ha sido demostrado en población chilena (64)

El análisis de los puntajes de la ESCOMA revela que las calificaciones de los pacientes de consulta externa se ubicaron predominantemente por encima del punto medio de la escala (99), con una media de 127.5 puntos. Este hallazgo es consistente con reportes de otros países latinoamericanos publicados a lo largo de la última década (65–67), lo que refuerza la validez del ESCOMA y que este nivel de satisfacción podría ser una característica regional compartida, posiblemente asociada a aspectos culturales (68). No obstante, es fundamental precisar que la satisfacción del paciente, si bien es una variable de evaluación de suma importancia, no equivale per se a la calidad de la atención, la cual, de acuerdo con la Academia Nacional de Medicina de Estados Unidos, se define por seis dominios, siendo la satisfacción únicamente una de las métricas posibles para evaluar uno de ellos (69).

Nuestro análisis no encontró una asociación significativa entre pertenecer a una minoría étnica y la satisfacción del servicio en consultorios externos, lo cual contradice reportes de diversas partes del mundo. Sin embargo, nuestros hallazgos coinciden con un reporte en pacientes norteamericanos durante 2018, donde tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la satisfacción del acceso al sistema de salud entre grupos étnicos (afroamericanos versus blancos: $p=0.07$), aunque al estratificar por sexo (varones afroamericanos versus varones blancos), sí observaron significancia (15). Esto puede ser explicado debido a que la asociación estudiada puede estar modulada por factores contextuales, sociodemográficos, tales como tipo de

seguro y categoría de la IPRESS. Es por ello que reforzamos la necesidad de realizar análisis estratificados que consideren variables relevantes según el contexto.

Los hallazgos revelaron que las minorías étnicas reportaron mayor satisfacción en el primer nivel de atención, lo que contrasta con un informe israelí del 2020 sobre el mismo nivel (árabes versus judíos) (70). Esta diferencia podría deberse a que el primer nivel en Perú está orientado hacia una atención personalizada y preventiva, con énfasis en intervenciones comunitarias y programas de salud pública que abordan inequidades y mejoran el acceso en poblaciones vulnerables, reduciendo experiencias de discriminación (71,72). En cambio, en Israel, el contexto de conflictos sociales y militares podría influir en la percepción de satisfacción, incluso con mayores recursos disponibles (73). Sin embargo, en el segundo nivel de atención, donde el enfoque se orienta hacia la gestión de enfermedades más complejas, las minorías reportaron una menor satisfacción, un hallazgo consistente con un estudio realizado en personas mayores en Inglaterra en el mismo nivel de atención (74). Esto podría explicarse por la transición desde el primer nivel, que genera expectativas que no son plenamente satisfechas en el segundo nivel, lo que impacta negativamente en la percepción de la calidad del servicio (75). Esto podría ser precisado en estudios cualitativos para conocer las experiencias en ambos niveles e identificar las dificultades durante la transición entre las instituciones.

Por otra parte, nuestro estudio reveló una significativa insatisfacción entre las minorías atendidas en los centros de salud de las Fuerzas Armadas y policiales. Esto puede ser explicado debido a que se ha reportado una menor frecuencia de diagnóstico correcto y tratamiento adecuado en las minorías étnicas atendidas en estos centros(76,77). Esta situación podría atribuirse a la estructura jerárquica y al enfoque centrado en el personal militar que caracteriza a estas instituciones.

Estos hallazgos adquieren mayor relevancia en el contexto de nuestro análisis por dominios de ESCOMA, donde se observó que los pacientes de minorías étnicas reportaron una menor satisfacción específicamente con los aspectos relacionales de la atención médica, en contraste con los dominios de infraestructura y procesos administrativos, donde no se hallaron diferencias significativas. Esta disparidad en la satisfacción se podría sustentar en la evidencia que indica que, en comparación con el grupo mayoritario, las minorías étnicas otorgan una importancia primordial a las competencias interpersonales y la capacidad de comunicación de sus médicos (78), un aspecto críticamente afectado por la preparación formativa insuficiente, ya que reportes previos indican que menos del 20% de las facultades de medicina incluyen el quechua en su malla curricular (79) y cerca de la mitad identifica habilidades comunicativas interculturales deficientes en sus egresados, lo que probablemente contribuye a las brechas de satisfacción detectadas (80).

