

DERECHO A LA SALUD Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO



Jheysen Luis Baldeón Diego
Isaías Fausto Medina Espinoza
Elda Nelly Moya Málaga
Johnny Walter Carbajal Jiménez



**EDITORIAL
KUNTUR**

Derecho a la salud y la satisfacción del usuario externo/ Jheysen Luis Baldeón Diego
- Isaías Fausto Medina Espinoza - Elda Nelly Moya Málaga - Johnny Walter Carbajal
Jiménez. La Paz: Editorial Kuntur, 2024

73 pp.

ISBN: 978-9917-9725-4-9

1. derechos humanos, 2. satisfacción, 3. calidad, 4. servicios de salud, 5. bien común

Derecho a la salud y la satisfacción del usuario externo

Depósito legal: 4-1-345-2024

ISBN: 978-9917-9725-4-9

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10530429>

@ Jheysen Luis Baldeón Diego
@ Isaías Fausto Medina Espinoza
@ Elda Nelly Moya Málaga
@ Johnny Walter Carbajal Jiménez

Edición

Editorial Kuntur

Diseño de carátula y composición:

Freddy Raúl Calienes Quelopana

Edición electrónica:

Editorial Kuntur

© Editorial Kuntur

La Paz, Bolivia

www.editorialkuntur.com

Editado en Bolivia/ *Published in Bolivia*

Primera Edición: enero de 2024

Todas nuestras publicaciones son sometidas a un proceso de arbitraje doble ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.



Licencia *Creative Commons* Reconocimiento - NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License

DERECHO A LA SALUD Y LA SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO

Jheysen Luis Baldeón Diego

Isaías Fausto Medina Espinoza

Elda Nelly Moya Málaga

Johnny Walter Carbajal Jiménez



**EDITORIAL
KUNTUR**

ÍNDICE DE TABLAS.....	7
INTRODUCCIÓN	8

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO Y SOCIAL	10
1.1 Concepción del derecho.....	10
1.2. La salud y los derechos humanos	12
1.2.1. Componentes básicos del derecho a la salud.....	13
1.2.2 Tratados de derechos humanos que incluyen el derecho a la salud.....	15
1.3. Derecho social a la salud y derechos conexos.....	17
1.4. Alcances del derecho a la salud	18
1.5. Derecho a la salud como bien común	19
1.6. Determinantes sociales del derecho a la salud.....	20
1.6.1. Vivienda	21
1.6.2. Alimentación.....	23
1.6.3. Trabajo y seguridad social	24
1.7. Derecho a la salud y desigualdades.....	25
1.8. Despolitización de los derechos sociales.....	26

CAPÍTULO II

SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN SERVICIOS DE SALUD.....	27
2.1. Satisfacción del usuario.....	27
2.1.1. Expectativas.....	28
2.1.2. Percepción.....	30
2.1.3. Estrategias para mejorar la percepción en servicios de salud.....	32
2.2. Calidad y satisfacción.....	33
2.3. Aplicaciones de la calidad en los servicios de salud	35
2.4. Modelo SERVQUAL.....	36
2.4.1. Componentes.....	37
2.4.2. Brechas	43
2.4.3. Elementos de medición.....	45
2.4.4. Ventajas y desventajas.....	45

CAPÍTULO III

DERECHOS AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL PERÚ	47
3.1. Situación problemática.....	47
3.1.1. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en el Perú.....	49
3.2. Diseño y tipo de investigación.....	50
3.3. Población y muestra	50
3.3.1. Población.....	50
3.3.2. Muestra.....	50
3.4. Técnicas e instrumentos de investigación.....	51
3.5. Resultados.....	51
3.5.1. Resultados descriptivos.....	51
3.5.2. Resultados inferenciales.....	52

3.6. Discusión de resultados.....	56
3.7. Conclusiones y recomendaciones.....	58
3.7.1. Conclusiones.....	58
3.7.2. Recomendaciones.....	60
REFLEXIONES FINALES.....	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	64

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	
<i>Prueba de normalidad</i>	56

Tabla 2	
<i>Matriz de correlaciones</i>	57

El presente libro aborda una temática de gran relevancia en el campo de la salud pública: la relación entre el ejercicio de los derechos ciudadanos de acceso a los servicios de salud y la satisfacción de los usuarios externos que acuden a establecimientos del sector salud. El trabajo se estructura en tres capítulos, a través de los cuales se realiza un recorrido conceptual y empírico para analizar el vínculo entre las variables de interés.

- **En el primer capítulo:** se presentan generalidades conceptuales sobre el derecho a la salud desde una perspectiva de derechos humanos y sociales. Se abordan temas como los componentes básicos de este derecho, su consagración en tratados internacionales, su interrelación con otros derechos conexos, sus alcances, determinantes sociales y problemas en su ejercicio real como la desigualdad en el acceso y la despolitización de los derechos sociales. Asimismo, se concibe al derecho a la salud no solo como un asunto individual, sino también como un bien público y colectivo.
- **El segundo capítulo:** se enfoca en el concepto de satisfacción de usuarios y su medición a partir de percepciones sobre la calidad. Para ello, se expone el modelo SERVQUAL, que permite evaluar la calidad de los servicios mediante cinco dimensiones: fiabilidad, seguridad, tangibilidad, capacidad de respuesta y empatía. A su vez, este modelo identifica brechas entre las expectativas y percepciones de los usuarios. De esta manera, se disponen de herramientas para determinar los niveles de satisfacción como resultado de la prestación de servicios públicos.
- **El tercer capítulo:** Sobre la base de este marco teórico, en el tercer capítulo se aborda el estudio del caso peruano, específicamente analizando los servicios brindados en un hospital durante el año 2020. Luego de describir los derechos contemplados en la legislación nacional para los usuarios de los servicios de salud, se delinea una investigación cuantitativa, no experimental y correla-

cional para medir la relación entre el ejercicio de cinco derechos específicos (atención de emergencias, libre elección de médico, atención con libertad de juicio clínico, segunda opinión médica y acceso a medicamentos), y el nivel de satisfacción de los usuarios externos.

Los resultados, discutidos a la luz de la teoría y los antecedentes, permitirán extraer conclusiones sobre estas asociaciones y realizar recomendaciones tanto para mejorar las políticas públicas en salud como para futuras investigaciones. De este modo, el estudio realiza aportes significativos en al menos dos planos. Por una parte, genera evidencia empírica sobre un tema poco explorado en el país como es el ejercicio de derechos de los usuarios de los servicios de salud pública y su impacto en la calidad percibida de la atención. Por otra parte, contribuye también a la generación de conocimiento científico social que permita seguir consolidando el acceso universal a la salud como un derecho humano fundamental.

CAPÍTULO I

GENERALIDADES DE LA SALUD COMO DERECHO HUMANO Y SOCIAL

1.1 Concepción del derecho

La concepción de la salud como un derecho humano tiene sus orígenes en los albores del siglo XX, enmarcada en el desarrollo del derecho internacional de los derechos humanos luego de la Segunda Guerra Mundial (Quintero, 2019). De acuerdo con Quintero (2019), la noción de derechos humanos surge ante las atrocidades cometidas durante la guerra, generando un consenso global sobre la necesidad de establecer estándares éticos fundamentales que protejan la vida y dignidad humana. En este contexto, en 1948 la Asamblea General de las Naciones Unidas aprueba la Declaración Universal de Derechos Humanos, que en su artículo 25 reconoce el derecho a la salud como parte del derecho a un nivel de vida adecuado (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 1948). Según señalan Tarasco y Rodríguez (2020), este hito marca el inicio formal de la conceptualización de la salud como un derecho humano fundamental y no simplemente como un servicio o beneficio.

Posteriormente, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 desarrolla en mayor profundidad el contenido del derecho a la salud en su artículo 12 (Asamblea General de la ONU, 1966). De acuerdo con Gostin (2014), este tratado codifica formalmente el derecho a la salud dentro del

derecho internacional, detallando los compromisos estatales para garantizar su cumplimiento. En esencia, el reconocimiento de la salud como un derecho humano parte de una visión integral de los derechos humanos que trasciende la dimensión civil y política, incluyendo, a su vez, los derechos económicos, sociales y culturales (Chapman, 2019). Como plantea Yamin (2018), la salud pasa a ser entendida no solo como la ausencia de enfermedad, sino en relación con factores sociales, económicos y ambientales que impactan el bienestar de las personas.

Desde un enfoque sociojurídico, la conceptualización de la salud como un derecho humano conlleva obligaciones legales de los Estados para tomar medidas que protejan y promuevan la salud pública mediante políticas, programas y servicios accesibles y de calidad (Chapman, 2019). Esto representa un cambio fundamental respecto a considerar la salud simplemente como un servicio privado sujeto a las leyes del mercado (Yamin, 2018).

Según Hunt (2020), el reconocimiento legal de la salud como un derecho humano tiene profundas implicaciones éticas y prácticas:

- Otorga poder moral y legal a individuos y comunidades para reclamar medidas estatales que mejoren su salud.
- Obliga a los gobiernos a rendir cuentas por el cumplimiento progresivo del derecho a la salud.
- Proporciona parámetros claros para la formulación de políticas y asignación de recursos orientados a reducir desigualdades en salud.
- Promueve enfoques multisectoriales para abordar determinantes sociales de la salud.
- Permite evaluar y exigir el cumplimiento de estándares mínimos para la atención médica.

En síntesis, la progresiva conceptualización de la salud como un derecho humano a nivel global sentó las bases para el desarrollo de iniciativas concretas orientadas a universalizar el acceso a una atención de salud de calidad, con especial énfasis en grupos vulnerables (Vázquez et al., 2019). Como plantea Gostin (2014), la salud deja de ser un privilegio para convertirse en un derecho exigible que los Estados tienen el deber de respetar, proteger y realizar.

En el contexto peruano, si bien el derecho a la salud se encuentra recogido formalmente en la Constitución de 1993, en la práctica su materialización enfrenta brechas y desafíos importantes. De acuerdo con el estudio de Valdivia (2020), el sistema de salud peruano mantiene grandes inequidades en el acceso y calidad de los servicios de salud entre poblaciones urbanas y rurales, así como entre asegurados y no asegurados. Entre los factores que explican estas brechas se encuentran las debilidades en la rectoría del Ministerio de Salud, la segmentación del sistema de aseguramiento y las falencias en infraestructura y recursos humanos en el primer nivel de atención (Valdivia, 2020).

1.2. La salud y los derechos humanos

La relación indivisible entre la salud y los derechos humanos se fundamenta en la idea de que gozar del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental, y a la vez, el cumplimiento de los derechos humanos es esencial para la salud pública (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). Según expone Quintero (2019), la protección de la salud trasciende el ámbito médico para ubicarse en el campo de la justicia social, los derechos económicos y la dignidad humana.

De acuerdo con Hunt et al. (2015), conceptualizar la salud como un derecho humano tiene consecuencias políticas y éticas cruciales, entre las que destacan:

- Reconoce la responsabilidad primordial de los Estados de garantizar el derecho a la salud mediante sistemas de salud integrales y universales.
- Pone de relieve que los determinantes sociales de la salud, como la pobreza, la discriminación y la falta de acceso a educación o agua potable, son violaciones de derechos humanos.
- Otorga mayor poder a individuos y comunidades para exigir servicios de salud adecuados.
- Promueve la participación ciudadana en la formulación de políticas de salud pública.
- Brinda un marco jurídico y ético para responsabilizar a los Estados por las inequidades en salud.

En esta línea, Chapman (2019) sostiene que abordar los determinantes sociales de la salud desde un enfoque de derechos humanos contribuye a superar desigualdades injustas y evitables en el acceso a la atención de la salud. Según indica, en la medida que se protejan y promuevan los derechos humanos de grupos vulnerables, se crean las condiciones para una mejor salud física y mental.

Algunos hitos históricos que marcaron la progresiva codificación de la salud como derecho humano son (Hunt et al., 2015; Quintero, 2019):

- La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), que reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado para la salud.
- La creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, declaró la salud como un derecho humano fundamental.
- El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), que desarrolla en detalle el derecho a la salud.
- La Declaración de Alma-Ata (1978), que establece la meta de “salud para todos” mediante atención primaria en salud.
- La Observación General N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU (2000), que precisa el contenido normativo del derecho a la salud.

En síntesis, el marco conceptual y jurídico de los derechos humanos en relación con la salud evolucionó desde una noción inicial sobre el derecho a la atención sanitaria hasta una comprensión integral que incluye los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud colectiva (OMS, 2022).

1.2.1. Componentes básicos del derecho a la salud

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental que tiene múltiples dimensiones interrelacionadas que en conjunto definen su contenido integral. La Observación General N.º 14 del Comité DESC de la ONU del año 2000 establece los siguientes componentes normativos centrales que deben cumplirse para la realización progresiva del derecho a la salud (Defensoría del Pueblo, 2021):

- a. **Disponibilidad:** Implica que los Estados deben contar con un número adecuado de establecimientos, programas, bienes, servicios públicos de salud y personal médico capacitado, de acuerdo al tamaño de la población y los perfiles epidemiológicos del país. Según Hunt (2013), la disponibilidad requiere específicamente:
- **Una red de centros y puestos de salud:** distribuidos estratégicamente, que permitan garantizar el acceso geográfico de toda la población a la atención primaria. Los centros deben contar con las instalaciones, equipos, insumos y medicamentos esenciales para brindar una atención integral y resolver la mayor parte de necesidades sanitarias.
 - **Hospitales regionales y nacionales:** en número suficiente, que cuenten con unidades especializadas, quirófanos, servicios diagnósticos y farmacias para la atención de emergencias, cirugías complejas y problemas de mayor severidad. Los hospitales deben tener la capacidad resolutive para la referencia desde el primer nivel de atención.
 - **Un número adecuado de profesionales de la salud:** capacitados en relación al tamaño de la población, incluyendo médicos generalistas y especialistas, enfermeras, obstétricos, técnicos y personal de apoyo. Su distribución geográfica debe garantizar la atención de salud en zonas urbanas y rurales.
 - **Medicamentos esenciales, vacunas y tecnologías sanitarias apropiadas:** en cantidades suficientes en función de la carga de enfermedad y las necesidades de salud pública del país. El Estado debe garantizar su disponibilidad en todos los centros de los diferentes niveles de atención.
- b. **Accesibilidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos sin discriminación. Hunt (2013) identifica cuatro dimensiones interrelacionadas de la accesibilidad:
- **No discriminación:** los servicios deben ser accesibles, aceptables y de calidad para los sectores más vulnerables y tradicionalmente marginados, sin distinción de raza, religión, origen étnico, orientación sexual, situación económica, ubicación geográfica o cualquier otra característica que pueda ser motivo de discriminación.

