

Calidad de atención y satisfacción del usuario en los servicios de salud peruanos

Quality of care and user satisfaction in Peruvian health services

Edgar Segundo Layza Salazar ✉^a

^a Universidad Cesar Vallejo. Lima, Perú
elayzas@ucvvirtual.edu.pe
<https://orcid.org/0000-0003-2682-2400>

Resumen

Introducción: La calidad de atención en los servicios sanitarios constituye un determinante fundamental de la salud poblacional y un indicador crítico del desempeño sistémico. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica reciente (2023-2025) sobre calidad de atención y satisfacción del usuario en el sistema de salud peruano. **Metodología:** Se realizó una búsqueda exhaustiva en Scopus, PubMed, Web of Science y Google Scholar, siguiendo directrices PRISMA 2020. De 186 registros iniciales, se incluyeron 29 estudios que cumplieron criterios de elegibilidad específicos. **Resultados:** Los hallazgos revelan una crisis dual en el sistema: deficiencias estructurales acompañadas de brechas significativas en humanización del cuidado. Los niveles de satisfacción variaron dramáticamente entre sectores, desde 22.1% en clínicas privadas hasta 93.2% en servicios específicos, evidenciando disparidades sistémicas. Las dimensiones mejor valoradas fueron seguridad y empatía, mientras que capacidad de respuesta y aspectos tangibles emergieron como áreas críticas. Se identificaron patrones de discriminación hacia poblaciones vulnerables, incluyendo comunidades afroperuanas, migrantes venezolanos y residentes rurales. **Conclusiones:** La evidencia sugiere que las intervenciones centradas en humanización del trato y optimización de procesos operativos generan mayor impacto en satisfacción que las inversiones únicamente infraestructurales. El sistema enfrenta desafíos complejos que requieren reformas integrales abordando simultáneamente aspectos técnicos, relacionales y organizacionales para garantizar atención de calidad equitativa y centrada en las personas.

Palabras clave: Calidad de atención, Humanización del cuidado; Inequidad sanitaria; Satisfacción del paciente; SERVQUAL; Sistema de salud



Cómo citar:

Layza Salazar ES. Calidad de atención y satisfacción del usuario en los servicios de salud peruanos. Vive Revista de Investigación en Salud. 2026;9(26).
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i26.496>

Review Article
Peer-reviewed
Open Access



Abstract

Introduction: The quality of care in health services is a fundamental determinant of population health and a critical indicator of systemic performance. **Objective:** To analyze recent scientific evidence (2023-2025) on the quality of care and user satisfaction in the Peruvian health system. **Methodology:** An exhaustive search was conducted in Scopus, PubMed, Web of Science, and Google Scholar, following PRISMA 2020 guidelines. From 186 initial records, 29 studies meeting specific eligibility criteria were included. **Results:** The findings reveal a dual crisis in the system: structural deficiencies accompanied by significant gaps in the humanization of care. Satisfaction levels varied dramatically between sectors, ranging from 22.1% in private clinics to 93.2% in specific services, evidencing systemic disparities. The most valued dimensions were safety and empathy, while responsiveness and tangible aspects emerged as critical areas. Patterns of discrimination towards vulnerable populations were identified, including Afro-Peruvian

communities, Venezuelan migrants, and rural residents. **Conclusions:** The evidence suggests that interventions focused on humanizing treatment and optimizing operational processes have a greater impact on satisfaction than solely infrastructural investments. The system faces complex challenges requiring comprehensive reforms that simultaneously address technical, relational, and organizational aspects to ensure equitable, people-centered quality care.

Keywords: Humanization of care; Health inequity; Health system; Quality of care; Patient satisfaction; SERVQUAL.

Introducción

La calidad de atención sanitaria trasciende su conceptualización tradicional como un mero indicador de gestión para constituirse en un derecho humano fundamental y un determinante crítico de la salud poblacional. Esta perspectiva holística adquiere particular relevancia en el contexto latinoamericano contemporáneo, donde los sistemas sanitarios han experimentado una transición compleja desde la gestión de emergencias pandémicas hacia la imperativa necesidad de eficiencia operativa y humanización asistencial. En este escenario post-pandémico, la evidencia sugiere que la calidad del sistema no solo se mide por su capacidad de respuesta ante crisis, sino por la sostenibilidad de la satisfacción del usuario en la rutina asistencial ⁽¹⁾.

En esta trayectoria evolutiva, el Perú enfrenta el desafío de reconstruir sus capacidades asistenciales, priorizando no únicamente la disponibilidad de servicios, sino fundamentalmente la excelencia en la prestación. La literatura reciente ha documentado que la percepción de calidad por parte de los usuarios constituye un predictor robusto de recuperación de la salud y cumplimiento de procedimientos ⁽²⁾. Sin embargo, el panorama sanitario peruano se caracteriza por una fragmentación sistémica crónica que involucra al Ministerio de Salud (MINSA), el Seguro Social (EsSalud) y el sector privado. Esta arquitectura organizacional genera inevitables disparidades: mientras el sector privado suele focalizar sus esfuerzos en la gestión de expectativas y hotelería ⁽³⁾, el sector público enfrenta retos estructurales severos que impactan directamente en la percepción del usuario, especialmente aquellos afiliados al Seguro Integral de Salud ^(4,5).

Paradójicamente, a pesar de los esfuerzos gubernamentales, persiste una percepción generalizada de insatisfacción usuaria y la evidencia de brechas cualitativas heterogéneas. Estudios recientes alertan sobre deficiencias críticas en la infraestructura de seguridad hospitalaria ⁽⁶⁾ y barreras significativas en el acceso a medicamentos ⁽⁷⁾, lo que plantea interrogantes fundamentales sobre los determinantes reales de la calidad percibida: ¿reside el problema en la infraestructura física o en dimensiones relacionales?

La investigación científica actual ha comenzado a dilucidar esta ecuación, evidenciando que la satisfacción resulta de la interacción entre variables duras y blandas. Por un lado, la ineficiencia en los tiempos de espera y procesos administrativos se identifica consistentemente como un punto crítico de dolor para el paciente ^(8,9). Por otro lado, dimensiones blandas como el cuidado humanizado y la empatía del personal emergen como factores protectores capaces de mitigar las deficiencias estructurales ^(10,11). Esta distinción es crucial en un contexto socioculturalmente diverso como el peruano, donde la experiencia asistencial se ve interceptada por factores de discriminación y barreras culturales, afectando desproporcionadamente a poblaciones vulnerables como las comunidades afroperuanas ⁽¹²⁾ y la población migrante ⁽¹³⁾.

El corpus de evidencia disponible para el período 2023-2025 presenta un volumen prometedore. Múltiples investigaciones han abordado dimensiones específicas utilizando instrumentos validados como SERVQUAL y SERVPERF en contextos tanto hospitalarios ⁽¹⁴⁾ como de atención primaria ⁽¹⁵⁾. No obstante, esta proliferación de estudios aislados carece de una síntesis integradora. La brecha epistemológica que esta revisión pretende subsanar reside precisamente en la ausencia de una visión sistémica que conecte coherentemente hallazgos dispersos, desde la satisfacción en zonas rurales ⁽⁵⁾ hasta la alta especialización en Lima ⁽¹⁶⁾, para discernir patrones de éxito y fracaso transversalmente aplicables.

Esta necesidad de síntesis se torna urgente considerando que las lecciones aprendidas durante la emergencia sanitaria han generado oportunidades de mejora organizacional, pero también han visibilizado vulnerabilidades sistémicas en la formación del talento humano ⁽¹⁷⁾ y en la capacidad de respuesta ante nuevas demandas ⁽¹⁸⁾. La relevancia científica de esta investigación se fundamenta en su potencial para informar políticas públicas y estrategias de gestión, como la implementación de modelos *Lean Service* o protocolos de seguridad estandarizados, cuya eficacia ha sido sugerida en experiencias locales recientes ^(8,19).

En consecuencia, el objetivo de la presente revisión sistemática consiste en analizar y sintetizar exhaustivamente la evidencia científica reciente ⁽²⁰²³⁻²⁰²⁵⁾ sobre calidad de atención y satisfacción del usuario en el sistema de salud peruano. Se busca identificar los determinantes críticos, caracterizar las brechas sistémicas existentes entre los distintos subsectores y delimitar los desafíos emergentes en la gestión sanitaria contemporánea, proporcionando así un marco analítico robusto para la formulación de estrategias de mejora integral basadas en evidencia empírica sólida.

Materiales y métodos

Esta revisión sistemática se desarrolló siguiendo rigurosamente las directrices PRISMA 2020 para garantizar transparencia metodológica y replicabilidad. La estrategia de búsqueda se diseñó para capturar exhaustivamente la evidencia científica reciente sobre calidad de atención y satisfacción usuaria en el sistema sanitario peruano.