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser tomadas en cuenta al interpretar los resultados. El uso de una base de datos secundaria limitó el

acceso a covariables relevantes, como la distancia al centro de salud. No obstante, al tratarse de una base de datos nacional con una muestra representativa, los resultados pueden ser generalizados a nivel nacional. Además, se observó una diferencia estadísticamente significativa en las dos variables principales entre aquellos que fueron incluidos y los excluidos, lo que sugiere un posible riesgo de sesgo de selección. Sin embargo, dado que el porcentaje de excluidos fue inferior al 8% del total de los encuestados, se considera que el impacto de este sesgo podría ser limitado. Aunque la naturaleza transversal del estudio no permite establecer causalidad temporal, la etnia es una característica sociodemográfica profundamente enraizada en el contexto cultural, social y político, lo que implica que la pertenencia a un grupo étnico está presente antes de que se produzcan interacciones con sistemas institucionales(81,82). Por lo tanto, al menos en cuanto a las variables principales, no se enfrentan problemas de temporalidad. Además, aunque algunos de los análisis estratificados reportan resultados estadísticamente significativos, se trata de análisis exploratorios que requieren confirmación mediante estudios diseñados específicamente para evaluar la asociación en estas subpoblaciones. Por otro lado, la satisfacción del paciente no puede ser considerada como calidad de la atención ya que es una medida multidimensional (69). El uso de la lengua materna como criterio de etnicidad podría haber excluido a individuos con contextos socioculturales diversos que, a pesar de hablar español, no fueron identificados como parte de una minoría étnica. Sin embargo, este enfoque garantiza una mayor objetividad y precisión al identificar a los grupos que han mantenido su herencia cultural,

especialmente en las comunidades indígenas (41). Además, la poca frecuencia encontrada de pacientes con minoría étnica y ausencia de una estrategia de sobremuestreo limita la precisión de las estimaciones. Por último, el instrumento ESCOMA fue validado únicamente como una escala cuantitativa, por lo que no debe interpretarse de forma binaria como “satisfecho” o “insatisfecho”.

VII. CONCLUSIONES

En pacientes atendidos por consultorio externo en IPRESS de primer nivel de atención y MINSA-GR, los pacientes de minorías étnicas reportaron mayor satisfacción del servicio.

En pacientes atendidos por consultorio externo en IPRESS de segundo nivel de atención y de las FFAA y PNP, los pacientes de minorías étnicas reportaron menor satisfacción del servicio.

En pacientes atendidos por consultorio externo de IPRESS en donde no se identificaron minorías étnicas, no se encontró una asociación significativa entre pertenecer a una minoría étnica y la satisfacción del servicio.

En pacientes atendidos por consultorio externo de IPRESS, los pacientes de minorías étnicas reportaron menor satisfacción en el dominio de atención médica.