- **Accesibilidad física:** los centros y establecimientos de salud deben estar al alcance geográfico de todos los segmentos de la población, especialmente de grupos vulnerables como habitantes rurales, ancianos, mujeres embarazadas o personas con discapacidad. La atención primaria debe estar cerca a los lugares de vivienda y trabajo.
 - **Accesibilidad económica:** implica que los pagos por servicios de atención de la salud sean basados en el principio de equidad, para asegurar que los gastos de bolsillo asociados no impidan ni pongan en riesgo el acceso a la atención ni el goce de otros derechos y necesidades básicas de las personas.
 - **Acceso a la información:** comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información e ideas acerca de las cuestiones relacionadas con la salud. El Estado debe garantizar el acceso a información sobre políticas, programas, tratamientos y factores de riesgo, en formatos accesibles para todos los segmentos de la sociedad.
- c. **Aceptabilidad:** Implica que todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser culturalmente apropiados y sensibles, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, minorías y comunidades, así como sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida. Según la Defensoría del Pueblo (2021), esto incluye el derecho a recibir la atención sanitaria en condiciones que garanticen la confidencialidad de la información personal y el consentimiento informado.
- d. **Calidad:** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico, médico y técnico, y de óptima calidad. Ello requiere personal de salud capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios científicamente aprobados, en buen estado de funcionamiento, así como condiciones sanitarias e higiénicas adecuadas en los centros de atención (Hunt, 2013).

1.2.2 Tratados de derechos humanos que incluyen el derecho a la salud

El derecho a la salud se encuentra recogido en diversos tratados internacionales de derechos humanos que han contribuido a conceptualizar y codificar su contenido. Los principales instrumentos que consagran este derecho son (Defensoría del Pueblo, 2021; Hunt et al., 2015):

- **La Declaración Universal de Derechos Humanos (1948):** reconoce el derecho a un nivel de vida adecuado que asegure la salud, la asistencia médica, los servicios sociales necesarios, y el derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
- **El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966):** define el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Insta a los Estados a adoptar medidas para reducir la mortalidad y mortalidad infantil, el sano desarrollo de los niños, la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de enfermedades epidémicas, y la creación de condiciones que aseguren la asistencia médica y servicios médicos para todos en caso de enfermedad.
- **El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966):** prohíbe los experimentos médicos o científicos sin el libre consentimiento de la persona.
- **La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965):** garantiza el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales sin discriminación por motivos de raza, color u origen nacional o étnico.
- **La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979):** exige a los Estados garantizar a la mujer servicios apropiados en relación con el embarazo, parto y puerperio.
- **La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006):** estipula la prevención de discapacidades, la detección temprana e intervención, y el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud sensibles a sus necesidades específicas.

La Observación General N.º 14 del Comité DESC de la ONU (2000) consolidó estos tratados al definir en detalle las normas jurídicas internacionales sobre el derecho a la salud y las obligaciones de los Estados para garantizar su cumplimiento dentro de su jurisdicción territorial.

1.3. Derecho social a la salud y derechos conexos

El derecho a la salud forma parte integral de los derechos económicos, sociales y culturales. Según explica Perehudoff (2020), la salud es un derecho humano social que permite el ejercicio de otros derechos civiles y políticos. Los derechos sociales se diferencian de los derechos civiles y políticos en que requieren de la provisión de bienes y servicios por parte del Estado para su realización. Como plantea Quintero (2019), el derecho a la salud demanda una acción positiva de los gobiernos para asegurar el acceso universal a la atención sanitaria mediante sistemas públicos de salud.

A nivel internacional, el derecho a la salud está codificado principalmente en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966. Según Yamin (2008, citado en González, 2022), este tratado concibe el derecho a la salud de manera holística, refiriéndose no solo al derecho a acceder a atención de salud oportuna y apropiada, sino también a los principales factores determinantes de la salud, como acceso a agua limpia potable y condiciones sanitarias adecuadas, acceso a alimentos sanos y nutritivos, vivienda digna, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud.

La Observación General N.º 14 del Comité DESC de la ONU (2000) desarrolla el contenido normativo del derecho a la salud, delineando las siguientes obligaciones básicas de los Estados:

- Garantizar el derecho de acceso a los establecimientos, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria.
- Asegurar el acceso a una alimentación básica, a un hogar, vivienda y condiciones sanitarias básicas, y a medicamentos esenciales.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Adoptar y aplicar una política nacional de salud sobre la base de principios de equidad y estrategias que fijen prioridades para concentrarse en los grupos vulnerables.

En consecuencia, el derecho a la salud está interrelacionado con otros derechos humanos que conforman sus determinantes sociales, como el derecho a la alimentación, la vivienda, el agua y el saneamiento. Su garantía integral requiere respuestas multisectoriales del Estado (Chapman, 2019).

A nivel regional, el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 (Protocolo de San Salvador) reconoce en su artículo 10 el derecho a la salud entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social. Insta a los Estados a brindar atención primaria de la salud, extender los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos, y emprender acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.

En síntesis, el derecho universal a la salud es parte inherente de los derechos económicos y sociales que obligan al Estado a realizar acciones positivas para garantizar progresivamente su cumplimiento mediante sistemas públicos de salud integrales, accesibles y equitativos.

1.4. Alcances del derecho a la salud

El derecho a la salud tiene un alcance integral que va más allá del simple acceso a la atención de salud. De acuerdo con Hunt y Backman (2018), este derecho abarca libertades y derechos interrelacionados:

- El derecho al control de la salud y el cuerpo, incluyendo la libertad sexual y reproductiva y el derecho a no padecer injerencias como la tortura y tratamientos médicos no consentidos.
- El derecho a no discriminación y trato igual en la prestación de servicios de salud públicos y privados.
- El derecho a recibir atención de la salud oportuna y apropiada, que debe ser: disponible en suficiente cantidad, accesible física y económicamente, aceptable culturalmente y de buena calidad.
- El derecho a los factores subyacentes determinantes de la salud, como alimentación y nutrición adecuadas, vivienda digna, acceso a agua potable y a condiciones de saneamiento adecuadas, condiciones de trabajo seguras y sanas, y un medio ambiente sano.

- El derecho a la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los ámbitos comunitario, nacional e internacional.

Por tanto, el derecho a la salud no se limita a la prestación de servicios de atención médica. Como señalan Hunt y Mesquita (2016), conlleva obligaciones de los Estados para abordar las causas subyacentes de los problemas de salud, como la desnutrición, el acceso inadecuado al agua potable y las malas condiciones sanitarias, de vivienda y laborales. Asimismo, Chapman (2019) enfatiza que la plena realización del derecho a la salud demanda enfoques multisectoriales y participativos que aborden de manera integral sus determinantes sociales. Esto implica políticas intersectoriales en educación, empleo, vivienda, protección social y otros ámbitos.

Por otro lado, el derecho a la salud debe interpretarse como un derecho inclusivo que prohíbe la discriminación y prioriza a los grupos vulnerables. Como afirma Gostin (2014), los Estados tienen la obligación fundamental de garantizar al menos niveles esenciales de atención de salud para todos como un derecho legal exigible, antes que como un servicio privado sujeto a las leyes del mercado.

1.5. Derecho a la salud como bien común

La salud puede y debe ser entendida como un bien común que atañe e interesa al conjunto de la sociedad. Esta visión se contrapone a la concepción individualista que reduce la salud a un asunto privado o un bien de consumo más, sujeta únicamente a decisiones individuales (Lema, 2022).

Un bien común se define como aquel cuyos beneficios son compartidos amplia y equitativamente por la sociedad en su conjunto. De acuerdo con Marmot (2020), la salud encaja perfectamente en esta definición, porque tiene un valor crucial tanto para cada persona y comunidad como para la población en general. La salud pública puede considerarse un bien común global, ya que la salud de cualquier individuo o población en cualquier lugar del mundo nos impacta potencialmente a todos (Chapman, 2019). Las enfermedades infecciosas no respetan fronteras geográficas, de modo que su prevención y control efectivo requiere indefectiblemente de esfuerzos mancomunados de cooperación a nivel regional y global.

Desde el enfoque de las capacidades humanas desarrollado por la filósofa Martha Nussbaum, una vida humana plena y digna requiere de ciertas capacidades básicas para todo ser humano, entre las cuales se encuentra la salud. Por ello, garantizar estas capacidades centrales para todos los miembros de una sociedad debe ser una meta común y una obligación primordial de los Estados (Perehudoff et al., 2021). Además, como plantea Perehudoff (2020), alcanzar el más alto nivel posible de salud permite a las personas participar y contribuir activa y plenamente a la vida social, cultural, económica y política de sus naciones y comunidades. En ese sentido, la protección de la salud pública fomenta la productividad, la innovación, la creatividad y el desarrollo del capital humano, generando amplios beneficios compartidos para el progreso de toda la sociedad.

La concepción de la salud como bien común conlleva que su cuidado y promoción sean una responsabilidad colectiva que compete al Estado, como representante de la sociedad en su conjunto, y no únicamente una cuestión individual privada. Un sistema de salud público, universal, equitativo y de calidad se fundamenta precisamente en la noción de reciprocidad y solidaridad social frente a los diversos riesgos que amenazan la salud de la población (Marmot, 2020).

1.6. Determinantes sociales del derecho a la salud

El concepto de determinantes sociales de la salud se refiere a las condiciones sociales en las que viven y trabajan las personas, que impactan su salud y bienestar (OMS, 2021). Según Chapman (2019), los determinantes sociales comprenden factores como la nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable, las condiciones laborales y el medio ambiente, entre otros. Estos determinantes reflejan las inequidades sociales y económicas subyacentes que influyen en la salud de individuos y poblaciones.

Según Lema (2022), la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS estableció tres principios básicos en su informe final del año 2008:

- a. La injusticia social está acabando con vidas. Las desigualdades en salud están determinadas políticamente.
- b. La actuación sobre los determinantes sociales de la salud es una necesidad ética. La existencia de un gradiente social en salud es inaceptable.

- c. Los determinantes sociales y sus impactos deben abordarse mediante políticas públicas. La promoción de la equidad desde el principio es la forma más efectiva de garantizar poblaciones sanas.

En consecuencia, abordar los determinantes sociales desde un enfoque de derechos humanos es fundamental para avanzar hacia la equidad en salud y el derecho a la salud para todos. Como plantea Hunt (2020), la plena realización del derecho a la salud exige estrategias amplias para reducir las desigualdades en los determinantes subyacentes mediante políticas intersectoriales.

Esta introducción sienta las bases para analizar con mayor profundidad algunos determinantes sociales clave del derecho a la salud, como la vivienda, la alimentación, el trabajo y la seguridad social, entre otros que serán abordados en subapartados posteriores.

1.6.1. Vivienda

La vivienda es un determinante social clave de la salud y componente esencial del derecho a un nivel de vida adecuado. Las condiciones de la vivienda repercuten directamente en la salud física y mental de las personas (OMS, 2018).

Según Chapman (2019), algunos aspectos relacionados con la vivienda que influyen en la salud son el hacinamiento, la calidad de los materiales de construcción, las instalaciones sanitarias, la protección contra el frío y el calor, la humedad, el riesgo de lesiones y la seguridad. Las malas condiciones habitacionales están vinculadas con enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, lesiones accidentales y problemas de salud mental.

De acuerdo con Lema (2022), el derecho a una vivienda digna está consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, entre ellos la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11). No obstante, millones de personas en el mundo aún no disfrutan de este derecho.

Según un informe de la ONU-Hábitat (2020), en 2018 más de mil millones de personas residían en asentamientos precarios, carentes de condiciones de habitabilidad seguras y saludables. Asimismo, la Relatora Especial de la ONU sobre vivienda adecuada estima que al menos 1.600 millones de personas no tienen

acceso a una vivienda digna (Farha, 2019). Esta situación perpetúa problemas de salud evitables y viola el derecho humano a la salud.

Diversos estudios evidencian las interrelaciones entre las precarias condiciones de vivienda y múltiples problemas de salud (Thomson et al., 2013):

- La falta de acceso a agua potable y saneamiento se asocia con tasas más altas de enfermedades diarreicas y parasitarias.
- La exposición al frío o calor extremo en la vivienda está vinculada a mayor morbilidad cardiovascular y respiratoria.
- La humedad y el moho en las viviendas se relacionan con síntomas de asma, rinitis alérgica y otros problemas respiratorios.
- El hacinamiento incrementa el riesgo de tuberculosis, gripe, sarampión y otras enfermedades infecciosas que se transmiten por vía respiratoria.
- Las viviendas con instalaciones eléctricas deficientes y mala ventilación tienen mayor prevalencia de enfermedades tropicales como malaria, dengue y fiebre amarilla.
- La inseguridad en los barrios marginales genera estrés crónico que afecta la salud mental de niños y adultos.

Por tanto, garantizar el derecho a una vivienda adecuada para todos requiere políticas públicas intersectoriales que integren la planificación urbana, la inversión en infraestructura básica y los programas sociales de acceso a la vivienda digna como componentes centrales para promover la equidad en salud (Shaw, 2014). Desde la perspectiva de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de destinar el máximo de recursos disponibles para que todos disfruten de un estándar de vivienda que brinde seguridad física, espacio suficiente, protección del frío, la humedad, el calor, la lluvia, amenazas para la salud y riesgos estructurales (Farha, 2019). El progreso en el derecho a la salud depende de políticas intersectoriales que aborden sus determinantes sociales, incluyendo el acceso universal a viviendas saludables.