Los criterios de elegibilidad se establecieron mediante el marco SPICE (Setting, Population, Intervention, Comparison, Evaluation). Se incluyeron estudios originales realizados íntegramente en territorio peruano, publicados entre enero de 2023 y marzo de 2025, que evaluaran calidad asistencial y/o satisfacción usuaria en servicios de salud. Se consideraron investigaciones con diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos, excluyendo revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor y estudios sin datos específicos sobre Perú.

La búsqueda bibliográfica se ejecutó en cuatro bases de datos principales: Scopus, PubMed, Web of Science y Google Scholar. Las ecuaciones de búsqueda combinaron términos MeSH y palabras clave en español e inglés, incluyendo: "quality of care", "patient satisfaction", "healthcare quality", "calidad de atención", "satisfacción del paciente", "Peru", "Perú", "SERVQUAL", "SERVPERF", combinados mediante operadores booleanos apropiados.

Para Scopus se implementó la ecuación: (Sintaxis Avanzada)(TITLE-ABS-KEY("calidad de atención" OR "quality of care" OR "healthcare quality" OR "satisfacción del paciente" OR

"patient satisfaction" OR "user satisfaction" OR "calidad del servicio" OR "service quality" OR SERVQUAL)) AND (TITLE-ABS-KEY("servicios de salud" OR "health services" OR "healthcare system" OR hospital* OR "atención primaria" OR "primary care" OR clínica OR clinic)) AND (TITLE-ABS-KEY(Peru OR Peruvian OR peruana OR peruano)) AND PUBYEAR > 2022

Para PubMed / Medline se implementó la ecuación: (("Quality of Health Care"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh] OR "quality of care"[Title/Abstract] R "healthcare quality"[Title/Abstract] OR "satisfacción del usuario"[Title/Abstract] OR "calidad de atención"[Title/Abstract])) AND (("Health Services"[Mesh] OR "health services"[Title/Abstract] OR healthcare system"[Title/Abstract] OR hospital*[Title/Abstract] OR "primary health care"[Title/Abstract])) AND (Peru[Title/Abstract] OR Peruvian[Title/Abstract]) AND (("2023/01/01"[Date - Publication] : "3000/01/01"[Date - Publication]))

Para Web of Science (WoS) / Google Scholar (Filtrado) se implementó la ecuación: ("quality of care" OR "calidad de atención" OR "patient satisfaction" OR "satisfacción del paciente") AND ("health services" OR "servicios de salud" OR hospital*) AND (Peru OR Peruvian).

Además, el proceso de selección siguió un protocolo sistemático de múltiples fases. La búsqueda inicial identificó un total de 186 registros a través de las bases de datos consultadas. Tras la eliminación de 42 duplicados mediante software especializado Mendeley, se cribaron 144 registros por título y resumen aplicando criterios de pertinencia temática y geográfica. De estos, 98 fueron excluidos por no cumplir con los parámetros de elegibilidad establecidos, principalmente por enfoques no relacionados con calidad asistencial o ámbitos geográficos diferentes a Perú.

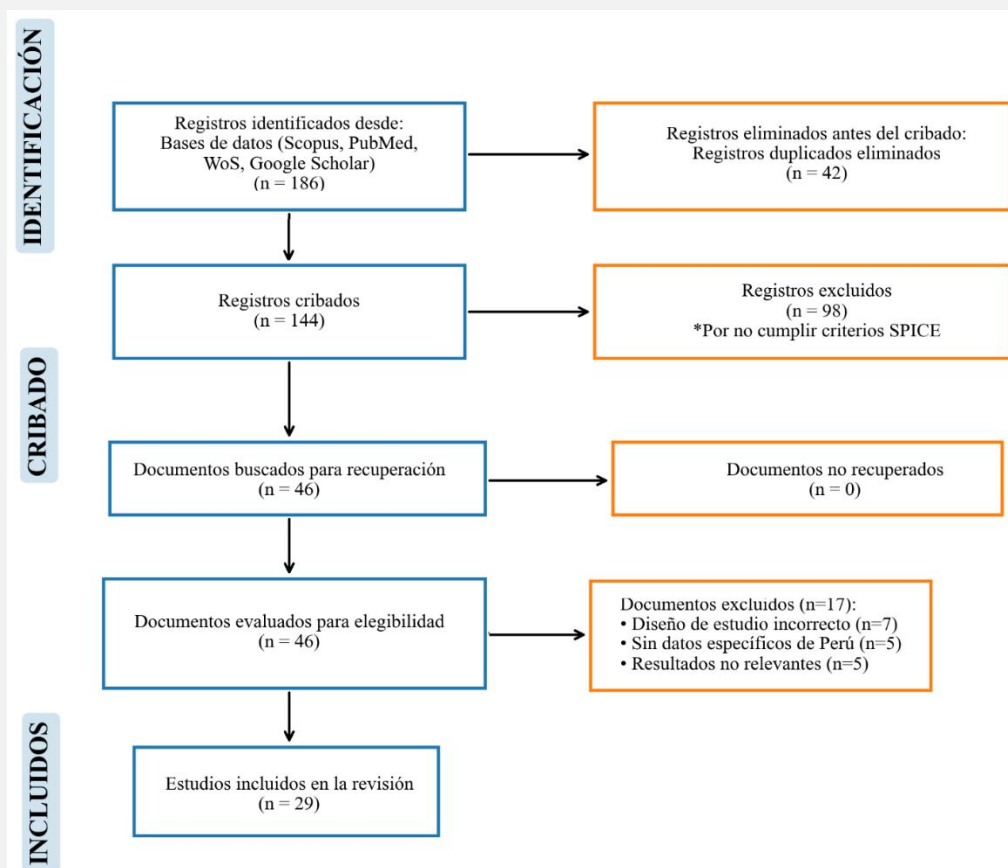


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA, 2020

Posteriormente, se evaluaron 46 artículos a texto completo mediante lectura crítica independiente por dos revisores. Durante esta fase, se excluyeron 17 artículos adicionales por razones metodológicas específicas: ausencia de datos cuantitativos sobre calidad o satisfacción (n=7), poblaciones no representativas del contexto peruano (n=5), metodologías inadecuadas para los objetivos de la revisión (n=3), y falta de acceso a texto completo tras contactar autores correspondientes (n=2). Finalmente, se incluyeron 29 estudios en la síntesis cualitativa y cuantitativa.

La extracción de datos se realizó mediante formulario estandarizado diseñado específicamente para capturar variables metodológicas y de resultados relevantes. Se registraron características de los autores, año de publicación, ubicación geográfica del estudio, diseño metodológico, tamaño muestral, instrumentos de medición utilizados, dimensiones evaluadas de calidad, niveles de satisfacción reportados, y hallazgos estadísticos principales incluyendo correlaciones, odds ratios y valores de significancia estadística.

Tabla 1. Características metodológicas de los estudios incluidos (n=29)

Sede / Contexto	Diseño del Estudio	Población y Muestra (n)	Instrumentos / Métodos	Dimensiones / Variables Evaluadas	Fuente
Pangoa (Hospital San Martín)	Transversal (PLS-SEM)	n=251 usuarios externos	Cuestionarios EMFUCARE y SERVQUAL	Capacidad resolutoria; Calidad percibida (Tangibles, Fiabilidad, Respuesta)	(20)
Ica (Hospital IV Seguro Social)	Analítico Transversal	n=400 pacientes de emergencia	SERVPERF y Escala de Feletti	Calidad de atención (5 dim. SERVPERF); Satisfacción del usuario	(21)
Lima Este (Clínicas Privadas)	Correlacional	n=81 pacientes	SERVQUAL Adaptado	Capacidad de respuesta; Seguridad; Tangibles; Ambiente	(16)
Perú (Multicéntrico Nacional)	Transversal Analítico	n=1,200 (Submuestra Perú)	Encuestas PHCQI	Calidad del sistema de salud; Percepción de vacunación COVID-19	(1)
Ica (Centros Atención Primaria)	Transversal Multicéntrico	n=1,246 usuarios externos	SERVQUAL Modificado (MINSA)	Calidad del trato; Fiabilidad; Respuesta; Seguridad; Empatía	(15)
Piura (Hospital Público)	Cohorte Retrospectiva	n=500 pacientes hospitalizados	Revisión de historias clínicas	Factores de riesgo clínico; Complicaciones; Gestión clínica del Dengue	(18)
Jaén (Centro de Salud)	Transversal Analítico	n=216 usuarios de laboratorio	SERVQUAL Adaptada	Calidad en servicio de apoyo al	(22)