VIII. RECOMENDACIONES

- Replicar estudios que evalúen la asociación propuesta, tomando en cuenta estratificaciones en función a variables relevantes de cada contexto local. En el caso de Perú, por ejemplo, es crucial considerar la fragmentación del sistema de seguros y la existencia de distintos niveles de atención en las IPRESS, lo cual podría variar en otros países.
- Se recomienda validar la escala ESCOMA en otros entornos clínicos como los servicios de hospitalización y urgencias, así como en diversos contextos sociodemográficos. Asimismo, es fundamental establecer puntos de corte óptimos para la categorización de sus puntajes y determinar la diferencia mínima clínicamente relevante para que pueda ser usado en la evaluación de intervenciones en salud pública.
- Desarrollar e implementar intervenciones de salud pública que establezcan estrategias en el segundo nivel de atención y en los centros de las FFAA y PNP, orientadas a satisfacer las necesidades específicas de las minorías étnicas y reducir las brechas en la calidad percibida de la atención.
- Fomentar estudios cualitativos que profundicen en las experiencias individuales de las minorías étnicas respecto a la atención médica, identificando barreras y percepciones durante su experiencia en el primer y segundo nivel así como en su transición.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Health in the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2016;
2. Kalaja R, Krasniqi M. Patient satisfaction with quality of care in public hospitals in Albania. *Front Public Health*. 2022;10.
3. Müller O, Baumann C, Di Patrizio P, Viennet S, Vlamynck G, Collet L, et al. Patient's early satisfaction with care: a predictor of health-related quality of life change among outpatients with substance dependence. *Health Qual Life Outcomes*. 2020;18(1):6.
4. Sim YC, Mohd-Rosli IS, Lau BT, Ng SY. Patient satisfaction with medication therapy adherence clinic services in a district hospital: a cross-sectional study. *Pharmacy Practice (Granada)*. 2021;19.
5. Thanabalasingam SJ, Ranawaka SS, Gunarathna SSC, Yathev B, Booth CM, Seneviratne S, et al. Patient Satisfaction With Breast Cancer Care Delivery at the National Cancer Institute of Sri Lanka: Does Language Play a Role? *JCO Glob Oncol*. 2023 Feb 23;(9):e2200366.
6. Gill L, White L. A critical review of patient satisfaction. *Leadership in Health Services*. 2009 Jan 1;22(1):8–19.
7. Florentine MM, Rouse SL, Stephans J, Conrad D, Czechowicz J, Matthews IR, et al. Racial and ethnic disparities in diagnostic efficacy of comprehensive genetic testing for sensorineural hearing loss. *Hum Genet*. 2022;141(3):495–504.
8. Boehmer T, Koumans E, Skillen E, Kappelman M, Carton T. Racial and ethnic disparities in outpatient treatment of COVID-19. *Morbidity and Mortality Weekly Report*. 2022;71(43):1359–65.
9. Toh RKC, Shorey S. Experiences and needs of women from ethnic minorities in maternity healthcare: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *Women and Birth*. 2023;36(1):30–8.
10. Farzianpour F, Byravan R, Amirian S. Evaluation of Patient Satisfaction and Factors Affecting It: A Review of the Literature. *Health N Hav*. 2015;07(11):1460–5.
11. Almeida RS de, Bourliataux-Lajoinie S, Martins M. Satisfaction measurement instruments for healthcare service users: a systematic review. *Cad Saude Publica*. 2015;31.
12. Pinder RJ, Ferguson J, Møller H. Minority ethnicity patient satisfaction and experience: results of the National Cancer Patient Experience Survey in England. *BMJ Open*. 2016 Jun 1;6(6):e011938.
13. J Lee C, G Sibley C. Ethnic group differences in patient satisfaction with GP services: findings from the New Zealand Attitudes and Values Study. *New Zealand Medical Journal*. 2023;136(1578).
14. Walker RJ, Dawson AZ. Relationship between Satisfaction Scores and Racial/Ethnic and Sex Concordance in Primary Care. *Healthcare*. 2023;11(16).
15. Zickmund SL, Burkitt KH, Gao S, Stone RA, Jones AL, Hausmann LRM, et al. Racial, Ethnic, and Gender Equity in Veteran Satisfaction with Health