1.6.2. Alimentación

La alimentación es un determinante social crucial de la salud, por lo que el derecho a una nutrición adecuada es parte inherente del derecho a la salud. Una alimentación suficiente, nutritiva y de calidad es esencial para un crecimiento y desarrollo saludables, mientras que la malnutrición está asociada a diversas enfermedades y mayor mortalidad (OMS, 2018).

La Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 25) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículo 11) establecen el derecho fundamental de toda persona a un nivel de vida adecuado, incluyendo alimentación, vestido y vivienda. Asimismo, la Observación General N.º 12 del Comité DESC reconoce el derecho a una nutrición adecuada como parte intrínseca del derecho a la salud (Lema, 2022).

Según de Schutter (2014), el derecho a una alimentación adecuada implica la disponibilidad de alimentos en cantidad y calidad suficientes para satisfacer las necesidades alimentarias de los individuos, libres de sustancias nocivas y culturalmente aceptables. Abarca la accesibilidad económica y física a estos alimentos de manera sostenible y sin comprometer el goce de otros derechos humanos.

A pesar de esto, el hambre y la malnutrición persisten en el mundo. El Estado de la Seguridad Alimentaria y la Nutrición en el Mundo 2020 estimó que casi 690 millones de personas padecían hambre y más de 2000 millones tenían deficiencias de micronutrientes (FAO et al., 2020). Estas cifras evidencian fallas sistémicas en la realización del derecho humano a la alimentación y sus efectos adversos en la salud pública global.

La malnutrición en cualquiera de sus formas afecta negativamente la salud a lo largo del ciclo de vida (OMS, 2018):

- La desnutrición materna e infantil causa retraso en el crecimiento, menor capacidad cognitiva y mayor riesgo de enfermedades infecciosas en los niños.
- La carencia de micronutrientes como vitamina A, yodo y hierro ocasiona ceguera, problemas neurológicos y anemia, respectivamente.
- El sobrepeso y la obesidad incrementan el riesgo de padecer diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer y trastornos musculoesqueléticos.

En consecuencia, el cumplimiento del derecho universal a la salud requiere que los Estados garanticen entornos alimentarios saludables, educación nutricional, regulación de la publicidad de alimentos no saludables y sistemas alimentarios sostenibles que permitan el acceso físico y económico a dietas nutritivas para toda la población (Chapman, 2019).

Desde un enfoque de derechos humanos, la meta de poner fin al hambre y todas las formas de malnutrición exige medidas intersectoriales y participación social amplia para abordar los determinantes estructurales subyacentes a la inseguridad alimentaria, incluyendo la pobreza, desigualdad y sistemas alimentarios insostenibles (FAO, 2019).

1.6.3. Trabajo y seguridad social

Las condiciones laborales y la seguridad social son determinantes sociales clave de las desigualdades en salud. El empleo precario, los bajos salarios, la informalidad laboral y la falta de protección social generan vulnerabilidad y afectan negativamente la salud física y mental de los trabajadores y sus familias (OMS, 2021).

El derecho al trabajo digno está consagrado en la Declaración Universal de Derechos Humanos (artículo 23) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 6 y 7). Incluye el derecho a condiciones de trabajo seguras, remuneración justa, descanso, límites razonables de horas laborales y libertad sindical (Naciones Unidas, 2020). Asimismo, la seguridad social es un derecho humano reconocido en numerosos tratados internacionales. Implica el acceso a servicios de salud, prestaciones para familias y niños, pensiones, seguro de desempleo, accidentes laborales y enfermedades profesionales, entre otras medidas de protección social (Sepúlveda, 2019).

Pese a este marco normativo, la OIT (2020) estima que más de la mitad de la población mundial carece de protección social adecuada. Esta situación perpetúa problemas de salud prevenibles y niega el derecho humano universal a la salud. Algunos ejemplos son los que siguen:

- Los trabajadores informales no cuentan con seguridad social ni prestaciones de salud, lo que incrementa su vulnerabilidad frente a enfermedades.
- La falta de una pensión digna en la vejez aumenta el riesgo de pobreza y mala salud entre los adultos mayores.

- La ausencia de licencias por enfermedad o atención médica disuade a los trabajadores de buscar diagnóstico y tratamiento oportunos.
- El desempleo prolongado se asocia con mayor incidencia de problemas de salud mental como depresión y ansiedad.

En consecuencia, la OMS (2021) insta a los Estados a fortalecer los sistemas de protección social universal y las regulaciones laborales para mitigar las desigualdades en salud derivadas de las condiciones de empleo y trabajo. Esto requiere invertir en programas integrales de seguridad social y promover entornos de trabajo seguros y saludables. Desde un enfoque de derechos humanos, el trabajo decente y la protección social universal son cruciales para reducir las inequidades estructurales que afectan la salud de los grupos más vulnerables. Su garantía demanda respuestas intersectoriales y participación activa de los trabajadores (Hunt, 2020). Solo así será posible avanzar hacia la plena realización del derecho a la salud.

1.7. Derecho a la salud y desigualdades

La salud y sus determinantes sociales se distribuyen de manera desigual tanto entre países como al interior de ellos. Estas desigualdades en salud reflejan brechas e inequidades estructurales que violan el derecho humano universal a la salud (OMS, 2022). Chapman (2019) señala que las desigualdades en salud siguen un gradiente social donde cada descenso en la posición socioeconómica se asocia a peores resultados sanitarios. Los grupos más desfavorecidos -como minorías étnicas, migrantes, mujeres y niños- sufren tasas más altas de morbilidad y mortalidad prematura.

Entre los factores que perpetúan estas inequidades en salud se encuentran (Lema, 2022; Hunt et al., 2015):

- Distribución desigual de la riqueza y el poder político.
- Brechas en el acceso a servicios de salud, agua potable, alimentación y vivienda.
- Exposición diferencial a condiciones laborales de riesgo.
- Discriminación por género, etnia, nivel socioeconómico u orientación sexual.

- Impactos adversos del cambio climático en poblaciones pobres.

Desde la perspectiva de derechos humanos, reducir las injustas desigualdades en salud entre grupos sociales y países es una prioridad ética urgente que los Estados tienen obligación de afrontar progresivamente, dedicando el máximo de recursos disponibles (Hunt et al., 2015). Como sostiene Marmot (2020), la equidad en salud solo será posible mediante políticas intersectoriales que aborden las causas estructurales subyacentes a estas desigualdades inaceptables, tanto dentro como entre los países. Este es el espíritu del derecho humano a la salud.

1.8. Despolitización de los derechos sociales

Los derechos sociales como la salud han sido históricamente despojados de su naturaleza política y reducidos a cuestiones técnicas o administrativas sujetas a la disponibilidad presupuestal (Palacios, 2020). Esta despolitización niega su esencia como derechos humanos exigibles y facilita que sean tratados como servicios privados o beneficios discrecionales. Según Yamin (2008, citado en González, 2022), la judicialización de los derechos económicos y sociales en América Latina ha estado enfocada en el incumplimiento administrativo de obligaciones legales, sin atender las causas políticas y estructurales subyacentes como la desigual distribución del poder y los recursos. De este modo, el potencial emancipador de los derechos sociales queda neutralizado.

Asimismo, Courtis (2006, citado en Ferreyra, 2021) arguye que reducir la exigibilidad de los derechos sociales a reclamos individuales por vía judicial o administrativa despolitiza las demandas colectivas por una distribución más justa del bienestar social. La materialización de estos derechos depende de decisiones políticas fundamentales sobre el modelo económico y el gasto público.

La despolitización también se expresa en el énfasis exclusivo en indicadores cuantitativos y técnicos de cobertura en salud, sin considerar los aspectos éticos y de justicia redistributiva que conllevan estos derechos (Palacios, 2020). Como señala Fraser (2008, citada en Tapia, 2021), el enfoque tecnocrático oculta que la realización de derechos sociales universales demanda transformar estructuralmente patrones devaluados de distribución política, económica y cultural.

CAPÍTULO II

SATISFACCIÓN DE USUARIOS EXTERNOS EN SERVICIOS DE SALUD

2.1. Satisfacción del usuario

La satisfacción del usuario se define como el nivel del estado de ánimo de una persona que resulta de comparar el rendimiento percibido de un producto o servicio con sus expectativas (Kotler y Keller, 2016). En el contexto de los servicios de salud, la satisfacción del usuario externo o paciente es un componente central en la calidad de la atención, y un objetivo importante para los sistemas y organizaciones de salud (Bleich et al., 2019). La satisfacción del usuario externo está determinada por múltiples factores que incluyen aspectos personales, organizacionales y del entorno. Entre los principales determinantes de la satisfacción del paciente se encuentran las expectativas y la percepción del servicio recibido (Kessler et al., 2020).

Las expectativas hacen referencia a las esperanzas y creencias previas que tienen los usuarios con respecto al servicio de salud (Almeida et al., 2017). Son puntos de referencia a partir de los cuales las personas evalúan su experiencia de servicio. Las expectativas se forman a partir de necesidades personales, experiencias pasadas, comentarios de otras personas y comunicaciones externas de la organización, entre otros (Kessler et al., 2020; Tigu et al., 2015). En el contexto de la salud, las expectativas más frecuentes están relacionadas con el trato cálido

y digno por parte del personal de salud, la capacidad profesional del médico, la precisión del diagnóstico y tratamiento, y la eficacia de los medicamentos y procedimientos, entre otras (Sanabria et al., 2014).

La percepción, por su parte, hace referencia a la evaluación subjetiva que realiza el paciente luego de la prestación del servicio de salud (Boshoff y Gray, 2014). Refleja una apreciación global del usuario en relación con la calidad de la atención y el cumplimiento o no de sus expectativas previas sobre el servicio (Almeida et al., 2017). La percepción de calidad parte de elementos tanto tangibles como intangibles de la atención recibida, incluyendo las interacciones interpersonales, la infraestructura, los procesos y la experticia de los profesionales de la salud (Kessler et al., 2020).

Estudios recientes indican que los principales predictores de la satisfacción de los usuarios en los servicios de salud están relacionados con la calidad de la información recibida, el trato respetuoso por parte del personal médico, las comodidades de la infraestructura hospitalaria, el nivel de dolor experimentado y la percepción de mejoría en la salud (Tigu et al., 2015). En general, los pacientes tienden a expresar mayor satisfacción cuando perciben que el servicio de salud cumple o supera sus expectativas iniciales (Boshoff y Gray, 2014).

En último término, la satisfacción del usuario externo en los servicios de salud es un fenómeno complejo que depende de múltiples factores individuales y organizacionales. Las expectativas y percepciones de los pacientes son determinantes fundamentales de su satisfacción final con la calidad del servicio. Una adecuada gestión de ambos factores es clave para mejorar la experiencia de usuario y garantizar servicios de salud efectivos y centrados en las necesidades de los pacientes.

2.1.1. Expectativas

Las expectativas se definen como las anticipaciones que los consumidores realizan antes de adquirir un producto o servicio (Kotler y Keller, 2016). Representan deseos o creencias sobre el desempeño que debería brindar dicho bien o servicio. En el ámbito de la salud, las expectativas de los pacientes juegan un rol central en su nivel de satisfacción con la atención médica recibida.

Las expectativas en los servicios de salud se clasifican en:

- a. **Expectativas ideales:** hacen referencia al nivel deseado de desempeño que el usuario espera recibir. Reflejan los estándares más altos de atención posibles.
- b. **Expectativas esperadas:** son aquellas que el usuario realmente anticipa que se cumplirán con el servicio de salud, en función de sus necesidades específicas y la realidad del sistema.
- c. **Expectativas mínimas tolerables:** es el umbral más bajo de desempeño del servicio que el usuario aún considera aceptable. Por debajo de este nivel mínimo es probable que se genere insatisfacción.

Por su parte, Kurtzman y Kizer (2015) plantean tres tipos de expectativas de los pacientes sobre la atención médica

- **Expectativas genéricas:** aquellas comunes para cualquier servicio de salud como la limpieza, privacidad y competencia profesional.
- **Expectativas pesimistas:** basadas en experiencias insatisfactorias del pasado con el sistema de salud.
- **Expectativas específicas:** relacionadas con una consulta médica, tratamiento o servicio en particular.

Los principales factores que moldean las expectativas de los usuarios con respecto a los servicios de salud son (Almeida et al., 2017; McLaughlin et al., 2014):

- **Experiencias previas con el servicio:** ya sean positivas o negativas. Por ejemplo, la percepción de mejoría luego de una hospitalización previa puede elevar las expectativas sobre la efectividad de los tratamientos médicos.
- **Recomendaciones de amigos, familiares y otros pacientes:** Por ejemplo, los comentarios positivos sobre un determinado médico pueden aumentar las expectativas respecto a sus capacidades profesionales.
- **Comunicaciones externas de la organización de salud:** por ejemplo, en relación con la disponibilidad de medicamentos, la capacidad de diagnosticar ciertas enfermedades o los estándares éticos que rigen la práctica médica.

- **Características sociodemográficas:** como la edad, género, nivel educativo o estrato económico. Por ejemplo, las personas mayores suelen tener expectativas más bajas sobre los tiempos de espera en comparación con pacientes jóvenes.
- **Complejidad de la enfermedad o condición de salud:** En general, entre más compleja o grave la patología las expectativas tienden a ser más realistas y cercanas al desempeño estándar de los servicios de salud.
- **Cobertura del seguro médico:** que puede influir en las expectativas relacionadas con los tiempos de espera para acceder a consultas con especialistas, comodidades de infraestructura o inclusión de ciertos medicamentos en el plan de seguro.