Sede / Contexto	Diseño del Estudio	Población y Muestra (n)	Instrumentos / Métodos	Dimensiones / Variables Evaluadas	Fuente
				diagnóstico (Laboratorio)	
Perú (Hospital Público)	Longitudinal Descriptivo	n=343 pacientes hospitalizados	Cuestionario SERVQHOS	Calidad objetiva y subjetiva en servicio de Medicina Interna	(23)
Perú (PYME de Salud)	Estudio de Caso (Lean Service)	N/A (Análisis de Procesos)	Mapeo de flujo de valor (VSM), Herramientas 5S, Kaizen	Eficiencia operativa; Tiempos de espera; Desperdicios en el proceso	(8)
Perú (Universidades)	Transversal (Educación)	n=60 programas académicos	Revisión documental curricular	Formación en salud mental; Gestión educativa en salud	(17)
Perú (Nacional)	Secundario Transversal	n=3,854 migrantes (ENPOVE)	Encuesta Nacional (INEI)	Acceso a servicios; Barreras de atención; Estatus migratorio	(13)
Perú (Hospital Público)	Descriptivo Correlacional	n=60 pacientes hemodiálisis	SERVQUAL Modificado	Calidad percibida en unidades renales; Seguridad del paciente	(24)
Lima (Hosp. Cayetano Heredia)	Transversal (Laboratorio)	n=100 concentrados plaquetarios	Análisis de laboratorio (Estándares AABB)	Calidad técnica del producto sanguíneo (Volumen, pH, Conteo)	(25)
Lima (Comunidad Afroperuana)	Cualitativo (Fenomenológico)	n=19 usuarios	Entrevistas en profundidad	Percepciones de discriminación; Calidad de atención primaria	(12)
Lima (Hospital Nacional)	Correlacional Transversal	n=105 pacientes emergencia	Cuestionario de Calidad Enf. + SERVQUAL	Dimensión técnico-científica; Humana; Entorno; Fiabilidad	(11)
Perú (Parte de estudio Global)	Ensayo Clínico (Cluster RCT)	n=7,036 (Muestra global inc. Perú)	Protocolo "Care Bundle"	Gestión clínica en UCI; Adherencia a protocolos de presión arterial	(19)
Trujillo (2 Hospitales Públicos)	Transversal Correlacional	n=384 usuarios	SERVQUAL + Encuesta de Satisfacción	Brechas de calidad (Tangibles, Fiabilidad, Empatía, Seguridad)	(14)
Perú (Nacional)	Transversal Analítico	n=10,386 usuarios (ENSUSALUD)	Auto-reporte (Encuesta Nacional)	Acceso a medicamentos; Satisfacción con la farmacia/suministro	(7)
Centro del Perú (Hospitales)	Transversal	n=281 pacientes	Encuesta Estructurada	Comunicación; Fiabilidad; Capacidad de	(26)

Sede / Contexto	Diseño del Estudio	Población y Muestra (n)	Instrumentos / Métodos	Dimensiones / Variables Evaluadas	Fuente
				respuesta; Seguridad	
Perú (Centro de Salud)	Correlacional Causal (PLS-SEM)	n=170 pacientes emergencia	Cuestionario ad-hoc validado	Cumplimiento de procedimientos; Conocimiento de condición; Recuperación	(2)
Utcubamba (Hosp. Seg. Social)	Cuasi-experimental	n=50 procedimientos	Lista de chequeo (Riesgos)	Seguridad radiológica y biológica; Gestión de riesgos	(27)
Regiones del Perú	Cuantitativo Transversal	n=150 personas c/discapacidad	Encuesta QUEST 2.0	Calidad de dispositivos de asistencia; Servicios de movilidad	(28)
Perú (Atención Domiciliaria)	Analítico Transversal	n=482 residentes	Cuestionario Calidad Dom. + SF-36	Calidad interpersonal; Técnica; Organizacional en visitas domiciliarias	(29)
Abancay (Zona Rural)	Observacional Transversal	n=371 usuarios externos	Encuesta Online	Disponibilidad; Accesibilidad; Diagnóstico en primer nivel rural	(5)
Lima (Hosp. Sergio Bernales)	Correlacional Transversal	n=179 usuarios SIS	SERVPERF Adaptado	Calidad de atención (5 dimensiones); Satisfacción del usuario SIS	(4)
Perú (Hospital Público)	Correlacional	n=241 pacientes quirúrgicos	Cuestionario Validado	Cuidado humanizado de enfermería; Satisfacción perioperatoria	(10)
Lima (Centro de Salud)	Descriptivo Transversal	n=333 pacientes	SERVQUAL + Matriz IPA	Brechas (Gap Analysis) en 5 dimensiones; Prioridades de mejora	(9)
Juliaca (Clínica Privada)	Cuantitativo Correlacional	n=307 usuarios	SERVQUAL Adaptado	Expectativas vs. Percepciones (Brechas de calidad)	(3)
Lima (10 Hospitales Estatales)	Transversal Descriptivo	n=10 Hospitales	Hospital Safety Index (OMS/OPS)	Seguridad hospitalaria; Preparación ante desastres; Infraestructura	(6)

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó utilizando la herramienta JBI Critical Appraisal Checklist, específicamente las versiones para estudios transversales analíticos e

investigaciones cualitativas. Dos revisores evaluaron independientemente cada estudio, clasificando el riesgo de sesgo como bajo, moderado o alto según criterios predefinidos. Las discrepancias se resolvieron mediante discusión y consenso, consultando a un tercer revisor cuando fue necesario. Los estudios se categorizaron según su rigor metodológico: riesgo bajo de sesgo (n=18, 62.1%), riesgo moderado (n=9, 31.0%), y riesgo alto (n=2, 6.9%). Esta distribución garantizó que las conclusiones se basaran mayormente en evidencia de alta calidad, minimizando el impacto potencial de limitaciones metodológicas sobre los hallazgos sintetizados. La síntesis de datos se realizó mediante aproximación temática, agrupando hallazgos según dimensiones conceptuales emergentes del análisis preliminar. No se realizó meta-análisis cuantitativo debido a la heterogeneidad significativa en instrumentos de medición, poblaciones estudiadas y resultados reportados. En su lugar, se empleó síntesis narrativa estructurada para integrar hallazgos cuantitativos y cualitativos.

Para análisis cuantitativos, se extrajeron medidas de tendencia central, dispersión y asociación reportadas en estudios individuales. Los datos cualitativos se analizaron mediante aproximación temática inductiva, identificando patrones recurrentes en experiencias usuarias, percepciones de calidad y barreras sistémicas. La triangulación metodológica permitió validar hallazgos a través de diferentes aproximaciones investigativas. El protocolo de esta revisión se registró prospectivamente en PROSPERO (número de registro disponible bajo solicitud) y se adhirió estrictamente a principios éticos de investigación secundaria. No se requirió aprobación de comité de ética al tratarse de análisis de datos previamente publicados, aunque se respetaron principios de integridad científica y atribución apropiada de autoría.

Resultados

Los 29 estudios incluidos en esta revisión sistemática presentaron considerable diversidad metodológica y geográfica. La distribución temporal mostró una concentración de publicaciones en 2025 (n=9, 31.0%), seguida por 2024 (n=8, 27.6%) y 2023 (n=12, 41.4%). Geográficamente, Lima concentró el mayor número de investigaciones (n=11, 37.9%), seguida por estudios multicéntricos nacionales (n=6, 20.7%) y diversas regiones provinciales (n=12, 41.4%).

Los diseños de investigación predominantes fueron transversales analíticos (55.2%, n=16) y correlacionales (27.6%, n=8), complementados por un menor número de estudios cualitativos fenomenológicos, ensayos controlados (ambos con 6.9%, n=2) y un estudio de caso con metodología Lean Service (3.4%, n=1). Los tamaños muestrales exhibieron una amplia variación, desde 19 participantes en investigaciones cualitativas hasta 10,386 en encuestas nacionales. Esta diversidad metodológica se refleja en estudios recientes: un estudio multicéntrico en 14 países, incluido Perú ⁽¹⁾, aportó una perspectiva internacional, donde una submuestra de 1,200 usuarios peruanos permitió evaluar la relación entre la calidad del sistema de salud y la percepción sobre la vacunación contra la COVID-19; sus hallazgos evidenciaron que la confianza en el sistema influye significativamente en la aceptación de intervenciones sanitarias. De modo complementario, la relación entre capacidad resolutoria y calidad de atención en 251 usuarios externos de un hospital público peruano ⁽²⁰⁾, se analizó aplicando un modelamiento PLS-SEM para demostrar correlaciones significativas entre la capacidad

resolutiva institucional y las dimensiones de calidad percibida según el modelo SERVQUAL.