- Care in the Veterans Affairs Health Care System. *J Gen Intern Med.* 2018;33(3):305–31.
16. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. *Etnicidad, “raza” y equidad en América Latina y el Caribe.* 2000;
 17. Ortiz R, Giovanni, Martin-Fiorino, Víctor, Padilla-Lozano, Carmen. Marginalidad indígena e integración social en América Latina: Modelo proposicional. *Rev Cienc Soc.* 2023;XXIX(1):186–201.
 18. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. El sistema de salud de Perú. *Salud Pública Mexicana.* 2011;53:243–54.
 19. Barillas E. La fragmentación de los sistemas nacionales de salud. *Rev Panam Salud Publica.* 1997;1(3).
 20. Presidencia de la República del Perú. Decreto supremo No 016-2016-SA. *El Peruano.* 2016;
 21. Presidencia de la República del Perú. Decreto Supremo que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29735, Ley que regula el uso, preservación, desarrollo, recuperación, fomento y difusión de las lenguas originarias del Perú. *El Peruano.* 2016;
 22. Ministerio de Cultura. *I Encuesta Nacional: Percepciones sobre diversidad cultural y discriminación étnica.* 2016.
 23. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu M del C, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cub Salud Publica.* 2008;34:0.
 24. Zagefka H. The concept of ethnicity in social psychological research: Definitional issues. *International Journal of Intercultural Relations.* 2009;33(3):228–41.
 25. Moreno M, Benavides M. Dynamics of ethnic and racial self-identification in contemporary Peru. *Ethn Racial Stud [Internet].* 2019 Jul 27;42(10):1686–707. Available from: <https://doi.org/10.1080/01419870.2018.1506144>
 26. Lewis C, Cohen PR, Bahl D, Levine EM, Khaliq W. Race and Ethnic Categories: A Brief Review of Global Terms and Nomenclature. *Cureus.* 2023;15(7):e41253.
 27. Congreso de la República. *Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.* 2009.
 28. Byrd JC, Moskowitz MA. Outpatient consultation. *J Gen Intern Med.* 1987;2(2):93–8.
 29. Radley A, Mayberry J, Pearce M. Time, space and opportunity in the outpatient consultation: ‘The doctor’s story.’ *Soc Sci Med.* 2008;66(7):1484–96.
 30. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna.* 2011;33:7–11.
 31. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud “Categorías de establecimiento del sector salud.” 2011;
 32. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 113: Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del Primer Nivel de Atención. 2015;

33. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 110: Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del Segundo Nivel de Atención. 2015;
34. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud N° 119: Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del Tercer Nivel de Atención. 2016;
35. Mezones-Holguín E, Amaya E, Bellido-Boza L, Mougén B, Murillo JP, Villegas-Ortega J, et al. Health insurance coverage: The peruvian case since the universal insurance act. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019 Jun 1;36(2):196–206.
36. Oliver RL. *Satisfaction: A Behavioral Perspective on the Consumer*. Routledge. 2010.
37. Williams B, Coyle J, Healy D. The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels. *Soc Sci Med*. 1998;47(9):1351–9.
38. Moscoso MG, Villarreal-Zegarra D, Castillo R, Bellido-Boza L, Mezones-Holguín E. Validity and reliability of the satisfaction scale for outpatient care users in Peru. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* [Internet]. 2019 Jun 28;36(2):167–77. Available from: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4621>
39. Superintendencia Nacional de Salud. Encuestas de Satisfacción a nivel Nacional (ENSUSALUD 2016) [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 22]. Available from: <https://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>
40. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud 2016: Informe final. 2016 [cited 2025 Sep 13]; Available from: <https://portal.susalud.gob.pe/blog/encuestas-de-satisfaccion-a-nivel-nacional-ensusalud-2016/>
41. Valdivia Vargas N. El uso de categorías étnico/raciales en censos y encuestas en el Perú: balance y aportes para una discusión. GRADE, editor. 2011.
42. Garroutte EM, Kunovich RM, Jacobsen C, Goldberg J. Patient satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004;59(11):2233–44. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953604001649>
43. Superintendencia Nacional de Salud. Cuestionario dirigido a usuarios de consulta externa [Internet]. 2016 [cited 2025 Sep 13]. Available from: <https://portal.susalud.gob.pe/wp-content/uploads/archivo/encuesta-sat-nac/2016/Cuestionario-1%20-Usuarios-de-consulta-externa.pdf>
44. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población indígena y originaria de los Andes. 2017;
45. Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G, Turpo Cayo EY. Indigenous communities of Peru: Level of accessibility to health facilities. *J Taibah Univ Med Sci* [Internet]. 2022;17(5):810–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1658361222000440>
46. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital. 2018;