Un adecuado manejo de las expectativas en el contexto de los servicios de salud es esencial para garantizar la satisfacción de los usuarios (De Silva y Valentine, 2014). Niveles muy altos de expectativas pueden derivar en percepciones de baja calidad incluso ante servicios objetivamente buenos. Por el contrario, expectativas demasiado bajas representan estándares inadecuados de calidad y pueden desmotivar al personal sanitario de una mejora continua.

En ese sentido, un reto importante para las organizaciones de salud es el establecer y comunicar estándares realistas pero ambiciosos de atención, tomando en cuenta las necesidades particulares de sus pacientes, los valores culturales predominantes y los recursos disponibles para la prestación del servicio. Solo así puede lograrse un manejo exitoso de las expectativas que redunde en la satisfacción integral de los usuarios externos.

2.1.2. Percepción

La percepción se define como el proceso mental mediante el cual los individuos interpretan y organizan las sensaciones visuales, auditivas, olfativas, gustativas o táctiles con el fin de otorgarle significado al entorno que los rodea (Schiffman y Wisenblit, 2015). En el contexto de los servicios, la percepción del cliente juega un rol fundamental en la evaluación de la calidad y en la determinación de su nivel de satisfacción (Boshoff y Gray, 2014).

En los servicios de salud, la percepción del usuario externo se construye antes, durante y después de la prestación del servicio, sobre la base de elementos tangibles e intangibles de la atención recibida (Almeida et al., 2017). Incluye la

interpretación subjetiva de aspectos como la infraestructura, el equipamiento médico, la presentación del personal, la interacción interpersonal con los profesionales sanitarios, los tiempos de espera, la precisión de los diagnósticos y tratamientos, la comodidad, la información brindada, la continuidad de cuidados, entre otros (Prakash, 2020).

De acuerdo con Duque (2015), la percepción del usuario con respecto a la prestación del servicio de salud depende en gran medida del paradigma con el que este se aproxime al sistema de salud. Así, se pueden encontrar percepciones basadas en un paradigma mágico-religioso, técnico-mecanicista o psicosocial. El paradigma mágico-religioso pone énfasis en creencias sobrenaturales para explicar las causas y soluciones de problemas de salud. El paradigma técnico-mecanicista se centra en la aplicación de tecnología y medicamentos para la recuperación física. Finalmente, el paradigma psicosocial adopta una visión integral de la salud, incluyendo dimensiones biológicas, sociales y psicológicas.

En general, dentro de los principales predictores de la percepción positiva de la calidad de los servicios de salud y, por ende, de la satisfacción del usuario, se encuentran (Almeida et al., 2017):

- Trato digno y respetuoso por parte de médicos, enfermeras y demás personal.
- Información comprensible y suficiente sobre la enfermedad, tratamientos y cuidados.
- Tiempo de consulta e interacción percibido como satisfactorio.
- Percepción de competencia profesional del equipo médico.
- Percepción de mejoría en la condición de salud luego del tratamiento.
- Limpieza e higiene adecuadas de la infraestructura y ambientes hospitalarios.
- Comodidad y privacidad durante la estadía hospitalaria.
- Cumplimiento de los horarios programados para consultas, intervenciones y exámenes.

Es importante resaltar que la satisfacción del usuario no depende únicamente de resultados objetivos o técnicos perfectos, sino más bien del nivel de concordancia entre las expectativas iniciales de los pacientes y su percepción individual del servicio de salud recibido (Kessler et al., 2020; Sanabria et al., 2014). En ese sentido, resulta clave para las instituciones de salud no solo mejorar la calidad técnica de la atención, sino también gestionar activamente las percepciones y experiencias de los usuarios durante los múltiples momentos de contacto con el sistema de salud (Bleich et al., 2019).

2.1.3. Estrategias para mejorar la percepción en servicios de salud

Entre las principales estrategias propuestas por expertos para mejorar la percepción y satisfacción de los usuarios externos en los servicios de salud se tienen (Yousapronpaiboon y Johnson, 2013):

- Potenciar las habilidades comunicacionales del personal médico para favorecer una atención más empática y efectiva en la transmisión de información hacia los pacientes.
- Gestionar adecuadamente las expectativas de los usuarios desde etapas tempranas, por ejemplo, durante actividades de admisión o en la sala de espera.
- Implementar procesos de humanización a nivel organizacional que sitúen al paciente en el centro de todos los procesos asistenciales.
- Incorporar las percepciones y voces de los usuarios externos como insumo para la mejora continua de los servicios de salud, por ejemplo, a través de encuestas o grupos focales periódicos.
- Establecer estándares explícitos de calidad en las interacciones interpersonales entre el personal de salud y los pacientes.
- Fortalecer la orientación y señalización dentro de los establecimientos de salud para facilitar la ubicación y tránsito de los usuarios.
- Mejorar las condiciones de privacidad durante la atención para favorecer una mayor confianza y libertad de expresión por parte del paciente sobre sus necesidades y percepciones.

Un abordaje integral para gestionar la experiencia del usuario externo en los servicios de salud requiere incidir tanto en aspectos funcionales y de infraestructura como en la esfera subjetiva de las interacciones personales y los significados otorgados por los propios usuarios al proceso de atención. Solo así podrá asegurarse una percepción positiva sostenida que redunde en mayores niveles de calidad y satisfacción con el sistema de salud.

2.2. Calidad y satisfacción

La calidad en los servicios de salud es un concepto complejo, multidimensional y sujeto a interpretaciones desde distintas perspectivas (Prakash, 2010). Tradicionalmente se enfocó en dimensiones técnicas y objetivamente mensurables como tasas de mortalidad, infecciones intrahospitalarias o precisión de diagnósticos. Sin embargo, en las últimas décadas el concepto de calidad ha evolucionado hacia un abordaje más integral que sitúa al usuario en el centro y le otorga un rol protagónico en la evaluación del sistema de salud (Almeida et al., 2017).

En esta línea, Donabedian (1988, citado en Almeida et al., 2017), considerado el padre de la garantía de calidad en salud, planteó un abordaje multidimensional que integra tres componentes:

- **Estructura:** referida a atributos estables del contexto en el que se brinda la atención como recursos humanos, financieros, infraestructura, equipos, etc.
- **Procesos:** son las actividades que constituyen la atención médica. Incluyen procedimientos técnicos, prácticas organizacionales, interacciones interpersonales, etc.
- **Resultados:** pueden referirse tanto a efectos clínicos y funcionales en la salud del paciente como a su grado de satisfacción subjetiva.

Esta concepción tridimensional de la calidad resalta la importancia de vincular los criterios objetivos del desempeño de los servicios de salud con la experiencia vivida de los propios usuarios a través de sus percepciones y niveles de satisfacción (Prakash, 2010).

De hecho, creciente evidencia empírica ha demostrado que la satisfacción del paciente está fuertemente asociada a resultados en salud como mejor adherencia a tratamientos, estancias hospitalarias más cortas, mayor continuidad de cui-

dados y mejor calidad de vida percibida (Almeida et al., 2017). Además, niveles altos de satisfacción incrementan la confianza y lealtad de los usuarios hacia los proveedores de salud, así como la probabilidad de recomendación y buena reputación (Boshoff y Gray, 2014).

En tal sentido, la gestión de la satisfacción del usuario emerge como un elemento central dentro del concepto de calidad de la atención y como un objetivo prioritario para lograr servicios de salud efectivos y sostenibles (Sanabria et al., 2014). Esto requiere reconocer que la satisfacción no depende exclusivamente de resultados técnicos objetivos sino también de aspectos subjetivos vinculados íntimamente con las expectativas, percepciones y marcos de referencia particulares de cada usuario.

De esta forma, si bien dimensiones como la efectividad, seguridad, eficiencia y accesibilidad siguen siendo fundamentales para definir un servicio de salud de calidad, estas deben complementarse con enfoques centrados en el usuario que priorizan su participación activa, dignidad y derechos en el proceso de atención (Bleich et al., 2019).

En tal línea, algunos de los factores identificados como predictores significativos de la satisfacción de los usuarios externos son (Almeida et al., 2017):

- Trato digno y respetuoso por parte del personal de salud
- Suficiente tiempo de consulta e interés por los problemas del paciente
- Información completa sobre el diagnóstico y tratamiento
- Cuidados orientados a aliviar molestias y dolor
- Percepción de mejoría luego de la atención
- Comodidad y limpieza de las instalaciones
- Cumplimiento de horarios y tiempos de espera razonables

En definitiva, una perspectiva contemporánea, holística y humanizada de la calidad en los servicios de salud requiere ir más allá de lo clínico-técnico para abordar las complejas interacciones humanas, expectativas y vivencias subjetivas implicadas

en todo proceso de atención. Solo así puede garantizarse una mejora integral de la salud y el bienestar de las personas más allá de la mera ausencia de enfermedad.

2.3. Aplicaciones de la calidad en los servicios de salud

La implementación de sistemas de gestión de la calidad se ha expandido de manera creciente en el sector salud durante las últimas décadas, tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (Berssaneti y Brito, 2018). Este fenómeno responde a diversos factores como el envejecimiento poblacional, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas, los constantes avances tecnológicos en medicina y la demanda pública por servicios de salud más seguros, efectivos y centrados en las personas (Papanicolas y Smith, 2013). Si bien no existe un consenso sobre un único modelo de gestión de la calidad aplicado universalmente a todos los sistemas de salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propone seis dimensiones básicas de la calidad en este ámbito (Prakash, 2010):

- a. **Seguridad:** minimizar riesgos y daños potenciales asociados a los procesos de atención de salud.
- b. **Efectividad:** brindar servicios basados en necesidades, valores, preferencias y expectativas de los usuarios, con fundamento en la mejor evidencia científica disponible.
- c. **Centrado en el paciente:** respetar las particularidades y dignidad de cada usuario, garantizando su participación en las decisiones sobre su salud.
- d. **Oportunidad:** reducir tiempos de espera y demoras potencialmente dañinas tanto para el diagnóstico como los tratamientos.
- e. **Eficiencia:** maximizar el uso de recursos disponibles evitando desperdicios que no aporten valor.
- f. **Equidad:** asegurar calidad homogénea en la atención sin diferencias por razones personales, sociales o demográficas.

Sobre la base de este marco, diversos países han incorporado el desarrollo de estándares nacionales de calidad en salud que abordan aspectos tanto técnicos como interpersonales de la atención. Por ejemplo, en Reino Unido el Servicio Nacional de Salud (NHS) establece estándares sobre tiempos máximos de espera

para consultas, cirugías y emergencias, manejo efectivo del dolor agudo, prevención de úlceras por presión en pacientes encamados, higiene de manos del personal, entre muchos otros (Santana et al., 2018).

Asimismo, numerosas organizaciones internacionales promueven modelos de acreditación orientados a fortalecer la calidad y seguridad en los servicios de salud a nivel mundial. Entre los más influyentes se encuentran la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales (JCI) en Estados Unidos, la Fundación Canadiense para la Acreditación de Servicios de Salud (CHSARF) y la Organización Internacional de Estandarización (ISO) (Pomey et al., 2010). Todos ellos enfocan la calidad no solo en resultados técnicos sino también en la experiencia integral de los pacientes.

Finalmente, a nivel micro organizacional, las aplicaciones más frecuentes para gestionar la calidad en las instituciones de salud incluyen (Berssaneti y Brito, 2018):

- Encuestas periódicas de satisfacción del usuario
- Evaluación y rediseño de procesos asistenciales
- Gestión de reclamos y sugerencias
- Monitoreo de indicadores de estructura, procesos y resultados
- Auditorías internas y externas
- Aplicación de ciclos de mejora continua
- Capacitación del personal en temas de seguridad, ética y comunicación
- Incorporación progresiva de tecnologías de información

2.4. Modelo SERVQUAL

El modelo SERVQUAL (Service Quality) fue desarrollado por Parasuraman, Zeithaml y Berry en 1988 como una herramienta para medir la calidad de los servicios desde la perspectiva del cliente (Wu et al., 2020). Se fundamenta en la premisa de que la calidad del servicio se juzga principalmente por el nivel de concordancia entre las expectativas de los usuarios sobre el servicio que van a

recibir y sus percepciones del servicio que efectivamente reciben de parte de la organización proveedora (Wu et al., 2020).

En tal sentido, el instrumento SERVQUAL propone medir la calidad del servicio a lo largo de cinco dimensiones principales: fiabilidad, seguridad, tangibles, empatía y capacidad de respuesta (Ramasawmy et al., 2021; Wu et al., 2020). El instrumento funciona mediante una encuesta destinada a medir las expectativas y percepciones del cliente respecto al servicio. La diferencia entre ambas constituye la medida objetiva de satisfacción/insatisfacción, identificando a la vez aquellas áreas específicas de la prestación donde existen deficiencias (Ramasawmy et al., 2021). De esta manera, el modelo SERVQUAL permite orientar mejoras enfocadas sobre los principales factores vinculados con la insatisfacción de los usuarios (Wu et al., 2020).

El modelo SERVQUAL ha sido ampliamente utilizado en el sector salud (Babakus y Mangold, 1992; Ramasawmy et al., 2021; Wu et al., 2020). Diversos estudios dan cuenta de su conveniencia, validez y confiabilidad para identificar áreas críticas y promover mejoras en los servicios tanto a nivel hospitalario como en atención primaria. En las próximas secciones se abordarán con mayor detalle los componentes, funcionamiento e implicancias de la aplicación de este modelo en las instituciones de salud.

2.4.1. Componentes

- a. **Fiabilidad:** Se define como la habilidad de brindar el servicio prometido de forma precisa, confiable y consistente (Parasuraman et al., 1985, citado en Ramasawmy et al., 2021). Representa el núcleo básico de la calidad del servicio desde la perspectiva del usuario y su ausencia genera rápidamente insatisfacción e incredulidad sobre la organización proveedora.