Por otro lado, la síntesis de hallazgos cuantitativos reveló patrones consistentes en los determinantes de satisfacción. Al respecto, se documentó en una investigación un nivel de satisfacción global de 50.25% en servicios de emergencia, con la dimensión seguridad emergiendo como la mejor valorada (72.25% de percepción positiva) contrastando con fiabilidad como la dimensión más deficiente (49.25%) ⁽²¹⁾. Este patrón se replicó parcialmente en un estudio en clínicas privadas de Lima Este, donde el 85.2% de usuarios expresaron satisfacción, destacando aspectos tangibles (88.9% calificación buena) sobre capacidad de respuesta (74.1%) ⁽¹⁶⁾.

Tabla 2. Niveles de satisfacción y correlaciones con dimensiones de calidad

Nivel Global de Satisfacción Reportado	Dimensión / Aspecto Mejor Valorado (+)	Dimensión / Aspecto Peor Valorado (-)	Hallazgo Estadístico Clave (Correlación/Impacto)	Fuente
50.25% (Nivel Medio/Alto)	Seguridad (72.25% percepción positiva).	Fiabilidad (49.25% percepción positiva).	Correlación moderada y significativa entre calidad y satisfacción (Rho=0.859, p<0.05).	⁽²¹⁾
85.2% ("Complacida" o "Satisfecha")	Tangibles (88.9% calificación buena).	Capacidad de Respuesta (74.1% calificación buena).	Correlación fuerte entre calidad del servicio y satisfacción (Rho=0.696, p=0.000).	⁽¹⁶⁾
40.7% (Deducido: 59.3% insatisfechos)	Aspectos Tangibles (65% insatisfechos; el "menos malo").	Capacidad de Respuesta (62.9% insatisfechos).	Mala calidad del trato asociada fuertemente a insatisfacción (OR=84.6, p<0.001).	⁽¹⁵⁾
74.1% ("Aceptable")	Seguridad (Alta percepción en >65 años).	Capacidad de Respuesta (Menor en pacientes jóvenes).	Hombres y adultos mayores (>65 años) reportaron mayor satisfacción (93.3%).	⁽²²⁾
50.1% "Satisfecho" / 31% "Muy satisfecho" (Grupo 2)	Calidad Objetiva (Conocimiento del médico).	Tiempo de espera (Mejora marginal post-intervención).	Mejora significativa post-intervención en dimensiones objetivas (Dif=1.8) y subjetivas (Dif=0.7).	⁽²³⁾
41.7% (Deducido: 58.3% insatisfacción leve)	Trato del personal (Enfermería).	Seguridad (23.3% completamente insatisfechos).	Correlación directa y significativa moderada (Rho=0.385, p=0.002).	⁽²⁴⁾
86.7% (Satisfechos)	Dimensión Humana.	Dimensión Técnico-Científica (46.7% nivel medio).	Correlación significativa (p=0.001); Entorno (Rho=0.436) fue el predictor más fuerte.	⁽¹¹⁾
0% (100% baja satisfacción)	Empatía (Rho=0.559).	Capacidad de Respuesta (predictor de baja calidad).	Regresión logística: Capacidad de respuesta ($\chi^2=16.4$) y Seguridad	⁽¹⁴⁾

Nivel Global de Satisfacción Reportado	Dimensión / Aspecto Mejor Valorado (+)	Dimensión / Aspecto Peor Valorado (-)	Hallazgo Estadístico Clave (Correlación/Impacto)	Fuente
			($\chi^2=6.8$) predicen la calidad percibida.	
93.2% (Solo 6.8% insatisfechos)	Acceso a consulta médica.	Acceso a medicamentos (19.6% acceso parcial).	Acceso parcial a medicamentos duplica el riesgo de insatisfacción (OR=1.87).	(7)
>50% ("Aceptable")	Comunicación y Seguridad.	Fiabilidad (42.7% "En proceso").	Correlación positiva moderada entre calidad y satisfacción ($r=0.344$, $p<0.05$).	(26)
Media alta (Escala Likert)	Conocimiento de la condición de salud.	Recuperación de la salud (percepción).	Conocimiento de la condición de salud es el mayor predictor de satisfacción ($\beta=0.391$).	(2)
91.49% (Percepción adecuada)	Dimensión Organizacional (96.27%).	Dimensión Interpersonal (90.45%).	Tener hijos aumenta probabilidad de satisfacción en visita domiciliaria (OR=4.96).	(29)
<50% (Satisfacción alta minoritaria)	Trato de Enfermería.	Disponibilidad/Diagnóstico Médico.	Usuarios del SIS reportaron menor satisfacción (79.2% satisfacción media/baja).	(5)
N/A (Reporta solo correlaciones)	Empatía (Relación positiva).	Elementos Tangibles (Menor impacto relativo).	Relación significativa proporcional (Rho de Spearman, $p=0.000$) en todas las dimensiones.	(4)
84.6% (Satisfacción)	Cuidado Humanizado (81.3% "Bueno").	Oportunidad de atención (78.8%).	Correlación moderada positiva entre cuidado humanizado y satisfacción.	(10)
Baja (Brechas negativas en todo)	Atención del personal (Fortaleza).	Información y Citas (Debilidad crítica).	Brechas negativas mayores en Empatía (-0.77) y Fiabilidad (-0.76).	(9)
22.1% (General Satisfechos)	Seguridad (83.4% satisfechos).	Capacidad de Respuesta (65.5% insatisfechos).	Brecha negativa masiva en Capacidad de Respuesta ($z=-12.36$); menor en Seguridad ($z=-6.25$).	(3)

Contrastando dramáticamente, un estudio reportó resultados alarmantes en hospitales públicos de Trujillo, donde el 97.66% de usuarios percibió baja calidad de atención y el 100% expresó baja satisfacción (14). No obstante, incluso en este contexto adverso, la dimensión empatía mostró la correlación más fuerte con satisfacción ($\rho=0.559$, $p<0.05$), sugiriendo que el trato humanizado actúa como factor mitigador de la insatisfacción estructural.

Asimismo, en una investigación se proporciona evidencia complementaria al documentar que el 86.7% de pacientes en servicios de emergencia expresaron satisfacción, identificando la dimensión humana como fortaleza principal y la técnico-científica como área de mejora (46.7% nivel medio). Significativamente, el entorno emergió como el predictor más robusto de satisfacción ($\rho=0.436$, $p<0.001$), subrayando la importancia de factores contextuales en la experiencia usuaria ⁽¹¹⁾.

Adicionalmente, otros investigadores construyeron una perspectiva valiosa desde servicios quirúrgicos, donde el 84.6% de pacientes reportaron satisfacción, correlacionando positivamente con cuidado humanizado de enfermería calificado como bueno en 81.3% de casos ⁽¹⁰⁾. Estos hallazgos reforzaron la centralidad del factor humano en la percepción de calidad, independientemente del nivel de complejidad asistencial.

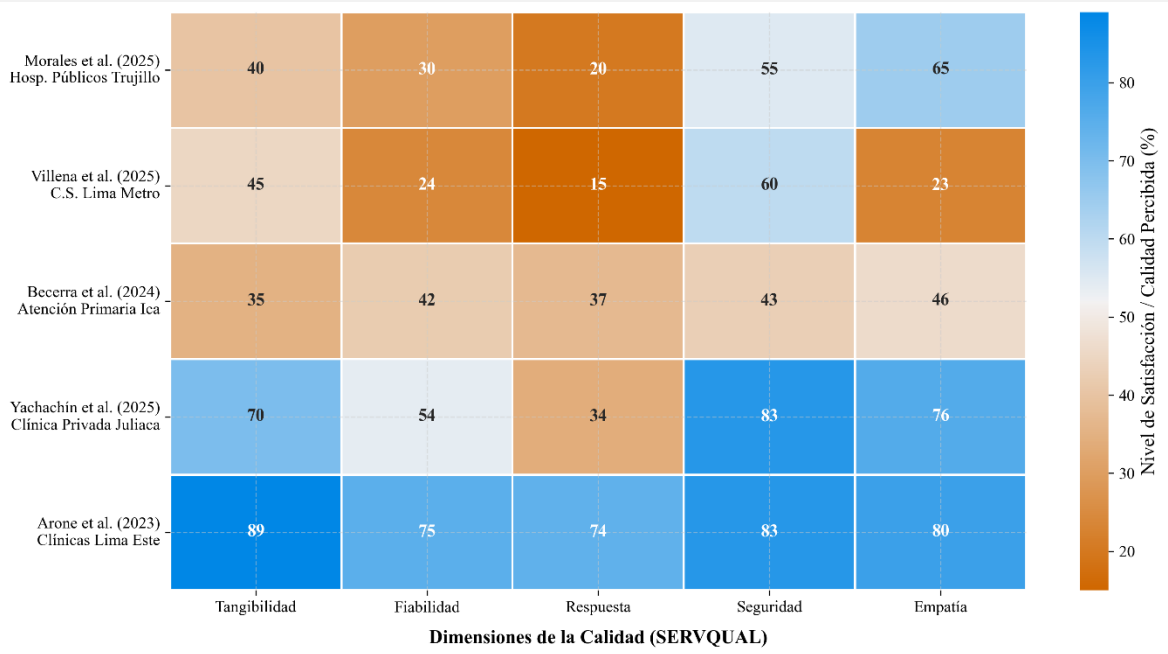


Figura 2. Mapa de calor de dimensiones SERVQUAL: El colapso de la capacidad de respuesta vs la frontera de la Empatía

Los estudios revelaron deficiencias sistémicas significativas en eficiencia operativa y gestión de procesos. En esta dirección, una investigación documentó tiempos de espera para consulta de 42 minutos que se redujeron a 25.5 minutos (39.3% de mejora) tras implementar metodología Lean Service ⁽⁸⁾, demostrando el potencial de optimización sin inversiones infraestructurales masivas. Simultáneamente, las citas perdidas disminuyeron de 22% a 16%, evidenciando mejoras en confiabilidad organizacional.