47. Cuenca R, Urrutia CE, Cuenca Carlos RE. Explorando las brechas de desigualdad educativa en el Perú. Vol. 24, Revista Mexicana de Investigación Educativa RMIE. 2019.
48. Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health* [Internet]. 2003 Feb 1;93(2):277–84. Available from: <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.2.277>
49. Fransén MP, Harris VC, Essink-Bot ML. Beperkte gezondheidsvaardigheden bij patiënten van allochtone herkomst: alleen een tolk inzetten is meestal niet genoeg [Low health literacy in ethnic minority patients: understandable language is the beginning of good healthcare]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2013;157(14).
50. Gong F. Racial and Ethnic Disparities in Health Insurance Coverage in the USA: Findings from the 2018 National Health Interview Survey. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2023;10(2):651–9. Available from: <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01253-2>
51. Aghaie Meybodi M, Shaikh A, Hashemipour R, Ahlawat S. Disparities in Emergency Department Waiting Times for Acute Gastrointestinal Bleeding: Results From the National Hospital Ambulatory Medical Care Survey, 2009–2018. *J Clin Gastroenterol* [Internet]. 2023;57(9). Available from: https://journals.lww.com/jcge/fulltext/2023/10000/disparities_in_emergency_department_waiting_times.9.aspx
52. Kim EJ, Kim T, Conigliaro J, Liebschutz JM, Paasche-Orlow MK, Hanchate AD. Racial and Ethnic Disparities in Diagnosis of Chronic Medical Conditions in the USA. *J Gen Intern Med* [Internet]. 2018;33(7):1116–23. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11606-018-4471-1>
53. Korkmaz T, Balaban B, Onder H, Saricil F. The effect of patient qualifications and number of patient accompanist on patient's satisfaction. *Turk J Emerg Med* [Internet]. 2016;16(3):93–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2452247316300255>
54. Akpınar Oruç O, Sener R. Multivariate analysis of the effect of health literacy levels on patient satisfaction in patients presenting to the emergency department. *Medicine* [Internet]. 2025;104(24). Available from: https://journals.lww.com/md-journal/fulltext/2025/06130/multivariate_analysis_of_the_effect_of_health.42.aspx
55. Shaw NM, Abbasi B, Odisho AY, Hills N, Holler J, Sliwka D, et al. The Impact of Patient Travel Distance on Outpatient Visit Satisfaction: Comparison of Telehealth and Traditional In-Person Visits. *Telemedicine and e-Health* [Internet]. 2023 May 12;29(12):1897–900. Available from: <https://doi.org/10.1089/tmj.2023.0001>
56. Ferrucci KA, Walubita T, Beccia AL, Ding EY, Jesdale BM, Lapane KL, et al. Health Care Satisfaction in Relation to Gender Identity: Behavioral Risk Factor Surveillance Survey, 20 States (2014–2018). *Med Care* [Internet]. 2021;59(4). Available from: <https://journals.lww.com/lww->