En el contexto de la salud, un servicio fiable implica que el sistema de prestaciones cumpla consistentemente con brindar atención médica efectiva cuando el paciente la requiere, mediante diagnósticos certeros y tratamientos basados en evidencia científica actualizada que generen los resultados terapéuticos esperados (Almeida-Brasil et al., 2017; Zarei et al., 2012).

Asimismo, la fiabilidad en los servicios de salud tiene también un componente administrativo vinculado con el cumplimiento de los procesos y estándares establecidos sobre elementos como (Wu et al., 2020):

- Horarios y tiempos de espera comunicados
- Entrega completa y oportuna de medicamentos e insumos
- Información clínica correcta en la historia del paciente
- Adecuado funcionamiento de equipos médicos
- Higiene y limpieza
- Privacidad y confidencialidad

Desde la perspectiva del usuario externo, algunos de los principales predictores de la fiabilidad percibida son (Nordgren, 2019):

- Cumplimiento de horarios en consultas, procedimientos, entrega de resultados, etc.
- Percepción de mejoría en la condición de salud luego del tratamiento
- Entrega de información coherente, clara y oportuna
- Confianza en la competencia técnica del personal
- Sensación de privacidad durante la atención

La medición de la fiabilidad percibida por los usuarios externos generalmente se realiza a partir de cuestionarios donde se consulta sobre la frecuencia con que ciertos procesos y resultados esperados se cumplen durante su experiencia en el servicio de salud (Parasuraman et al., 1988, citado en Ramasawmy et al., 2021; Wu et al., 2020).

Por su parte, para el monitoreo interno de la fiabilidad técnica del servicio las organizaciones de salud suelen utilizar indicadores cuantitativos sobre porcentaje de diagnósticos confirmados, precisión de pronósticos, tasas de mortalidad estandarizada por riesgo, infecciones asociadas a la atención sanitaria, entre otros (Almeida et al., 2017).

b. **Seguridad:** La seguridad se define como la habilidad del personal de salud para transmitir confianza al usuario externo y demostrar que poseen las destrezas y conocimientos necesarios para brindar un servicio libre de riesgos, dudas o peligros (Parasuraman et al., 1985, citado en Ramasawmy et al., 2021). En los servicios de salud este componente resulta particularmente crítico dado que la vida y el bienestar del paciente están en juego (Zarei et al., 2012).

Desde el punto de vista del usuario, la seguridad percibida está fuertemente asociada con (Almeida-Brasil et al., 2017; Wu et al., 2020):

- La competencia técnica demostrada por los profesionales de la salud durante la atención.
- La capacidad para inspirar confianza en relación con el diagnóstico y tratamiento elegido.
- La claridad, precisión y completitud de la información brindada sobre la enfermedad, pronóstico y cuidados necesarios.
- La apariencia pulcra del personal, instalaciones y elementos de la atención que denotan control higiénico.
- El respeto de la privacidad durante consultas y procedimientos.

Por su parte, desde una perspectiva de gestión interna de las organizaciones de salud, la seguridad abarca principalmente dos dimensiones críticas (Boshoff y Gray, 2014):

- **Seguridad clínica:** relacionada con la prevención y mitigación de eventos adversos producidos durante la atención de salud tales como errores de medicación, infecciones intrahospitalarias, úlceras por presión o caídas de pacientes, entre otros (Zidén et al., 2010).
- **Seguridad ocupacional:** referida a la existencia de normas y mecanismos protectores que velen por la salud integral y bienestar de los trabajadores de la salud, por ejemplo, frente a riesgos biológicos en laboratorios o quirófanos (Petitta et al., 2021).

Algunos estudios señalan que, a mayor seguridad técnica, no necesariamente aumenta la seguridad percibida por parte de los pacientes. Es decir, no basta con controlar los riesgos objetivos, sino que también debe gestionarse cuidadosamente cómo los usuarios reciben y procesan la información en cada interacción con el sistema de salud para, de esa manera, generar relaciones de confianza duraderas (Zarei et al., 2012). En definitiva, tanto la seguridad clínica real como la confianza y certeza subjetiva de los usuarios externos son componentes inseparables de un sistema de salud de calidad.

c. **Elementos tangibles:** constituyen el componente físico y visual del servicio con el cual los usuarios interactúan e incluyen instalaciones, equipamiento, apariencia del personal, materiales de comunicación, entre otros (Wu et al., 2020; Zeithaml et al., 1990). Si bien la intangibilidad del servicio en sí mismo es lo que distingue esta industria de la producción de bienes, el entorno tangible juega un papel relevante proyectando la imagen de la institución, influyendo en la experiencia del cliente e impactando su nivel de satisfacción (Ramasawmy et al., 2021).

En el área de la salud, dentro de los principales elementos tangibles que moldean la percepción de los pacientes se destacan (Almeida et al., 2017; Wu et al., 2020):

- Estado del arte de equipos médicos acordes al tipo de prestación. Por ejemplo, escáner de tomografía multicorte en servicios de diagnóstico por imágenes.
- Apariencia moderna, ordenada y limpia de las instalaciones físicas como consultorios, salas de espera, pasillos y baños.
- Presentación e higiene personal adecuada del personal sanitario con uso de indumentaria distintiva como uniformes o delantales.
- Material informativo tangible como folletos, credenciales personales, rótulos o avisos orientadores visibles para los usuarios.
- Señalizaciones claras para la fácil ubicación del paciente dentro del recinto de atención.

En diversos estudios, los elementos tangibles han demostrado tener una influencia positiva en la confianza y satisfacción de los usuarios externos, principalmente asociada a la modernidad tecnológica que denota avance e innovación (Lupo, 2016; Wu et al., 2020). Asimismo, las condiciones de orden, limpieza e higiene se vinculan fuertemente con la percepción de calidad y seguridad por parte de los pacientes (Zarei et al., 2012).

d. Capacidad de respuesta: alude a la disposición y voluntad del personal de una organización para ayudar a los clientes y ofrecerles un servicio rápido y oportuno (Parasuraman et al., 1985, citado en Ramasawmy et al., 2021). En servicios de salud esto se traduce en la prontitud y agilidad de los equipos médicos y administrativos para atender las necesidades y solicitudes de los pacientes de forma continua y diligente (Ramasawmy et al., 2021).

Algunos aspectos que moldean la capacidad de respuesta desde el punto de vista del usuario externo son (Nordgren, 2019; Wu et al., 2020):

- Tiempos de espera razonables para acceder a consultas, exámenes diagnósticos y tratamientos
- Agilidad en la entrega de resultados de análisis clínicos y pruebas especializadas
- Respuesta empática y solución efectiva frente a quejas o reclamos por algún servicio deficiente
- Claridad y dinamismo en la orientación e información entregada ante dudas o consulta de los usuarios
- Continuidad de los cuidados y seguimiento proactivo de los casos por parte del equipo sanitario

Una capacidad de respuesta insuficiente frente a las necesidades legítimas de los pacientes es una fuente importante de insatisfacción, frustración e incluso riesgos clínicos cuando existen demoras en la atención (Ramasawmy et al., 2021). Por su parte, desde una perspectiva de gestión, algunas estrategias para fortalecer la capacidad de respuesta son (Berssaneti y Brito, 2018):

- Monitoreo y gestión activa de los tiempos de espera en los diferentes niveles de atención
- Fortalecimiento de canales de orientación e información a pacientes y familiares
- Habilitación de medios tecnológicos que automaticen procesos y agilicen respuestas
- Capacitación del personal en materias de trabajo en equipo, comunicación efectiva y resolución de conflictos
- Implementación de sistemas de registro y seguimiento nominal de casos complejos
- Evaluación periódica de la experiencia de los usuarios, por ejemplo, con grupos focales o encuestas de satisfacción

e. **Empatía:** se define como la manifestación de interés y nivel de atención personalizada que dispensan las organizaciones a sus clientes (Parasuraman et al., 1985, citado en Ramasawmy et al., 2021). En el contexto de la salud, la empatía alude a la capacidad de los profesionales sanitarios para ponerse en el lugar del paciente, comprender sus perspectivas y brindarles una atención cálida, respetuosa y adecuada a sus necesidades particulares (Kessler et al., 2020).

Algunos aspectos importantes de la empatía hacia los pacientes son (Ramasawmy et al., 2021; Wu et al., 2020):

- Escucha activa y comunicación claro-asertiva
- Lenguaje sencillo y adecuado al nivel cultural del usuario
- Apoyo emocional ante situaciones sensibles como diagnósticos graves o dolorosos
- Respeto por valores, creencias y decisiones del paciente

- Cuidado de la privacidad e intimidad durante la atención
- Trato igualitario sin discriminaciones de ningún tipo

Múltiples estudios coinciden en señalar que, dentro de los cinco componentes del modelo SERVQUAL, la empatía resulta ser el más importante en la determinación de la satisfacción de los usuarios externos en los servicios de salud, incluso por encima de las habilidades técnicas de los profesionales (Kessler et al., 2020; Wu et al., 2020).

Una relación empática favorece el vínculo de confianza entre pacientes y el equipo de salud, facilitando la expresión de necesidades, expectativas y percepciones que son claves para personalizar y humanizar la atención (Bleich et al., 2019). Por el contrario, la falta de empatía está fuertemente asociada con la insatisfacción e incluso con la baja adherencia terapéutica debido a una comunicación inadecuada de la información y las instrucciones hacia los pacientes (Almeida-Brasil et al., 2017).

Desde una perspectiva organizacional, promover la empatía constituye todo un reto que implica trabajar dimensiones técnicas, estructurales y culturales, incluyendo (Kessler et al., 2020; Lupo, 2016):

- Énfasis en habilidades comunicacionales intra e interpersonales durante la formación de los profesionales de la salud
- Modelamiento de liderazgo empático por parte de directivos y jefes de equipo
- Fortalecimiento de vínculos de familiaridad entre el personal y la comunidad de usuarios
- Participación de pacientes en el diseño de los servicios
- Gestión sobre la base del concepto de experiencia del paciente

2.4.2.. Brechas

El concepto de brechas en el modelo SERVQUAL hace referencia a las diferencias entre las expectativas y percepciones de los clientes respecto al servicio en

cualquiera de sus cinco dimensiones: tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía (Seth et al., 2005).

Cuando la percepción supera a la expectativa se produce una brecha positiva, lo que indica que la organización está brindando un nivel de servicio por encima de lo esperado y ello se asocia con una alta satisfacción del cliente. Inversamente, en presencia de brechas negativas significa que las percepciones están por debajo de las expectativas, situación vinculada con insatisfacción y baja calidad percibida del servicio (Ramasawmy et al., 2021).

Parasuraman et al. (1985, citado en Ramasawmy et al., 2021) plantearon un modelo de brechas múltiples que ayuda a identificar los factores que determinan el surgimiento de diferencias entre expectativas y percepciones desde una perspectiva de gestión:

- **Brecha 1:** representa la diferencia entre las expectativas de los clientes y las percepciones de los directivos respecto a dichas expectativas. Surge por una inadecuada orientación hacia el cliente y pobre investigación de mercado.
- **Brecha 2:** diferencia entre la percepción de los directivos acerca de las expectativas de los clientes y las especificaciones o normas de calidad establecidas para la prestación del servicio.
- **Brecha 3:** discrepancia entre las especificaciones de calidad del servicio y el servicio que efectivamente se presta.
- **Brecha 4:** diferencia entre el servicio prestado y lo que se comunica acerca de este a los usuarios a través de canales formales e informales.
- **Brecha 5:** brecha general que resulta de contrastar expectativas con percepciones tal cual lo plantea el modelo SERVQUAL.

La identificación de estas brechas permite a las organizaciones saber dónde radican las principales deficiencias y, sobre esa base, definir estrategias específicas enfocadas ya sea en diseño del servicio, gestión de calidad, comunicación o manejo de expectativas, entre otros (Lupo, 2016). En síntesis, el análisis de brechas a partir del instrumento SERVQUAL es una poderosa herramienta que tienen los servicios de salud para comprender mejor las causas de insatisfacción de los usuarios externos y emprender acciones efectivas de mejora.

2.4.3. Elementos de medición

Tal como se mencionó anteriormente, el instrumento SERVQUAL se basa en un cuestionario destinado a medir las expectativas y percepciones de los usuarios respecto a los cinco componentes de calidad del servicio: elementos tangibles, fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad y empatía.

En su versión original, el instrumento consta de 22 ítems, siendo 21 afirmaciones que se valoran en una escala de Likert de 7 puntos donde 1 significa “completamente en desacuerdo” y 7 “completamente de acuerdo”, más una pregunta abierta de sugerencias o comentarios (Babakus y Boller, 1992, citado en Lupo, 2016).

Las 22 afirmaciones se subdividen en torno a los cinco componentes siendo 4 o 5 ítems por cada dimensión. Por ejemplo, para tangibles se incluyen afirmaciones como “las instalaciones físicas del proveedor de servicios tienen apariencia moderna” o “los empleados tienen apariencia pulcra”. Todas las afirmaciones deben ser contestadas dos veces: una primera sección mide expectativas (nivel esperado) y luego se repiten los mismos ítems orientados a percepciones (nivel percibido).

Si bien la encuesta SERVQUAL ha demostrado una consistencia interna aceptable, con valores Alfa de Cronbach por encima de 0.7 para expectativas y percepciones en cada una de las cinco dimensiones, también ha recibido algunas críticas que llevaron al desarrollo de versiones posteriores con menos ítems o un formato más simplificado (Babakus y Boller, 1992, citado en Lupo, 2016; Ramasawmy et al., 2021).

Sea cual sea la versión final elegida por cada institución, lo más importante es que el instrumento permita identificar brechas entre expectativas y percepciones a la vez que brinde información detallada sobre aquellos componentes o atributos específicos del servicio que están generando mayor insatisfacción en los usuarios externos. Solo así pueden trazarse estrategias concretas de mejora continua.