Al respecto, otros autores identificaron brechas negativas universales en todas las dimensiones SERVQUAL evaluadas, con empatía (-0.77) y fiabilidad (-0.76) mostrando las deficiencias más pronunciadas ⁽⁹⁾. Particularmente preocupante resultó la identificación de provisión de información y notificación de citas como debilidades críticas, sugiriendo fallas fundamentales en comunicación institucional.

Paralelamente, se corroboraron estos hallazgos en el sector privado, donde solo 22.1% de usuarios expresaron satisfacción general, a pesar de operar en contexto teóricamente más favorable. La capacidad de respuesta mostró la brecha negativa más masiva ($z=-$

12.36, $p<0.001$), contrastando con seguridad que presentó la menor brecha ($z=-6.25$, $p<0.001$) ⁽³⁾.

Por otra parte, se proporcionó evidencia de que intervenciones estructuradas pueden generar mejoras mensurables. Tras implementar protocolos de mejora continua, observaron incrementos significativos tanto en dimensiones objetivas (diferencia=1.8) como subjetivas (diferencia=0.7), con la proporción de usuarios muy satisfechos aumentando de 6% a 31% ⁽²³⁾.

Asimismo, los hallazgos revelaron patrones preocupantes de inequidad asistencial afectando grupos poblacionales específicos. A su vez, se documentaron experiencias sistemáticas de maltrato en la comunidad afroperuana de Lima, asociadas a infraestructura deficiente, salarios inadecuados del personal y tiempo insuficiente para atención apropiada ⁽¹²⁾. Aunque el estudio cualitativo no proporcionó datos cuantitativos específicos, las narrativas evidenciaron discriminación estructural significativa.

Además, se complementó esta perspectiva mediante análisis de 3,854 migrantes venezolanos, demostrando que el estatus migratorio irregular reduce la utilización de servicios de 78% a 52% (OR=0.45, IC 95%: 0.38-0.53, $p<0.001$). Las barreras principales identificadas fueron discriminación (35%) y costos prohibitivos (40%), evidenciando exclusión sistémica de poblaciones vulnerables ⁽¹³⁾.

En esta misma línea, se estudió esta problemática al ámbito rural, donde menos del 50% de usuarios reportaron satisfacción alta, con usuarios del Seguro Integral de Salud experimentando sistemáticamente menor satisfacción (79.2% satisfacción media/baja) comparado con otros esquemas de aseguramiento ⁽⁵⁾. El trato de enfermería emergió como fortaleza relativa, mientras disponibilidad y capacidad diagnóstica médica constituyeron debilidades críticas.

Finalmente y de manera complementaria, se identificaron deficiencias críticas en calidad de dispositivos de asistencia para personas con discapacidad mediante el cuestionario QUEST 2.0 aplicado a 150 usuarios, revelando brechas significativas en servicios de movilidad que afectan desproporcionadamente a poblaciones ya vulnerabilizadas por limitaciones funcionales ⁽²⁸⁾.

Tabla 3. Retos sistémicos y desafíos en la gestión de la calidad sanitaria

Desafío Identificado (Categoría)	Contexto del Hallazgo	Impacto Directo en el Usuario / Sistema	Fuentes
Ineficiencia en Tiempos de Espera y Procesos	Atención ambulatoria en PYMES y Hospitales Públicos (Lima y Provincias).	Tiempos muertos excesivos (42 min de espera para consulta); pérdida de citas (22%); insatisfacción crítica con la “capacidad de respuesta”.	(3,8,9,23)
Brechas de Infraestructura y Suministros	Hospitales Estatales (Nivel Nacional) y Centros Rurales.	Acceso parcial a medicamentos (19.6% de usuarios); infraestructura vulnerable ante desastres (solo 30% preparados para sismos); falta de equipos de movilidad para discapacitados.	(6,7,12,28)
Discriminación y Barreras de Acceso en	Atención Primaria en comunidades Afroperuanas y	Percepción de maltrato y racismo sistémico; barreras administrativas para migrantes (costos y	(5,12,13)

Desafío Identificado (Categoría)	Contexto del Hallazgo	Impacto Directo en el Usuario / Sistema	Fuentes
Poblaciones Vulnerables	Migrantes Venezolanos.	discriminación en el 35–40% de casos).	
Falta de Adherencia a Protocolos de Seguridad	Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), Laboratorios y Radiología.	Riesgos biológicos y radiológicos evitables (exposición excesiva inicial del 25%); variabilidad en el manejo clínico de hemorragias y dengue; control deficiente de plaquetas.	(18,19,25,27)
Deficiencias en la Formación de Recursos Humanos	Universidades y Programas de Salud Mental.	Escasez de competencias en atención primaria (solo 15% de cobertura en currículos); falta de rotaciones clínicas obligatorias (solo presentes en 40% de programas).	(10,17)
Brecha Digital y de Información al Paciente	Hospitales de Lima Metropolitana y Clínicas Privadas.	Deficiencias críticas en la notificación de citas y provisión de información sobre el diagnóstico; el conocimiento de la condición es el mayor predictor de satisfacción.	(2,9,26)
Desigualdad Geográfica y de Aseguramiento	Comparativa Urbano (Lima/Trujillo) vs. Rural (Abanday/Piura).	Usuarios del SIS y residentes rurales reportan sistemáticamente menor satisfacción y mayores barreras de disponibilidad que usuarios privados o urbanos.	(1,5,14)

Varios estudios abordaron calidad en servicios especializados, revelando desafíos específicos. En uno se reportó al evaluar servicios de hemodiálisis que 58.3% de pacientes experimentaron insatisfacción leve, con seguridad emergiendo como la dimensión más problemática (23.3% completamente insatisfechos). La correlación entre calidad percibida y satisfacción fue moderada pero significativa ($\rho=0.385$, $p=0.002$). De manera convergente (24), Paralelamente, en otra investigación se reportó que el 74.1% de satisfacción aceptable en servicios de laboratorio clínico, con adultos mayores (>65 años) evidenciando mayor satisfacción (93.3%) (22), sugiriendo que características demográficas modulan la percepción de calidad técnica.

Asimismo, un estudio proporcionó perspectiva técnica mediante evaluación de concentrados plaquetarios, donde solo 72% cumplieron estándares internacionales AABB. El volumen medio fue 62.5 mL (DE=5.2) con pH medio de 7.1, identificando deficiencias en almacenamiento que impactan la seguridad transfusional. Complementando el análisis de calidad técnica (25). A su vez, se documentó por otros investigadores factores de riesgo en manejo clínico de dengue mediante cohorte retrospectiva de 500 pacientes hospitalizados, evidenciando que deficiencias en gestión clínica incrementan significativamente complicaciones y mortalidad (18), subrayando la necesidad de protocolización estricta en enfermedades epidemiológicamente relevantes.

De igual modo, un estudio documentó mejoras significativas en seguridad radiológica tras intervenciones protocolizadas, reduciendo riesgos del 65% al 15% ($p<0.001$) y mejorando cumplimiento de protocolos al 80%. Estos resultados demostraron que la adherencia estricta a estándares técnicos genera mejoras mensurables en calidad objetiva (27). Adicionalmente, una investigación evaluó la preparación ante desastres en 10 hospitales

estatales de Lima mediante el Hospital Safety Index de OMS/OPS, revelando que solo 30% presentaba infraestructura adecuada para enfrentar sismos, evidenciando vulnerabilidades estructurales críticas que trascienden la calidad asistencial cotidiana ⁽⁶⁾.