- medicalcare/fulltext/2021/04000/health_care_satisfaction_in_relation_to_g
ender.6.aspx
57. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med* [Internet]. 2003;18(1):23–30. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20114.x>
 58. Moret R, Chapple AG. Analysis of the effects of adjusting for binary non-confounders in a logistic regression model after all true confounders have been accounted for: A simulation study [Internet]. Brussels: Economics and Econometrics Research Institute (EERI); 2022. Available from: <https://hdl.handle.net/10419/273051>
 59. Magadi JP, Magadi MA. Ethnic inequalities in patient satisfaction with primary health care in England: Evidence from recent General Practitioner Patient Surveys (GPPS). *PLoS One*. 2022 Dec 21;17(12):e0270775-.
 60. Garlick Sarah. Ethnic group, England and Wales: Census 2021.
 61. Rumbaut RG, Massey DS. Immigration & Language Diversity in the United States. *Daedalus*. 2013 Jul 1;142(3):141–54.
 62. Fishman J. Reversing language shift: Theoretical and empirical foundations of assistance to threatened languages. 1997.
 63. Phinney Jean S. The Multigroup Ethnic Identity Measure: A New Scale for Use with Diverse Groups. *J Adolesc Res* [Internet]. 1992 Apr 1;7(2):156–76. Available from: <https://doi.org/10.1177/074355489272003>
 64. Tereucan-Angulo J, Galván-Cabello M, Briceño-Olivera C, Gallardo-Peralta L, Soto-Higuera A. Measurement invariance of the multigroup ethnic identity scale in elderly population belonging to andean indigenous peoples of northern Chile. *International Journal of Intercultural Relations* [Internet]. 2025;105:102139. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0147176725000021>
 65. Banegas Cardero JE. Nivel de satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencia del Centro de Diagnóstico Integral “Los Arales.” *MEDISAN*. 2014;18:942–7.
 66. Acosta L, Burrone MS, Lopez de Neira MJ, Lucchese M, Cometto C, Ciuffolini B, et al. Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global*. 2011;10:0.
 67. Galvan Vanegas G, Mañez Ortiz MÁ. Análisis del nivel de satisfacción de la atención de pacientes en el área de hospitalización clínica de un hospital oncológico de Guayaquil. *Oncología (Ecuador)*. 2023;33(1):81–90.
 68. Ruano AL, Rodríguez D, Rossi PG, Maceira D. Understanding inequities in health and health systems in Latin America and the Caribbean: a thematic series. *Int J Equity Health* [Internet]. 2021;20(1):94. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12939-021-01426-1>
 69. Institute of medicine. Crossing the quality chasm: A New Health System for the 21st Century. 2001.
 70. Hayek S, Derhy S, Smith ML, Towne SD, Zelber-Sagi S. Patient satisfaction with primary care physician performance in a multicultural population. *Isr J Health Policy Res*. 2020;9(1):13.
 71. Ministerio de Salud. Plan Nacional de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención 2011-2021. Lima; 2011.

72. Han X, Call KT, Pintor JK, Alarcon-Espinoza G, Simon AB. Reports of Insurance-Based Discrimination in Health Care and Its Association With Access to Care. *Am J Public Health*. 2015 Apr 23;105(S3):S517–25.
73. Shamai M, Kimhi S. Exposure to threat of war and terror, political attitudes, stress, and life satisfaction among teenagers in Israel. *J Adolesc*. 2006;29(2):165–76.
74. Bhugra D, Thompson N, Piracha S, Kapoor J, Oommen G, Wing JC. Mental Health of Ethnic Minority Elders in West London : Pathways into secondary care. *Indian J Psychiatry*. 2003;45(2).
75. Oliver RL. A Cognitive Model of the Antecedents and Consequences of Satisfaction Decisions. *Journal of Marketing Research*. 1980;17(4):460–9.
76. Conigliaro J, Whittle J, Good CB, Hanusa BH, Passman LJ, Lofgren RP, et al. Understanding Racial Variation in the Use of Coronary Revascularization Procedures: The Role of Clinical Factors. *Arch Intern Med*. 2000 May 8;160(9):1329–35.
77. Nayback A. Health Disparities in Military Veterans with PTSD: Influential Sociocultural Factors. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*. 2008;46(6):42–51.
78. Johnson RL, Saha S, Arbelaez JJ, Beach MC, Cooper LA. Racial and ethnic differences in patient perceptions of bias and cultural competence in health care. *J Gen Intern Med [Internet]*. 2004;19(2):101–10. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2004.30262.x>
79. Arce-Villalobos LR, Toro-Huamanchumo CJ, Melgarejo-Castillo A, Taype-Rondan A. Language teaching in Peruvian medical schools. *Revista Facultad de Medicina*. 2017;65(4):583–8.
80. Quispe RC, Muñoz EM, Cadillo A V., Ticse R. Perception of medical communication skills during the clinical interview in a Peruvian teaching hospital: validation and application of an assessment tool. *Medwave*. 2019;19(9).
81. Bhopal RS. Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies: Foundations for better epidemiology, public health, and health care. Oxford University Press; 2007.
82. Jenkins R. *Rethinking Ethnicity*. 2nd ed. London; 2008.

X. ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA-CIEI-688-2-24

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité Institucional de Ética en Investigación, bajo la categoría de revisión **EXENTO**. La aprobación será informada en la sesión más próxima del comité.

Título del Proyecto : **“Minoría étnica y satisfacción del servicio en pacientes atendidos por consultorio externo de la encuesta nacional ENSUSALUD, 2016”**
Código SIDISI : **216340**
Investigador(a) principal(es) : **Cabanillas Lazo Miguel Francisco**

La **aprobación** incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación, versión 3.0 de fecha 14 de septiembre del 2024.**

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. La categoría de **EXENTO** es otorgado al proyecto por un periodo de cinco años en tanto la categoría se mantenga y no existan cambios o desviaciones al protocolo original. El investigador está exonerado de presentar un reporte del progreso del estudio por el periodo arriba descrito y sólo alcanzará un informe final al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **Domingo 30 de diciembre del 2029**.

El presente proyecto de investigación sólo podrá iniciarse después de haber obtenido la(s) autorización(es) de la(s) institución(es) donde se ejecutará.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 30 de diciembre del 2024



Manuel Raul Perez Martinot
Presidente
Comité Institucional de Ética en Investigación
Universidad Peruana Cayetano Heredia

ANEXO 2

Características asociadas a la inclusión de pacientes en el análisis final (n=13275)

Características	Incluido en el análisis		p*
	No	Si	
	(n=943) n (%)	(n=12332) n (%)	
Sexo			0.022
Femenino	377 (65.8)	4827 (59.8)	
Masculino	566 (34.2)	7505 (40.2)	
Edad (años)**	44 (30-57)	43 (29-56)	0.190
Región de procedencia			0.977
Costa	385 (67.8)	4974 (67.5)	
Sierra	368 (22.6)	4920 (23.0)	
Selva	190 (9.6)	2438 (9.5)	
Nivel educativo †			0.004
Primaria completa o menor	165 (18.0)	2336 (15.3)	
Secundaria	299 (31.0)	4634 (40.6)	
Superior técnica	210 (22.1)	2513 (20.0)	
Superior universitaria o posgrado	269 (28.9)	2840 (24.1)	
Enfermedad crónica			0.045
No	415 (41.7)	5654 (47.1)	
Si	528 (58.4)	6678 (52.9)	
Seguro de salud			0.511
No	886 (91.9)	11635 (92.9)	
Si	57 (8.1)	697 (7.1)	
Comprensión de la enfermedad †			0.377
Todo	7734 (62.7)	587 (62.3)	
Mucho	1840 (14.9)	117 (12.4)	
Ni poco ni mucho	1163 (9.4)	84 (8.9)	
Poco	566 (4.6)	38 (4.0)	
Nada	32 (0.3)	4 (0.4)	
Tiempo de espera (minutos) **	59 [30-110]	80 [40-150]	<0.001
Tipo de seguro			<0.001
MINSA-GR	5944 (48.2)	293 (31.1)	
ESSALUD	5351 (43.4)	488 (51.8)	
FFAA y PNP	466 (3.8)	53 (5.6)	
Clínica particular	571 (4.6)	109 (11.5)	
Categoría de la IPRESS			<0.001
Primer nivel de atención	2304 (18.8)	165 (17.6)	
Segundo nivel de atención	8116 (66.1)	566 (60.5)	
Tercer nivel de atención	1862 (15.1)	205 (21.9)	

Minoría étnica			0.001
No	909 (94.9)	11930 (97.7)	
Si	34 (5.1)	402 (2.3)	

Puntaje de satisfacción de la atención médica † ‡	122.9 ± 1.1	127.5 ± 0.4	<0.001
---	-------------	-------------	------------------

* La significancia estadística se obtuvo comparando las frecuencias de las variables considerando el muestreo complejo de la encuesta.

**Prueba de spearman sin consideración del muestreo complejo de la encuesta (mediana [Rango intercuartílico]).

† La variable tiene menos de 13275 observaciones.

‡ Prueba t de Student considerando muestreo complejo de la encuesta (media ± desviación estándar).