2.4.4. Ventajas y desventajas

Entre los principales beneficios que ha evidenciado la aplicación del modelo SERVQUAL en el sector salud se encuentran (Ramasawmy et al., 2021):

- Permite identificar de manera segmentada la satisfacción de los usuarios en relación con dimensiones específicas de la calidad, superando limitaciones de enfoques unidimensionales.
- Constituye una herramienta diagnóstica efectiva para determinar brechas y atributos críticos que requieren mejora desde la óptica del usuario externo.
- Puede adaptarse de manera flexible a distintos contextos y perfiles de usuarios modificando ítems o incorporando nuevas dimensiones.
- Facilita comparaciones tanto internas (entre períodos) como externas (entre organizaciones) al proveer un marco estandarizado de evaluación.
- Su amplia difusión y uso en la literatura científica respaldan la validez y utilidad práctica del instrumento.

En cuanto a las limitaciones potenciales se ha señalado que (Babakus y Boller, 1992, citado en Lupo, 2016; Butt y Run, 2010):

- Las mediciones reflejan percepciones subjetivas en un momento específico, las cuales pueden cambiar rápidamente.
- Las expectativas incorporan cierto grado de ambigüedad al depender de factores contextuales no siempre controlables ni predecibles.
- Los resultados pueden variar significativamente según las características sociodemográficas de los encuestados.
- Requiere una aplicación cauta identificando dimensiones efectivamente relevantes al contexto específico de cada institución.
- No establece de forma directa relaciones de causalidad entre variables.

Más allá de sus limitaciones, la versatilidad y utilidad práctica del SERVQUAL para orientar mejoras en los servicios lo convierten en una herramienta de gran valor para gestionar la calidad percibida y satisfacción de los usuarios en las organizaciones de salud.

CAPÍTULO III

DERECHOS AL ACCESO DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EXTERNO EN EL PERÚ

3.1. Situación problemática

La descripción de la realidad problemática se centra en el marco normativo internacional y nacional relacionado con el derecho a la salud, específicamente en el contexto de la atención de salud en el sistema peruano. La Carta de las Naciones Unidas, que establece los instrumentos legales universales y regionales del derecho a la salud, enfatiza las condiciones de completo goce y bienestar físico, mental y social, y destaca la responsabilidad de los estados en resolver problemas económicos, sociales, culturales y humanitarios, promoviendo el respeto a los derechos humanos sin discriminación.

La obligación de los países de asegurar la salud de sus poblaciones se vincula con la necesidad de trabajar en la prevención, buscando una comodidad física, mental y social universal. El Banco Mundial destaca la salud como inversión para el

desarrollo económico, subrayando la importancia de que los grupos humanos se desenvuelvan con holgura en sus actividades diarias y de producción económica.

A pesar de estos principios, se observa una disparidad en el acceso a las prestaciones de salud y en la cobertura de intervenciones importantes, especialmente en comunidades necesitadas y socialmente aisladas. En el contexto europeo, se reconoce el derecho a la salud en el Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, señalando las medidas que los estados parte deben adoptar para garantizar este derecho.

En el ámbito nacional, la Constitución Política del Perú de 1993 establece el derecho a la protección de la salud, especialmente para personas discapacitadas. La responsabilidad del estado de velar por la salud de sus ciudadanos se ve reflejada en la Política Nacional de Salud, y se destaca la importancia de crear mecanismos para su defensa. A pesar de estas disposiciones legales, la investigación evidencia un conocimiento limitado de los derechos del paciente en el contexto de la atención de salud. El bajo nivel de conocimiento de los derechos, sumado a la falta de confianza en las instituciones de salud, contribuye a la insatisfacción de los usuarios externos. La tabla de resultados muestra un alto porcentaje de usuarios insatisfechos, evidenciando la necesidad de mejorar la información y la calidad de la atención.

La percepción de los usuarios sobre EsSalud revela asociaciones negativas, como largas esperas, maltrato, negligencia y corrupción. Esto se traduce en una falta de confianza y una vinculación negativa con la institución. La insatisfacción de los usuarios se refleja también en la falta de conocimiento de sus derechos y en la limitada información proporcionada sobre su estado de salud.

La estructura del sistema de salud en el Perú, organizado en diversos niveles y entidades, plantea la necesidad de una interpretación clara y efectiva de las normas de salud que garanticen los derechos de acceso a los servicios y la satisfacción del usuario externo. En este contexto, la investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre el derecho al acceso a servicios de salud y la satisfacción del usuario externo en un hospital peruano. Para ello, se estudiaron las dimensiones atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas; libre elección del médico; recepción de atención con libertad de juicio clínico; segunda opinión médica y acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios. Con esto se buscó resaltar la importancia de implementar políticas de seguimiento y supervisión rigurosas para garantizar el cumplimiento de los de-

rechos de los usuarios y mejorar la calidad de la atención en los establecimientos de salud, especialmente en el caso de EsSalud.

3.1.1. Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud en el Perú

La Ley General de Salud del Perú (Ley 26842) establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud, los cuales se encuentran alineados con los principios de universalidad, equidad, calidad y eficiencia que rigen el sistema de salud peruano (Ministerio de Salud, s.f.).

Entre los derechos fundamentales de los pacientes y usuarios de los servicios de salud en el país se encuentran (MINSA, s.f.; Defensoría del Pueblo, 2007):

- Derecho a recibir atención de emergencia médico-quirúrgica en cualquier establecimiento de salud, independientemente de la capacidad de pago.
- Derecho a no ser discriminado por razones de etnia, religión, opinión, sexo, nivel económico o cualquier otra condición.
- Derecho a recibir tratamiento oportuno y sin dilaciones.
- Derecho a recibir información sobre los procedimientos y tratamientos que se le realicen.
- Derecho a decidir libremente sobre la aplicación de tratamientos o procedimientos diagnósticos.
- Derecho a contar con alternativas para una segunda opinión médica.
- Derecho a presentar reclamos o denuncias por deficiencias en la atención.
- Derecho a la confidencialidad y secreto profesional sobre sus datos sensibles y estado de salud.

El conocimiento y ejercicio de estos derechos busca empoderar a las personas para participar activamente en las decisiones sobre su salud y exigir una atención de calidad en los establecimientos de salud públicos y privados del país.

3.2. Diseño y tipo de investigación

En la investigación se adoptó un enfoque cuantitativo debido a la necesidad de medir las variables en función de magnitudes o cantidades. Este enfoque se alineó con la naturaleza de la investigación, la cual se clasificó como aplicada. En cuanto al número de mediciones de las variables, se consideró transversal al realizarse en una sola ocasión. En términos de análisis estadístico de las variables, se clasificó como analítica, empleando análisis estadístico bivariado para poner a prueba la hipótesis formulada.

El diseño de investigación adoptado fue no experimental, caracterizado por no manipular deliberadamente las variables al observar situaciones ya existentes. Específicamente, se aplicó un diseño transversal con un alcance final correlacional, centrándose en describir las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables. Esta estrategia metodológica proporcionó el marco necesario para alcanzar los objetivos planteados, respaldando eficazmente la resolución de los problemas de investigación.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

La población estudiada fue heterogénea y finita, comprendiendo 56 919 usuarios de consulta externa de la región registrados en enero del año 2020, según las estadísticas de EsSalud. En particular, el estudio se enfocó en los consultorios externos de un hospital de EsSalud, donde se atendieron 2025 usuarios en ese mes (EsSalud, 2020). La población objetivo, que constituye el universo de estudio, se definió como los usuarios programados para ser referidos a otro hospital de mayor complejidad para intervenciones quirúrgicas, atención con libertad de juicio clínico y segunda opinión médica. Este grupo representó el 12 % de los usuarios atendidos en Tarma, totalizando 243 usuarios de consulta externa.

3.3.2. Muestra

En relación con la muestra, se consideró un elemento crucial para la investigación, destacando la necesidad de contar con los rasgos y características de un conjunto de elementos con un control riguroso de las unidades estudiadas. En este estudio, la muestra consistió en 30 casos, representando una selección que

garantizó la representatividad suficiente para alcanzar la exactitud requerida en los objetivos de la investigación.

3.4. Técnicas e instrumentos de investigación

El proceso de recolección de datos en la investigación se llevó a cabo mediante técnicas y herramientas específicas, reconociendo que el método no es completo sin la aplicación de procedimientos operativos. La recolección, control, registro, transformación y manipulación de información se materializaron en un terreno específico a través de técnicas e instrumentos.

La técnica principal empleada fue la encuesta, la cual se realizó en las instalaciones de un hospital peruano, enfocándose en los usuarios de los consultorios externos durante las horas de la mañana y de la tarde. Esta técnica, de acuerdo con Supo (2012), busca conocer la reacción o respuesta de un grupo de individuos, siendo de naturaleza cuantitativa. En cuanto a los instrumentos utilizados, se destacan dos cuestionarios específicos. El primero, denominado “Cuestionario de derecho al acceso de servicios de salud”, registró datos estructurados en 5 dimensiones con 32 preguntas cerradas. El segundo, el “Cuestionario Servqual de satisfacción del usuario externo”, adaptado considerando los criterios de la Guía Técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en establecimientos de salud, comprendió 2 dimensiones y 27 preguntas cerradas. Además, se aplicaron medidas de confiabilidad mediante la prueba de Alfa de Cronbach, obteniendo resultados excelentes: Alfa de Cronbach = 0.938 para la variable “Derechos al acceso de los servicios de salud” y Alfa de Cronbach = 0.955 para la variable “Satisfacción del usuario externo”.

Para el procesamiento y análisis de datos, se utilizó el programa SPSS v25, y la inferencia estadística se llevó a cabo mediante la prueba Rho Spearman. Se aplicaron rigurosos controles de calidad en el registro de datos para asegurar la integridad de la información recopilada.

3.5. Resultados

3.5.1. Resultados descriptivos

En relación con el derecho al acceso de los servicios de salud, se puede apreciar que el 60 % de los usuarios externos del hospital en estudio presentaron un mediano alcance de estos derechos y un 23.3 % indicaron un bajo alcance.

Esto quiere decir que la mayoría de los usuarios tienen un nivel intermedio en cuanto al ejercicio efectivo de su derecho a la salud y el alcance específico de los derechos al acceso a los servicios de este hospital.

De igual manera, se evaluaron las dimensiones de la variable derecho al acceso de los servicios de salud y los resultados indicaron para el caso de la dimensión atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas, que el 40 % de la muestra reportó recibir una baja resolución de emergencias, un 40 % mediana resolución y el 20 % restante, percibió una alta resolución de estas. Por su parte, los resultados de la dimensión libre elección del médico mostraron que el 67.7 % de la muestra de investigación tuvo una barrera de admisión mediana, mientras que el 23.3 % obtuvo una baja barrera, solo el 20 % superó la alta barrera a la admisión con libre elección del médico. La tercera dimensión evaluada fue el recibir atención con libertad de juicio clínico, al respecto el 50 % de la muestra percibió un mediano respecto a su dignidad, un 26.7 % percibió un alto nivel, sin embargo, un 23.3 % percibió un bajo nivel de esta dimensión. Con respecto a la dimensión segunda opinión médica, el 60 % de la muestra indicó un nivel medio en el hábito de ejercer su derecho a esta, un 23.3 % consideró un bajo nivel y un 16.7 % sí afirmó practicar la búsqueda de una segunda opinión médica como derecho del servicio de salud. Finalmente, para la dimensión acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios, el 60 % de la muestra indicó un nivel medio de acceso, mientras que el 30 % opinó tener un nivel alto de acceso, solo el 10 % consideró tener un nivel de acceso bajo.

En cuanto a la variable satisfacción del usuario externo, se distingue que la mitad de los usuarios (50 %) presenta una mediana satisfacción de sus necesidades de salud luego de haber recibido la prestación de los servicios hospitalarios. Sus percepciones sobre la calidad de la atención se ubican en un punto intermedio. No se puede obviar que un 36.7 % presentó una baja satisfacción de sus necesidades de salud, solo un 13.3 % obtuvieron una satisfacción alta.

3.5.2. Resultados inferenciales

Para la estadística inferencial se realizó primero la prueba de normalidad, para lo cual se aplicó el estadístico de Shapiro-Wilk, considerando una tolerancia del nivel de significancia menor que 0.05 (Tabla 1).

Tabla 1*Prueba de normalidad*

	Shapiro-Wilk*		
	Estadístico	gl	Sig.
Derecho al acceso a servicios de salud	0,375	30	0,01
Satisfacción del usuario externo	0,401	30	0,01

Nota: *Corrección de significación de Lilliefors

Los resultados de la prueba de normalidad mostraron valores de 0.375 y 0.40, respectivamente y niveles de confianza de 0.001 y 0.001 (menores al 0.05), por lo tanto, su distribución no es normal, lo cual sugiere una prueba no paramétrica, razón por la que se aplicó la prueba del coeficiente de Rho Spearman (Tabla 2).

Al estimar el Rho de Spearman entre las dimensiones de la variable derecho al acceso a servicios de salud y la satisfacción del usuario externo se encontró que todas fueron positivas y directas, solo en un caso no fue estadísticamente significativa como se muestra en la Tabla 2. El coeficiente de correlación entre las variables de estudio resultó en 0.717, evidenciando una correlación alta. En el caso de la dimensión Atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas, el coeficiente de correlación con la satisfacción de usuarios externos resultó en 0.585, es decir, una correlación moderada. En cambio, la matriz de correlación entre la dimensión Libre elección del médico y la Satisfacción de usuarios externos mostró una significancia de 0.082, por lo tanto, no se puede establecer correlación entre ambas, de acuerdo con las premisas de investigación. Al evaluar el coeficiente entre Recibir atención con libertad de juicio clínico y la Satisfacción de usuarios externos, el valor fue de 0.680, lo cual indica una correlación moderada también. En cuanto a la dimensión Segunda opinión médica y la Satisfacción de usuarios externos, el coeficiente de Spearman tuvo un valor de 0.722, es decir, una correlación alta. Finalmente, la correlación entre Acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios y la Satisfacción de usuarios externos tuvo un coeficiente de 0.501, siendo una correlación moderada.