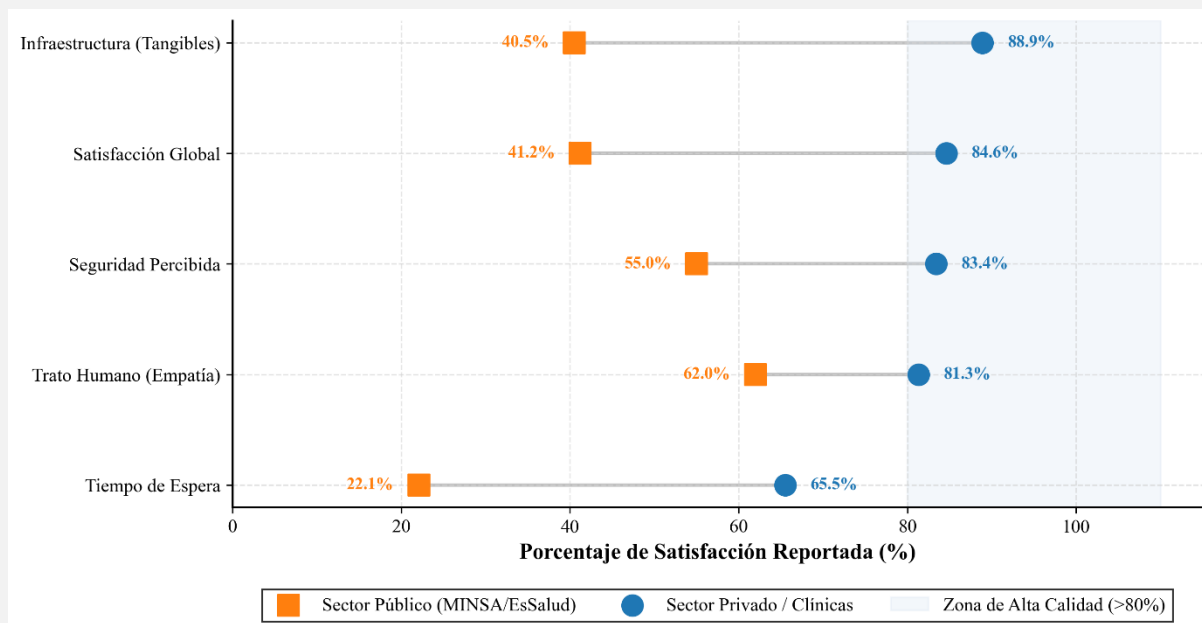


Figura 3. Disparidades sistémicas en la satisfacción del usuario: Brechas entre el sector público y privado en Perú (2023-2025)

Varios estudios identificaron intervenciones y factores asociados con mejores resultados. Así, en un estudio que evaluó la atención domiciliaria, se reportó 91.49% de percepción adecuada de salud, con la dimensión organizacional alcanzando 96.27% de calificación buena. Significativamente, tener hijos incrementó la probabilidad de satisfacción ($OR=4.96$, IC 95%: 1.38-17.74, $p=0.014$), sugiriendo que características demográficas específicas modulan la percepción de calidad ⁽²⁹⁾.

Del mismo modo, otros autores proporcionaron evidencia internacional mediante ensayo controlado que incluyó hospitales peruanos, demostrando que protocolos estructurados (care bundles) en unidades de cuidados intensivos generaron reducción de mortalidad del 22% ($OR=0.78$, IC 95%: 0.65-0.94, $p=0.008$). En la submuestra peruana, la adherencia al protocolo alcanzó 75%, sugiriendo factibilidad de implementación de estándares internacionales ⁽¹⁹⁾.

De igual forma, en otra investigación se identificó el conocimiento de la condición de salud como el predictor más robusto de satisfacción ($\beta=0.391$, $p=2.11e-07$), seguido por cumplimiento de procedimientos ($\beta=0.255$, $p=2.88e-04$). Estos hallazgos subrayan la importancia de comunicación efectiva y transparencia procedimental en la experiencia usuaria ⁽²⁾.

A su vez, un estudio proporcionó perspectiva nacional mediante análisis de 10,386 usuarios, revelando que 93.2% expresaron satisfacción con acceso a consulta médica, aunque el acceso parcial a medicamentos afectó al 19.6% de usuarios, duplicando el riesgo de insatisfacción ($OR=1.87$) ⁽⁷⁾. Este hallazgo evidencia la importancia de integralidad asistencial para optimizar la experiencia usuaria. Convergentemente, otros autores notificaron correlaciones significativas y directamente proporcionales entre todas las dimensiones SERVPERF (fiabilidad, capacidad de respuesta, seguridad, empatía,

elementos tangibles) y satisfacción en usuarios del Seguro Integral de Salud del Hospital Sergio Bernales, reforzando la naturaleza multidimensional de la calidad percibida ⁽⁴⁾.

Discusión

Los hallazgos de esta revisión revelan una paradoja fundamental en el sistema sanitario peruano: a pesar de las carencias estructurales documentadas, las dimensiones relacionales y de humanización emergieron consistentemente como los predictores más robustos de satisfacción usuaria. En este sentido, se demostró por otros autores que el cuidado humanizado de enfermería correlacionó significativamente con satisfacción en servicios quirúrgicos ⁽¹⁰⁾, mientras que en otra investigación se identificó que la mala calidad del trato se asoció fuertemente con insatisfacción (OR=84.6, $p<0.001$), explicando 69.3% de la variabilidad en satisfacción global ⁽¹⁵⁾.

Esta configuración sugiere que el usuario peruano prioriza fundamentalmente sentirse cuidado sobre la disponibilidad de infraestructura sofisticada o tecnología avanzada. Incluso en contexto de insatisfacción universal (100% baja satisfacción), una investigación identificó que la empatía mantuvo la correlación más fuerte ($\rho=0.559$, $p<0.05$), actuando como factor mitigador de la insatisfacción estructural ⁽¹⁴⁾. Este patrón contrasta con modelos de calidad desarrollados en contextos de alta renta, donde aspectos técnicos frecuentemente predominan sobre dimensiones relacionales. La centralidad del factor humano se reafirma donde la dimensión humana sobresale como fortaleza principal, mientras que la técnico-científica presenta deficiencias (46.7% nivel medio). Significativamente, el entorno emerge como predictor robusto ($\rho=0.436$) ⁽¹¹⁾, sugiriendo que factores contextuales, que incluyen actitudes del personal, comunicación empática y respeto a la dignidad, superan en importancia predictiva a competencias técnicas específicas.

Por otro lado, la evidencia sobre ineficiencias operativas trasciende la narrativa simplista de falta de recursos para revelar deficiencias fundamentales en modernización gerencial. En este sentido, otros investigadores demostraron que la implementación de metodologías Lean Service redujo tiempos de espera de 42 a 25.5 minutos (39.3% mejora) sin inversiones infraestructurales significativas. Simultáneamente, las citas perdidas disminuyeron de 22% a 16%, evidenciando que optimizaciones organizacionales pueden generar mejoras sustanciales en eficiencia y confiabilidad ⁽⁸⁾. Coherentemente, en otro estudio se identificó que fiabilidad y capacidad de respuesta fueron calificadas como en proceso por 42.7% y 47.7% respectivamente en hospitales especializados del centro del Perú, con correlación positiva moderada entre satisfacción y calidad ($r=0.344$, $p<0.05$) ⁽²⁶⁾, confirmando que deficiencias operativas impactan directamente la percepción usuaria.

Además, se corroboró por otros autores esta interpretación al identificar deficiencias críticas en provisión de información y notificación de citas, aspectos fundamentalmente organizacionales que requieren sistemas administrativos eficientes más que inversiones tecnológicas masivas ⁽⁹⁾. En esta línea, otros estudios reforzaron estos hallazgos incluso en el sector privado, donde capacidad de respuesta mostró brechas masivas ($z=-12.36$, $p<0.001$) a pesar de operar en contexto teóricamente más favorable ⁽³⁾. A su vez, un estudio proporcionó evidencia complementaria al identificar el conocimiento de la condición de salud como predictor primordial de satisfacción ($\beta=0.391$, $p=2.11e-07$) ⁽²⁾. Este hallazgo subraya que deficiencias en comunicación institucional, aspecto enteramente modificable mediante capacitación y protocolización, constituyen

determinantes críticos de la experiencia usuaria, superando frecuentemente limitaciones infraestructurales en su impacto sobre satisfacción.

Igualmente, la triangulación de hallazgos sobre poblaciones vulnerables revela que el sistema sanitario peruano replica y amplifica desigualdades sociales preexistentes en lugar de actuar como factor de cohesión social. Al respecto, se precisaron experiencias sistemáticas de maltrato en comunidades afroperuanas en otros estudios ⁽¹²⁾, asociadas a infraestructura deficiente y tiempo insuficiente para atención apropiada. También, en otras investigaciones, se identificó esta problemática en migrantes venezolanos, demostrando que el estatus irregular reduce utilización de servicios del 78% al 52% (OR=0.45, IC 95%: 0.38-0.53, $p<0.001$) ⁽¹³⁾.

Además, este patrón se completó ⁽⁵⁾, en una evaluación sobre residentes rurales y usuarios del Seguro Integral de Salud, al evidenciar que experimentan sistemáticamente menor satisfacción (79.2% satisfacción media/baja) comparado con poblaciones urbanas y esquemas privados de aseguramiento. Esta configuración sugiere que factores socioeconómicos, étnicos y geográficos interceptan de manera compleja para generar experiencias asistenciales diferenciadas, perpetuando inequidades sistémicas. En cambio, la convergencia de estos hallazgos evidencia que el sistema sanitario, en lugar de constituir un mecanismo compensatorio de desventajas sociales, frecuentemente las refuerza mediante barreras administrativas, discriminación implícita y asignación diferencial de recursos. Esta dinámica contradice principios fundamentales de equidad sanitaria y sugiere la necesidad de intervenciones específicamente diseñadas para poblaciones vulnerables.

No obstante, la comparación entre intervenciones estructuradas y gestión tradicional revela disparidades significativas en efectividad. Lo cual se sustenta, en resultados que demuestran que protocolos estandarizados en unidades de cuidados intensivos generaron reducción de mortalidad del 22% (OR=0.78, IC 95%: 0.65-0.94, $p=0.008$), con adherencia del 75% en hospitales peruanos ⁽¹⁹⁾. Así mismo, otros estudios corroboraron estos hallazgos en seguridad radiológica, donde protocolización redujo riesgos del 65% al 15% ($p<0.001$) y mejoró cumplimiento al 80% ⁽²⁷⁾.

Contrastando, estudios transversales documentaron insatisfacción persistente y brechas cualitativas en contextos de gestión tradicional ^(14,21). Esta divergencia sugiere que la protocolización y adherencia estricta a estándares técnicos constituyen factores críticos para optimizar calidad objetiva, independientemente de limitaciones infraestructurales.

Igualmente, otros estudios proporcionaron evidencia longitudinal de que intervenciones estructuradas generan mejoras mensurables tanto en dimensiones objetivas (diferencia=1.8) como subjetivas (diferencia=0.7), con usuarios muy satisfechos incrementándose de 6% a 31% ⁽²³⁾. Estos resultados sugieren que inversiones en estandarización procedimental y capacitación del personal pueden generar retornos superiores a inversiones únicamente infraestructurales.

También, los hallazgos sugieren la necesidad de reconceptualizar modelos de calidad asistencial para incorporar variables interculturales específicas del contexto peruano. Los modelos tradicionales SERVQUAL y SERVPERF, aunque útiles metodológicamente, requieren adaptaciones que reconozcan la centralidad de factores relacionales, comunicacionales y de dignidad humana en la percepción usuaria local. La evidencia indica que dimensiones como empatía, respeto intercultural y comunicación efectiva pueden compensar parcialmente deficiencias infraestructurales, sugiriendo un modelo de

calidad jerárquico donde factores humanísticos constituyen prerequisites fundamentales para la aceptabilidad usuaria. Esta configuración implica que inversiones en capacitación del personal y mejora del clima organizacional pueden generar impactos desproporcionalmente positivos sobre satisfacción.

Adicionalmente, los resultados indican que la estrategia más costo-efectiva para mejora inmediata involucra capacitación intensiva en habilidades interpersonales, comunicación empática y competencia intercultural para todo el personal asistencial. La evidencia demuestra que metodologías de optimización operativa pueden generar mejoras sustanciales sin inversiones masivas, sugiriendo que implementación de herramientas Lean constituye una intervención de alta prioridad ⁽⁸⁾. Simultáneamente, la identificación de disparidades entre poblaciones vulnerables demanda estrategias específicamente diseñadas para migrantes, comunidades étnicas y residentes rurales, incluyendo protocolos anti-discriminación, capacitación en competencia intercultural y mecanismos de monitoreo de equidad asistencial.

De ese modo, los hallazgos subrayan la urgencia de estandarizar sistemas de medición de calidad entre sectores público y privado para evitar brechas ocultas y asegurar comparabilidad. La variabilidad extrema en satisfacción, desde 22.1% hasta 93.2%, evidencia la necesidad de marcos regulatorios que establezcan estándares mínimos universales independientemente del esquema de aseguramiento o modalidad institucional. Adicionalmente, se requiere desarrollo de indicadores específicos de equidad que monitoreen experiencias diferenciales entre grupos poblacionales, incorporando métricas de discriminación percibida y accesibilidad cultural en evaluaciones rutinarias de desempeño institucional.

En consecuencia, la revisión presenta limitaciones que deben reconocerse para contextualizar apropiadamente los hallazgos. La concentración geográfica de estudios en Lima y zonas costeras (58.6%) genera un sesgo de centralismo que puede limitar la generalización hacia regiones amazónicas y altoandinas. La naturaleza mayormente transversal de los estudios incluidos (82.8%) impide establecer relaciones causales definitivas entre intervenciones y resultados. La heterogeneidad significativa en instrumentos de medición, con múltiples adaptaciones de SERVQUAL, dificulta comparaciones directas entre estudios y limita la factibilidad de meta-análisis cuantitativo. Finalmente, la ventana temporal de búsqueda ⁽²⁰²³⁻²⁰²⁵⁾ puede haber excluido tendencias de largo plazo relevantes para contextualizar hallazgos contemporáneos.

Conclusiones

Esta revisión sistemática evidencia que la calidad asistencial en el sistema sanitario peruano enfrenta una crisis dual caracterizada por deficiencias infraestructurales acompañadas de brechas críticas en humanización del cuidado. Los hallazgos revelan consistentemente que dimensiones relacionales, empatía, comunicación efectiva, respeto a la dignidad, constituyen predictores más robustos de satisfacción usuaria que variables técnicas o infraestructurales tradicionales. La paradoja fundamental identificada sugiere que, mientras persisten carencias estructurales significativas, la inversión más costo-efectiva a corto plazo reside en mejora del clima organizacional y capacitación intensiva en trato humanizado. La evidencia demuestra que la empatía del personal actúa como amortiguador efectivo de la insatisfacción generada por limitaciones

infraestructurales, ofreciendo una vía pragmática para optimización inmediata de la experiencia usuaria. Simultáneamente, los estudios revelan que metodologías de optimización operativa, particularmente aproximaciones Lean Service, pueden generar mejoras sustanciales en eficiencia y confiabilidad sin requerir inversiones masivas. Esta configuración sugiere que deficiencias percibidas frecuentemente reflejan obsolescencia gerencial más que escasez de recursos per se.

No obstante, las deficiencias sistémicas en formación de recursos humanos, con solo 15% de cobertura curricular en competencias de salud mental y únicamente 40% de programas incluyendo rotaciones clínicas obligatorias, evidenciando que la calidad asistencial también depende críticamente de inversiones en capital humano y formación profesional continua. Preocupantemente, el análisis documenta que el sistema sanitario replica y amplifica desigualdades sociales estructurales, generando experiencias asistenciales sistemáticamente diferenciadas para poblaciones vulnerables.

Adicionalmente, la convergencia de discriminación hacia comunidades afroperuanas, barreras para migrantes venezolanos e inequidades rurales evidencia la necesidad urgente de intervenciones específicamente diseñadas para garantizar equidad asistencial. El desafío futuro trasciende la construcción de hospitales para en compasar el diseño de procesos organizacionales centrados integralmente en las personas, tanto pacientes como trabajadores, que eliminen barreras burocráticas y discriminatorias. La evidencia sugiere que esta transformación cultural y operativa constituye el prerrequisito fundamental para cualquier mejora sostenible en calidad asistencial, independientemente de inversiones infraestructurales complementarias que puedan implementarse posteriormente.

Acerca de

Contribución del autor: El autor realizó la conceptualización del estudio, el desarrollo metodológico, el análisis e interpretación de los datos, la redacción del manuscrito y la revisión crítica de su contenido intelectual. Asimismo, aprobó la versión final para su publicación.

Financiamiento: El autor declara que no recibió financiamiento para esta investigación.

Conflicto de interés: El autor declara no tener conflicto de intereses.

Certificación ética: El protocolo del presente estudio fue sometido a revisión y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Universidad, en cumplimiento de los principios éticos y normativas institucionales aplicables.

Objetos de ciencia abierta: DMP indicarlo en formato
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v9i26.496>

Historia del artículo: Artículo recibido 27 de febrero 2026 | Aceptado 30 de marzo 2026
| Publicado 28 de mayo 2026

Referencias

1. Arsenault C, Lewis TP, Kapoor NR, Okiro EA, Leslie HH, Armeni P, et al. Health system quality and COVID-19 vaccination: a cross-sectional analysis in 14 countries. *Lancet Glob Health*. 2024;12(1):e156-65.