Tabla 2
Matriz de correlaciones

		Estadístico	Derecho al acceso a servicios de salud (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Derecho al acceso a servicios de salud (Agrupada)	Correlación de Spearman	1.000	0,717**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	30	30
	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)	Correlación de Spearman	0,717**	1.000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	30	30
		Estadístico	Atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas (Agrupada)	Correlación de Spearman	1.000	0,585**
		Sig. (bilateral)		0,001
		N	30	30
	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)	Correlación de Spearman	0,585**	1.000
		Sig. (bilateral)	0,001	
		N	30	30

		Estadístico	Libre elección del médico (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Libre elección del médico (Agrupada)	Correlación de Spearman	1.000	0,323**
		Sig. (bilateral)		0,082
		N	30	30
	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)	Correlación de Spearman	0,323**	1.000
		Sig. (bilateral)	0,082	
		N	30	30
		Estadístico	Recibir atención con libertad de juicio clínico (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Recibir atención con libertad de juicio clínico (Agrupada)	Correlación de Spearman	1.000	0,680**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	30	30
	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)	Correlación de Spearman	0,680**	1.000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	30	30
		Estadístico	Segunda opinión médica (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Segunda opinión médica (Agrupada)	Correlación de Spearman	1.000	0,722**
		Sig. (bilateral)		0,000
		N	30	30
	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)	Correlación de Spearman	0,722**	1.000
		Sig. (bilateral)	0,000	
		N	30	30

		Acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios (Agrupada)	Satisfacción del usuario externo (Agrupada)
Rho de Spearman	Estadístico		
	Correlación de Spearman	1.000	0,501**
	Sig. (bilateral)		0,005
	N	30	30
	Correlación de Spearman	0,501**	1.000
	Sig. (bilateral)	0,005	
	N	30	30

Nota: ** La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

3.6. Discusión de resultados

En la propuesta de determinar la relación entre derechos al acceso a los servicios de salud y la satisfacción del usuario externo en el hospital objeto de estudio, se encontró que en la variable “derechos al acceso a los servicios de salud” predominó el mediano alcance con un 60 %, seguido del bajo alcance con un 23.3 % y finalmente el alto alcance con un 16.7 %. Asimismo, en la variable “satisfacción de necesidades de salud” prevaleció el nivel medio con un 50 %, luego el nivel bajo con un 36.7 % y finalmente el nivel alto en un 13.3 %. Al analizar la correlación entre ambas variables, se detectó una alta correlación significativa verificada mediante el coeficiente de Rho Spearman igual a 0.717.

Estos hallazgos concuerdan con lo encontrado por García (2015), quien determinó que en el sistema de salud colombiano la principal dificultad estaba en el acceso segmentado por las aseguradoras, mientras que en Brasil los obstáculos eran la escasez de personal e infraestructura, y la inequidad en la atención especializada. Asimismo, Martí (2017) concluyó que el cumplimiento de los derechos de los usuarios en los centros de salud no superaba el 50 %, cifra inferior al estándar estipulado. Igualmente, Cruz y Salazar (2018) reportaron un 89.8 %

de insatisfacción global de los usuarios en consulta externa. En este contexto, el Congreso de la República del Perú (2015) dispuso garantizar el acceso equitativo e integral a la salud para todas las personas.

Sobre la relación entre atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica y la satisfacción del usuario externo, se encontró una resolución imprevista en los tres servicios, con 40 % en los niveles medio y bajo, y 20 % en el nivel alto. El análisis correlacional arrojó un Rho de Spearman de 0.585, indicativo de una moderada correlación. Estos hallazgos se condicen con el estudio de Vera (2018), que reportó altos niveles de satisfacción con la atención médica según el índice basado en Derechos Humanos, aunque contrastan con los resultados de Andia (2016) que señalaron un alto porcentaje de usuarios insatisfechos y mala calidad de atención. Ante esto, el Congreso de la República planteó mejoras en recursos humanos, infraestructura, equipamiento e insumos para optimizar la resolución de emergencias.

En cuanto a la relación entre libre elección del médico y satisfacción del usuario externo, se halló que la elección del galeno se veía ampliamente obstaculizada en un 66.7 %, frente a porcentajes menores sin esta barrera. El análisis correlacional señaló una baja correlación entre ambas variables según el Rho calculado de 0.323. Estos hallazgos concuerdan con el estudio de Vera (2018), aunque se contradicen con los de Messarina (2016) que sí encontraron influencia entre la calidad de atención del personal de salud y la satisfacción del paciente. Ante esta situación, el Congreso de la República señaló la necesidad de considerar factores intrínsecos y extrínsecos que limitan el acceso para garantizar la libre elección.

Respecto a la relación entre la atención con libertad de juicio clínico y la satisfacción del usuario externo, se impuso el nivel medio con 50 %, seguido del alto con 26.7 % y finalmente el bajo con 23.3 %. El análisis correlacional determinó un Rho de Spearman de 0.68, reflejando una alta correlación entre las variables. Estos resultados difieren de los de Arbeláez y Mendoza (2017), que encontraron una relación deficiente entre gestión, asistencia de salud y satisfacción del usuario en los centros de salud estudiados, pero concuerdan con Lostaunau (2018) quien sí halló una correlación entre calidad de atención y satisfacción del usuario externo. Considerando estos antecedentes, el Congreso peruano dispuso garantizar el respeto de la dignidad y juicio clínico de los pacientes para optimizar su satisfacción.

En lo que respecta a la segunda opinión médica, se impuso el nivel medio de esta práctica con 60 %, seguido del bajo con 23.3 % y finalmente el alto con apenas 16.7 % para derivaciones a instituciones de mayor complejidad. El análisis correlacional verificó una alta correlación entre esta dimensión y la variable satisfacción según el Rho de 0.722. Esta realidad replica los hallazgos de Del Pino y Medina (2018), así como de Cruz y Salazar (2018) sobre las dificultades en la atención y los altos niveles de insatisfacción de los usuarios externos respectivamente. Considerando esta problemática, el Congreso peruano planteó estandarizar la referencia a centros de mayor complejidad cuando sea necesario para mejorar la atención integral de los pacientes.

Finalmente, sobre la relación entre acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios y la satisfacción del usuario externo, se encontró un predominio del nivel medio de acceso con 60 %, seguido del alto con 30 % y finalmente el bajo con 10 %. El análisis correlacional confirmó una alta correlación entre las variables según el Rho de 0.501. Estos hallazgos contrastan con el estudio de García (2015), donde reportaron dificultades en el acceso y atención en salud, pero concuerdan con Lostaunau (2018) quien sí encontró correlación entre acceso, calidad de atención y satisfacción del usuario externo en los servicios estudiados. En este contexto, el Congreso de la República planteó garantizar la adecuada y oportuna provisión de insumos, medicamentos y productos sanitarios para mejorar la calidad y calidez de la atención en los establecimientos de salud.

3.7. Conclusiones y recomendaciones

3.7.1. Conclusiones

Se demostró que hay una considerable relación entre el derecho al acceso de servicios de salud y la satisfacción del usuario externo. Esto se evidenció en el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.717**, y el valor de la probabilidad igual a 0.000 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414 (Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud), a través del cambio del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para modernizar la prestación de salud con las dimensiones atención de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas, libre elección del médico, recibir atención con libertad de juicio clínico, segunda opinión médica, acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios, contribuyó a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

Se demostró que hay una considerable relación entre atención de emergencia, quirúrgica y psiquiátrica y satisfacción del usuario externo en el hospital, este hecho fue evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.585**, y valor de la probabilidad igual a 0.001 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414, a través de la modificación del inciso a) del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para modernizar la prestación de salud con la dimensión atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica, contribuyendo significativamente a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

Se demostró que no hay una considerable relación entre libre elección del médico y satisfacción del usuario externo en el hospital, este hecho fue evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.323, y valor de la probabilidad igual a 0.082 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414, a través de la modificación del inciso b) del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para modernizar la prestación de salud con la dimensión libre elección del médico, no llega en contribuir a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

Se demostró que hay una considerable relación entre recibir atención con libertad de juicio clínico y satisfacción del usuario externo en el hospital, este hecho fue evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.680**, y valor de la probabilidad igual a 0.000 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414, a través de la modificación del inciso c) del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para modernizar la prestación de salud con la dimensión entre recibir atención con libertad de juicio clínico, contribuyendo significativamente a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

Se demostró que hay una considerable relación entre segunda opinión médica y satisfacción del usuario externo en el hospital, este hecho fue evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.722**, y valor de la probabilidad igual a 0.000 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414, a través de la modificación del inciso d) del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para

modernizar la prestación de salud con la dimensión segunda opinión médica, contribuyendo significativamente a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

Se demostró que hay una moderada relación entre acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios y satisfacción del usuario externo en el hospital, este hecho fue evidenciado por el coeficiente de correlación Rho de Spearman (ρ) obtenido igual a 0.501**, y valor de la probabilidad igual a 0.005 significativo a un 95 % de nivel de confianza. En otras palabras, la reglamentación de la Ley 29414, a través de la modificación del inciso e) del artículo 15 introducido por el Congreso de la República para modernizar la prestación de salud con la dimensión acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios, contribuyendo significativamente a la satisfacción del usuario externo en sus dimensiones expectativas y percepción a lo largo de la recepción de los servicios de salud.

3.7.2. Recomendaciones

Que, existe la necesidad de publicar los resultados en la comunidad y en revistas indexadas, para hacer visibles en la comunidad científica sobre los resultados de la investigación en los estudios con las variables derechos al acceso de los servicios de salud y satisfacción del usuario externo en los establecimientos de salud.

Que, existe la necesidad de adiestrar a los investigadores sobre los resultados del presente estudio en cuanto a su método de investigación para mejor dominio de las variables derechos al acceso de los servicios de salud que se logran como aplicación de la Ley N.º 29414 (Ley de las personas usuarias de los servicios de salud) y la satisfacción del usuario externo de los establecimientos salud como modernización de las normas en este sector, a fin de evitar errores en su utilidad de futuras investigaciones.

REFLEXIONES FINALES

La determinación de la relación entre el derecho de acceso a los servicios de salud y la satisfacción del usuario externo en un hospital del Perú permite arribar a reflexiones finales desde diferentes aristas para la mejora continua de la calidad de atención.

En primer lugar, se confirma la hipótesis planteada sobre la existencia de una correlación directa y significativa entre ambas variables, verificada mediante un coeficiente Rho de Spearman de 0.717. Esto implica que, a mayor cobertura efectiva de las necesidades integrales de salud, mayores niveles de satisfacción experimenta el usuario externo.

Asimismo, al profundizar en dimensiones específicas se encontraron correlaciones entre moderadas y altas. Por ejemplo, la atención oportuna y resolutive de emergencias médicas, quirúrgicas y psiquiátricas se asocia positivamente con la satisfacción del paciente. Situación similar ocurre con el respeto al juicio clínico, la segunda opinión médica calificada y el efectivo acceso a servicios, medicamentos y productos sanitarios.

En contraste, la libre elección del médico tratante mostró una baja correlación, evidenciando las barreras organizativas que aún persisten en este aspecto crítico de una atención de salud centrada en la persona. Superar estas limitaciones puede incrementar exponencialmente la complacencia del usuario con el sistema de

salud. Los hallazgos antes descritos guardan estrecha relación con investigaciones previas tanto nacionales como internacionales. En ese sentido, se replican las conclusiones de García (2015), Martí (2017), Cruz y Salazar (2018), Arbeláez y Mendoza (2017) y Lostaunau (2018) sobre las oportunidades de optimización en la gestión de establecimientos de salud para garantizar una atención más respetuosa, efectiva y satisfactoria.

En ese contexto, resulta indispensable que la institución estudiada emprenda mejoras sistemáticas en los modelos de gestión y atención implementados. El fin último debe ser la cobertura universal de salud con servicios accesibles, asequibles y de óptima calidad según estándares nacionales e internacionales.

Para materializar estos cambios se requiere liderazgo transformacional en todos los niveles del Hospital, empezando por las gerencias y directorios, hasta llegar a los propios prestadores de servicios de salud. La Política Nacional de Calidad en Salud establece el marco propicio para implementar los cambios.

Desde el ámbito gerencial y directivo los principales frentes de acción incluyen: planificación acorde a las necesidades poblacionales e institucionales, gestión del presupuesto sobre la base de objetivos sanitarios, coordinación efectiva intra e interinstitucional, formación continua del talento humano, supervisión y evaluación permanente.

En la provisión de los servicios de salud se requiere: estandarización de los procesos asistenciales, fortalecimiento del primer nivel de atención, gestión por procesos integrados de salud, incorporación de tecnología para apoyo al diagnóstico y tratamiento, sistematización de la información para la toma oportuna de decisiones. A nivel del usuario se deben intensificar las intervenciones de información, educación y comunicación en salud para su empoderamiento.

La investigación también reveló vacíos de conocimiento sobre los que es imperativo profundizar mediante nuevos estudios. Por ejemplo, las causas directas y los factores pronósticos implicados de la baja satisfacción del usuario externo. Esto permitirá implementar estrategias de mejora focalizadas en elementos críticos perfectibles.

Asimismo, es pertinente ampliar la investigación a otros centros asistenciales públicos de la región y el país, así como al sistema privado. El cruce comparativo

de estos hallazgos orientará intervenciones sistémicas de mayor impacto para fortalecer la calidad de atención en todos los subsistemas de salud peruano.

Otras aristas por explorar con mayor detalle es la satisfacción del usuario interno y su implicancia en la calidad de atención y percepción del paciente externo. En ese sentido, mejorar el bienestar, motivación y desempeño de los trabajadores de salud puede tener un efecto multiplicador en la complacencia de los beneficiarios finales del sistema.

Desde una visión más amplia de salud colectiva, investigaciones futuras pueden profundizar en las particularidades de género, culturales, económicas y sociales que modulan la satisfacción ciudadana con los servicios sanitarios. Esto coadyuvará con enfoques cada vez más inclusivos y efectivos de las políticas y programas en el sector.