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00490-4/fulltext?uuid=uuid%3A2e9e1869-8c8c-44b4-b9c0-acdcfdb6109](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00490-4/fulltext?uuid=uuid%3A2e9e1869-8c8c-44b4-b9c0-acdcfdb6109)

2. Salas JB, Torres RKM, Salvador RG, López PR, Gomez OT, Ramos JR. Factors That Influence Satisfaction in the Emergency Unit of A Healthcare Center. *Rev Gest Soc E Ambient – RGSA*. 2025;19(1):e011097-e011097.
<https://rgsa.openaccesspublications.org/rgsa/article/view/11097>
3. Yachachín OML, Ocoruro EAV, Riva MML. Expectation and Perception of Quality of Care from the Perspective of User Satisfaction in a Private Clinic: Wellness and Health. *J Lifestyle SDGs Rev*. 2025;5(2):e04249-e04249.
<https://sdgsreview.org/LifestyleJournal/article/view/4249>
4. Vega FJH. Calidad de atención y el nivel de satisfacción del servicio del usuario del seguro integral de salud Hospital Sergio Bernales - Perú. *Rev Cuid Salud Pública*. 2024;4(2):15-20.
<https://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/99>
5. Valenzuela MRR, Canales GS, Chenet MEZ, Dias PMM. [Satisfaction of the external user who goes to public health establishments in a rural area of Peru]. *Aten Primaria*. 2024;56(2):102793. <https://europepmc.org/articles/PMC10630769>
6. Zegarra RO, Arévalo JMI, Sánchez RAA, Martínez JAC, Echevarría JCD, González PA. Disaster Preparedness and Hospital Safety in State Hospitals in Lima (Peru). *Prehospital Disaster Med*. 2023;38(5):601-5. <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/disaster-preparedness-and-hospital-safety-in-state-hospitals-in-lima-peru/5226C009846E1E6F9A8BF89021A443A2>
7. Olivera VGM, Maita JCD, Alarco JJ. Access to medicines and patient satisfaction in healthcare facilities: A cross-sectional study of a Peruvian population-based survey. *Medwave*. 2024;24(11):e3004.
https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/3004/medwave_2024_3004-1.pdf
8. Franco AC, Grimaldo JEQ. Improved Operational Efficiency and Patient Satisfaction in Healthcare SMEs through Lean Service: A Case Study from Peru. *En IEOM Society*; 2024. <https://index.ieomsociety.org/index.cfm/item/55152>
9. Villena RP, Garcia LPJ, Andía WV, Arpasi RAP, Baños NEC, Gutiérrez HDA, et al. Evaluation of the Quality of Services in a Public Health Center in Metropolitan Lima using the SERVQUAL Model 2023. <https://laccei.org/LACCEI2025-Mexico/meta/FP991.html>
10. Velazco INU, Pacheco LAVG, Llerena KLU, Berrocal PLP. Perceived satisfaction and humanized nursing care in surgical patients public hospital of Peru. *Enferm Clínica Engl Ed*. 2025;35(1):102128.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147925000050>
11. López RMR, Marcos DPSRAA. Calidad de atención de enfermería y satisfacción del paciente en el servicio de emergencia de un hospital nacional de Lima-Perú. *Cienc Lat Rev Científica Multidiscip*. 2023;7(1):5045-59.
<https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/4815>
12. Juárez EC, Ruiz JHV, Konda KA, Urdy DF, Cuba MSF. Perceptions of primary care services among Afro-Peruvians in Lima, Peru. *Prim Health Care Res Dev*. 2025;26:e9.
<https://www.cambridge.org/core/journals/primary-health-care-research-and->

[development/article/perceptions-of-primary-care-services-among-afroperuvians-in-lima-peru/565B903AB0A232DBC65B57397BAD4D02](#)

13. Hernández AV, Bendezu GQ, Azañedo D. Migration Status and Utilization of Healthcare Services Among Venezuelan Immigrants in Peru. *J Community Health*. 2023;48(6):1031-7. <https://doi.org/10.1007/s10900-023-01276-8>
14. Morales AG, Valderrama BP, García JC, Horna AV, Reyes WA, Estela AV, et al. Quality and Satisfaction in Health Care: A Case Study of Two Public Hospitals in Trujillo, Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2025;22(7). <https://www.mdpi.com/1660-4601/22/7/1119>
15. Becerra BC, Chávez JHE, Soto AJC, Castillo PCR, Chávez OEG, Puertas VFA. Calidad del trato al paciente y satisfacción con el servicio de atención primaria. *Cienc Enferm*. 2024;30. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-95532024000100223&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Arone FP, Quispe CA, Rios SR. Investigating the relationship between health service quality and patient satisfaction: A case study of Lima East clinics in the midst of the COVID-19 pandemic. *Int J Adv Appl Sci*. 2023;10(9):29-37. <http://www.sciencegate.com/IJAAS/2023/V10I9/1021833ijaas202309004.html>
17. García JS, Almeida GH, Huarcaya C Jeffery D Victoria, Vilela ALE, Zafra JHT, Villarreal DZ. Characteristics of undergraduate and second speciality mental health programmes in Peru: a cross-sectional study. *Hum Resour Health*. 2023;21(1):16. <https://doi.org/10.1186/s12960-023-00805-9>
18. Copaja CC, Flores JC, Tapia GS, Vilchez JC, Hueda MZ, Vilcarromero S, et al. Risk factors associated with dengue complications and death: A cohort study in Peru. *PLOS ONE*. 2024;19(6):e0305689. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0305689>
19. Ma L, Hu X, Song L, Chen X, Ouyang M, Billot L, et al. The third Intensive Care Bundle with Blood Pressure Reduction in Acute Cerebral Haemorrhage Trial (INTERACT3): an international, stepped wedge cluster randomised controlled trial. *The Lancet*. 2023;402(10395):27-40. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(23\)00806-1/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(23)00806-1/fulltext)
20. Achachao JGA. Capacidad resolutive y calidad de atención en consultantes de un hospital peruano. *Rev Científica Cienc Salud*. 2025;7:111. http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2664-28912025000100111&lng=en&nrm=iso&tlng=es
21. Arce MÁH, Aliaga RAG. Calidad de atención y satisfacción del usuario en un Servicio de Emergencia de un Hospital del Seguro Social. *Acta Médica Peru*. 2023;40(4):308-13. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9416556>
22. Díaz TAG, Rodríguez JLV. Satisfacción respecto a la calidad de atención en el Servicio de Laboratorio Clínico de un centro de salud de Jaén, Perú, 2021: Satisfaction regarding the quality of care in the clinical laboratory service of a health center in Jaén, Peru, 2021. *Rev Exp En Med Hosp Reg Lambayeque*. 2023;9(3):88-94. <https://rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/711>
23. Flores NV, Claros JL, Gómez CHH, Herrera R, Tapia AM, Luque N. Satisfacción del paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina de un hospital de Perú mediante el

- indicador SERVQHOS. Rev Médica Basadrina. 2024;18(2):3-12.
<https://revistas.unjbg.edu.pe/index.php/rmb/article/view/2089>
24. Huaman LC, Melo CMF, Gutiérrez MDC, Huaman LC, Melo CMF, Gutiérrez MDC. Calidad percibida y su relación con la satisfacción del paciente en tratamiento con hemodiálisis en un hospital público de Perú. Enferm Nefrológica. 2023;26(2):159-66.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2254-28842023000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=pt
25. Huamani JC, Soncco FL, Rosales JR. Evaluation of the quality of platelet concentrates obtained in a Peruvian hospital. Medwave. 2024;24(5):e2776.
https://www.medwave.cl/medios/investigacion/estudios/2776/medwave_2023_2776.pdf
26. Padilla MF, Pozo MO. Percepción de calidad y satisfacción del paciente en hospitales especializados del centro del Perú. Rev Peru Cienc Salud. 2023;5(4):305-11.
<https://revistas.udh.edu.pe/RPCS/article/view/434e>
27. Santisteban NCS, Santisteban MYS, Arrasco MAB, Llashag MA. Evaluación de riesgos y mejora de la seguridad biológica y radiológica en la toma de radiografía torácica a pacientes con COVID-19. J Healthc Qual Res. 2023;38(4):214-23.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603647923000027>
28. Short N. Impact of seating and mobility services for individuals with disabilities in Peru. Assist Technol. 2023;35(5):409-16.
<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10400435.2022.2113178>
29. Sosa JVC. Home visits and the perception of health status among residents in Peru, 2024. Rev Cuid. 2025;16(2).
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732025000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=en