En definitiva, la presente investigación permite sentar las bases para una transformación progresiva pero sostenida de la calidad de atención y satisfacción de los usuarios del hospital I. Los hallazgos y reflexiones vertidos entregan directrices concretas para emprender los cambios requeridos de forma priorizada y sobre la base de la mejor evidencia disponible. Se espera que este trabajo inaugure una nueva etapa en la institución, signada por la cultura de calidad, la mejora continua y la garantía del derecho a la salud de la población usuaria. Solo así se podrá retribuir la confianza y las expectativas que los ciudadanos depositan en el sistema público de salud peruano. El camino es arduo, pero se debe transitar con decisión y optimismo sobre la base de los aprendizajes que esta y futuras investigaciones aporten.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, C., Silva, B., Matsuo, T. y Bezerra, A. (2017). Quality of care: Patient satisfaction in cardiac critical care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, (51). <https://www.scielo.br/j/reeusp/grid>
- Almeida, P., Faísca, L. y Jesus, L. (2017). A framework for quality management in health care organizations: An empirical study. *International Journal of Quality and Service Sciences*, 9(3-4), 297–316. <https://www.emeraldgroupublishing.com/journal/ijqss>
- Andia, C. (2016). *Nivel de satisfacción del usuario externo sobre la calidad de atención que brinda el personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en enero 2016* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional Cybertesis UNMSM. <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/>
- Arbeláez, G., y Mendoza, Y. (2017). *Gestión administrativa y la calidad de atención al usuario en la Micro Red de Salud San Martin de Pangoa 2017* [Tesis de maestría, Universidad Peruana Los Andes]. Repositorio institucional UPLA. <https://repositorio.upla.edu.pe/>
- Asamblea General de la ONU. (1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cescr.aspx>

- Berssaneti, F. y Brito, M. (2018). Identification of variables that impact project success in Brazilian companies. *International Journal of Project Management*, 36(3), 638-649. <https://www.sciencedirect.com/journal/international-journal-of-project-management/issues>
- Bleich, S., Özaltin, E. y Murray, C. (2019). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 97(4), 271-278. <https://www.who.int/publications/journals/bulletin>
- Boshoff, C. y Gray, B. (2014). The relationships between service quality, customer satisfaction and buying intentions in the private hospital industry. *Journal of Business Research*, 5(8), 37-48. <https://www.sciencedirect.com/journal/journal-of-business-research/issues>
- Butt, M. y Run, E. (2010). Private healthcare quality: Applying a SERVQUAL model. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 23(7), 658-673. <https://www.emerald.com/insight/publication/issn/0952-6862>
- Chapman, A. (2019). La realización progresiva del derecho a la salud. *Revista IIDH*, 69, 25-56. <https://www.iidh.ed.cr/es/revista-iidh>
- Courtis, C. (2006). Apuntes sobre la exigibilidad judicial de los derechos sociales. *Revista Ecuador Debate*, 67. <https://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3449>
- De Schutter, O. (2014). *El derecho a la alimentación*. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/FactSheet34sp.pdf>
- De Silva, A. y Valentine, N. (2014). A framework for measuring responsiveness. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/73286/file/Responsiveness-paper-0952020.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2007). *Los derechos en salud sexual y reproductiva. Supervisión de políticas, programas y servicios*. Serie Informes Defensoriales - Informe N.º 120. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/05/informe-120.pdf>

- Defensoría del Pueblo. (2021). *Supervisión de políticas públicas 2021. El derecho a la salud*. <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2021/08/Informe-de-adjunt%C3%ADa-N%C2%B003-2021-DP-SSPAS.pdf>
- Del Pino, G., y Medina, M. (2018). *Calidad de servicio y satisfacción del usuario de la consulta externa del Centro de Salud Santa Adriana-Juliaca, 2017* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio institucional UPeU. <https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1458>
- Donabedian A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748. <https://doi.org/10.1001/jama.260.12.1743>
- Duque, E. (2015). Revisión del concepto de calidad del servicio y sus modelos de medición. *INNOVAR*, 15(25), 64-80. <https://revistas.unal.edu.co/index.php/innovar/issue/archive>
- EsSalud. (2020). Datos preliminares de Consulta Externa - Consultas en las Prestaciones y recursos de salud por redes y establecimientos de salud EsSalud de las al mes de enero 2020.
- FAO. (2019). *El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2019*. <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>
- Farha, L. (2019). *Directrices para la aplicación del derecho a una vivienda adecuada*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/Guidelines_sp.pdf
- Ferreira, M. (2021). La exigibilidad de los derechos económicos, sociales y culturales. *Revista Latinoamericana de Derechos Humanos*, 32(1), 1-21. <https://www.corteidh.or.cr/tablas/r39066.pdf>
- García, S. (2015). *Acceso y calidad en los sistemas de salud en Colombia y Brasil* [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/39685/>
- González, V. (2022). El derecho a la salud desde los determinantes sociales: una mirada contemporánea. *Civilizar: Ciencias Sociales y Humanas*, 22(43), 117-136. <https://doi.org/10.22518/16578953.2506>

- Gostin, L. (2014). *Global health law*. Harvard University Press.
- Hunt, P. (2013). *Neglected Diseases: Violations of the Right to Health*. Global Health Education and Learning Incubator at Harvard University.
- Hunt, P. (2020). Interpreting the Universal Right to Health in an Era of Structural Injustice. *Health and Human Rights Journal*, 22(2), 7-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33292822/>
- Hunt, P. y Backman, G. (2008). Health systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health and Human Rights*, 10(1), 81-92. <https://www.jstor.org/stable/20460088>
- Hunt, P. y Mesquita, J. (2016). Mental Disabilities and the Human Right to the Highest Attainable Standard of Health. *Human Rights Quarterly*, 28(2), 332-356. <https://doi.org/10.1353/hrq.2016.0023>
- Hunt, P., Yamin, A. y Flanery, H. (2015). La injusticia sanitaria y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. *Revista Mexicana de Salud Pública*, (57). <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexsalpub/msp-2015/msp152h.pdf>
- Kessler, D., Mylod, D., Hoang, T., Boulware, L. y Denburg, M. (2020). Quantifying patient-centred care: Patient perceptions and care experiences. *Health Expectations : An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 23(3), 515-524. <https://doi.org/10.1111/hex.13023>
- Kotler, P. y Keller, K. (2016). *Dirección de Marketing*. Pearson Educación.
- Kurtzman, E. y Kizer, K. (2015). *Understanding health care performance: the patient perspective*. The Commonwealth Fund. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2015/aug/understanding-health-care-performance-patient-perspective>
- Lema, A. (2022). Salud y determinantes sociales: Fundamentos conceptuales para alcanzar la equidad sanitaria. *Gaceta Sanitaria*. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.12.008>
- Lostaunau, V. (2018). *Calidad de servicio y satisfacción del usuario en el Centro de Salud Miguel Grau Distrito de Chaclacayo 2013* [Tesis de maestría, Univer-

- sidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/30177>
- Lupo T. (2016). A fuzzy ServQual based method for reliable measurements of education quality in Italian higher education area. *Expert Systems with Applications*, 56, 156-175. <https://doi.org/10.1016/j.eswa.2016.02.058>
- Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- Martí, M. (2017). *Cumplimiento de los derechos de los usuarios de los centros de salud de primer nivel de atención* [Tesis doctoral, Universitat de Barcelona]. Dipòsit Digital de Documents de la UB. <http://hdl.handle.net/2445/117864>
- McLaughlin, K., Moutray, M. y Moore, G. (2010). Career motivation in nursing students and the perceived influence of significant others. *Journal of Advanced Nursing*, (66), 404-412. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05147.x>
- Messarina, V. (2016). *Satisfacción del usuario y calidad del cuidado de enfermería en el servicio de cirugía Hospital Regional Honorio Delgado Arequipa* [Tesis de maestría, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio institucional UCSM. <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/5669>
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Derechos generales de las personas usuarias de los servicios de salud*. MINSA. <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2016/derechos/index1.asp>
- Naciones Unidas. (2020). *La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe*. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
- Nordgren, L. (2009). The Perception of Patient Power among Healthcare Providers: A Qualitative Study. *International Journal of Social Welfare*, 18(4), 343-350. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2008.00592.x>
- OMS. (2018). *Vivienda y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/housing-and-health>

- OMS. (2021). *Determinantes sociales de la salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health>
- OMS. (2022). *Derechos humanos y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- ONU. (1948). *Declaración Universal de Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>
- ONU-Hábitat. (2020). *Guía para la elaboración de informes nacionales sobre asentamientos precarios*. Tercera edición. <https://unhabitat.org/guia-para-la-elaboracion-de-informes-nacionales-sobre-asentamientos>
- Palacios, A. (2020). Los derechos sociales: entre la justicia y las políticas públicas. *Estudios Constitucionales*.18(2), 37-68. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-52002020000200037>
- Papanicolas, I. y Smith, P. (Eds.). (2013). *Health system performance comparison: An agenda for policy, information and research*. WHO Regional Office for Europe. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/244836/Health-System-Performance-Comparison.pdf
- Parasuraman, A., Zeithaml, V. y Berry, L. (1985), A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, (49), 41-50. <https://doi.org/10.2307/1251430>
- Perehudoff, K. (2020). *Health as a human right in WHO's European Region*. WHO and European Observatory on Health Systems and Policies. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/338041/9789289054516-eng.pdf>
- Perehudoff, K., Alexandrova, A. y Hunt, P. (2021). Health and Human Rights in Today's Fight Against Covid-19. *Journal of Human Rights*, 20(2), 162-177. <https://doi.org/10.1080/14754835.2020.1836171>
- Petitta, L., Greco, A., Giorgi, G., Mancini, T., Fida, R. y Arcangeli, G. (2021). The role of occupational health and safety management for healthcare personnel wellbeing during the COVID-19 pandemic. *Safety Science*, 143. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105293>

- Pomey, M., Lemieux, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A. y Contandriopoulos, P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation Science*, 5(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-31>
- Prakash, B. (2010). Patient satisfaction. *Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*, 3(3), 151-155. <https://doi.org/10.4103/0974-2077.74491>
- Quintero, B. (2019). Breve análisis del derecho a la salud como derecho fundamental. *Temas Socio Jurídicos*, 37(76).13-34. <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/sociojuridicos/article/view/7267>
- Sepúlveda, M. (2019). *La seguridad social como derecho humano: Nuevas perspectivas en América Latina y el Caribe*. OIT.
- Shaw, M. (2014). La salud pública: una nueva ética mundial para el siglo XXI. En Medicus Mundi Navarra (Ed.), *Salud, ética y cooperación internacional* (pp. 11-27). https://medicusmundi.es/wp-content/uploads/2018/10/salud_etica_y_cooperacion_internacional.pdf#page=11
- Tapia, M. (2021). Desigualdad, redistribución y (re)conocimiento: hacia una articulación de perspectivas para el análisis de la justicia social. *Psychosocial Intervention*, 30(1), 15-24. <https://doi.org/10.5093/pi2020a11>
- Taraco, R. y Rodríguez, J. (2020). El derecho a la salud: Entre el concepto teórico y la materialización real. *Propósitos y Representaciones*, 8(SPE3), 1-24. <http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8nSPE3.746>
- Thomson, H., Thomas, S., Sellstrom, E. y Petticrew, M. (2013). Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008657.pub2>
- Tigu, G., Iorga, M., Soponaru, C. y Ioan, G. (2015). Identification of predictors for patient satisfaction and dissatisfaction with healthcare services. *Management and Marketing Journal*, 13(2), 221-236.

- Valdivia, M. (2020). *Perú: sistemas de salud en el nuevo contexto demográfico y epidemiológico*. CEPAL. <https://www.cepal.org/es/publicaciones/46578-peru-sistemas-salud-nuevo-contexto-demografico-epidemiologico>
- Vásquez, T., Paraje, G. y Estay, M. (2019). Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42), 1-9. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.111>
- Vera, S. (2018). *Satisfacción del usuario y aplicación de modelo de gestión sobre la base de derechos humanos en establecimientos del Ministerio de salud*, Lima, 2018 [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo]. Repositorio institucional UCV. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/23634>
- Wu, H., Liu, C., Li, Z. y Li, P. (2020). Evaluating outpatient service quality using an enhanced SERVQUAL approach with a case study in Beijing, China. *BMC health services research*, 20(1), 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4890-9>
- Yamin, E. (2018). Taking the right to health seriously: Implications for health systems, courts, and achieving universal health coverage. *Human Rights Quarterly*, 40(2), 428-447. <https://doi.org/10.1353/hrq.2018.0023>
- Yousapronpaiboon, K. y Johnson, C. (2013). Out-patient service quality perceptions in private Thai hospitals. *International Journal of Business and Social Science*, 4(7).
- Zarei, A., Arab, M., Froushani, R., Rashidian, A. y Tabatabaei, G. (2012). Service quality of private hospitals: The Iranian Patients' perspective. *BMC health services research*, 12(31). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-31>
- Zidén, L., Fröjd, C., Swenne, L. y Wenestam, G. (2010). Being cared for by a home care aide: described by elderly persons with cognitive impairment. *International journal of older people nursing*, 5(3), 198-206. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2010.00226.x>

Jheysen Luis Baldeón Diego

Correo: jbaldeond@undac.edu.pe

Perfil: Licenciado en Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8780-1924>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Isaías Fausto Medina Espinoza

Correo: imedinae@undac.edu.pe

Perfil: Licenciado en Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1093-8986>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Elda Nelly Moya Málaga

Correo: emoyam@undac.edu.pe

Perfil: Licenciada en Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0803-0960>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.

Johnny Walter Carbajal Jiménez

Correo: jcarbajal@undac.edu.pe

Perfil: Licenciado en Enfermería.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3840-2016>

Afiliación: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión.



**EDITORIAL
KUNTUR**