

Perspectivas #160

¿Qué factores influyen en la satisfacción con los servicios médicos y de salud pública en América Latina y el Caribe?

Owen Cai
Vanderbilt University

3 de octubre de 2023

Hallazgos principales:

- La riqueza y la edad predicen de manera positiva la satisfacción con los servicios locales de salud pública
- El nivel de educación y ser mujer o persona no binaria versus ser hombre predicen una menor satisfacción con los servicios locales de salud pública
- Aquellos que están más preocupados por la corrupción en el sector de la salud tienen una probabilidad menor de estar satisfechos con los servicios locales de salud pública
- Las personas que viven en una zona rural tienen una probabilidad mayor de estar satisfechas con los servicios locales de salud pública que aquellas que viven en una zona urbana



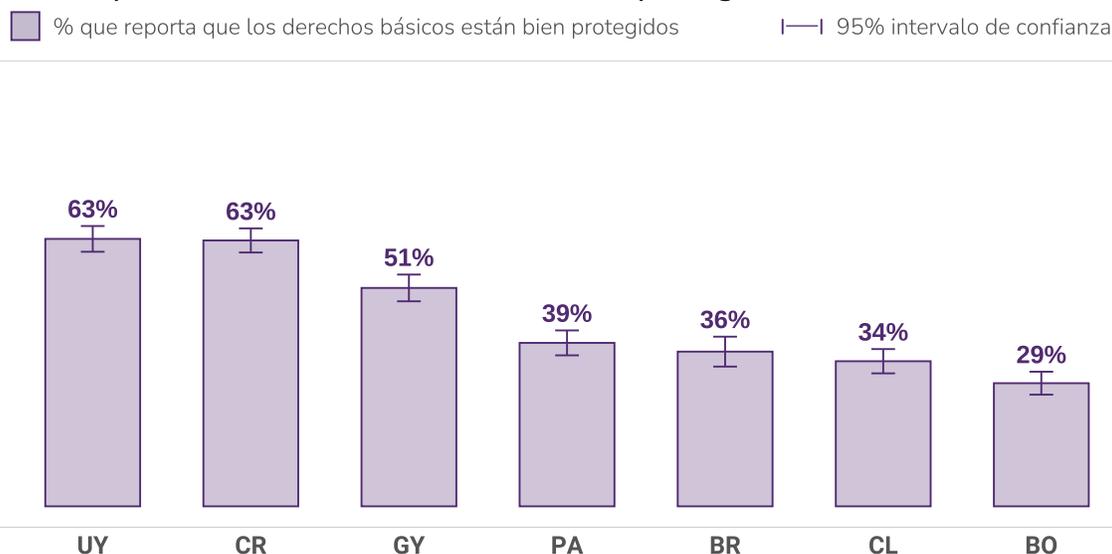
Las evaluaciones de los recursos de salud pública pueden reflejar hasta dónde llega la provisión de servicios de salud por parte del gobierno y la calidad de esos servicios. La satisfacción del paciente es una medida cualitativa de la eficacia de los sistemas de salud¹. Aunque no toda la población general utiliza el sistema de salud, la percepción que un individuo tiene de los servicios de salud puede verse influenciada por quienes han utilizado esos sistemas, especialmente si tuvieron una experiencia negativa². Si bien la satisfacción varía según las expectativas subjetivas y las preferencias de una persona, los patrones en la satisfacción pueden indicar hasta qué punto se escuchan y satisfacen las necesidades de la población con respecto a la salud. Además, dadas las disparidades en los servicios y tratamientos de salud entre los diferentes grupos sociales y demográficos³, examinar la satisfacción podría impulsar una reforma más eficiente y un mayor apoyo del gobierno a los distintos grupos según sus necesidades.

Este informe de *Perspectivas* evalúa los factores que predicen la satisfacción de las personas con los servicios locales de salud pública. Estos datos del Barómetro de las Américas de 2021 de LAPOP fueron recolectados durante la pandemia del COVID-19, lo que puede haber influido los resultados siguientes. En esta ronda de la encuesta, 10,029 personas en siete países respondieron a esta pregunta⁴:

SD6NEW2: [Y pensando en la ciudad o área donde usted vive...] ¿Y con la calidad de los servicios médicos y de salud públicos? ¿Está usted...

Los encuestados respondieron en una escala de 1 a 4, donde 1 indicaba “Muy satisfecho” y 4 indicaba “Muy insatisfecho”.

El Gráfico 1 muestra el porcentaje de personas que están satisfechas o muy satisfechas con los servicios médicos y de salud pública en cada uno de los siete países en los que se incluyó esta pregunta: Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Guyana, Panamá, y Uruguay⁵. Uruguay y Costa Rica tienen los niveles de satisfacción más alta con un 63%. Existe una variación significativa en la satisfacción entre los países, siendo Bolivia el que tiene el nivel más bajo de satisfacción (29%). El hecho de que menos de la mitad de la población esté satisfecha en cuatro de los siete países encuestados indica importantes deficiencias con respecto a la prestación de servicios de salud pública de calidad en la región de América Latina.

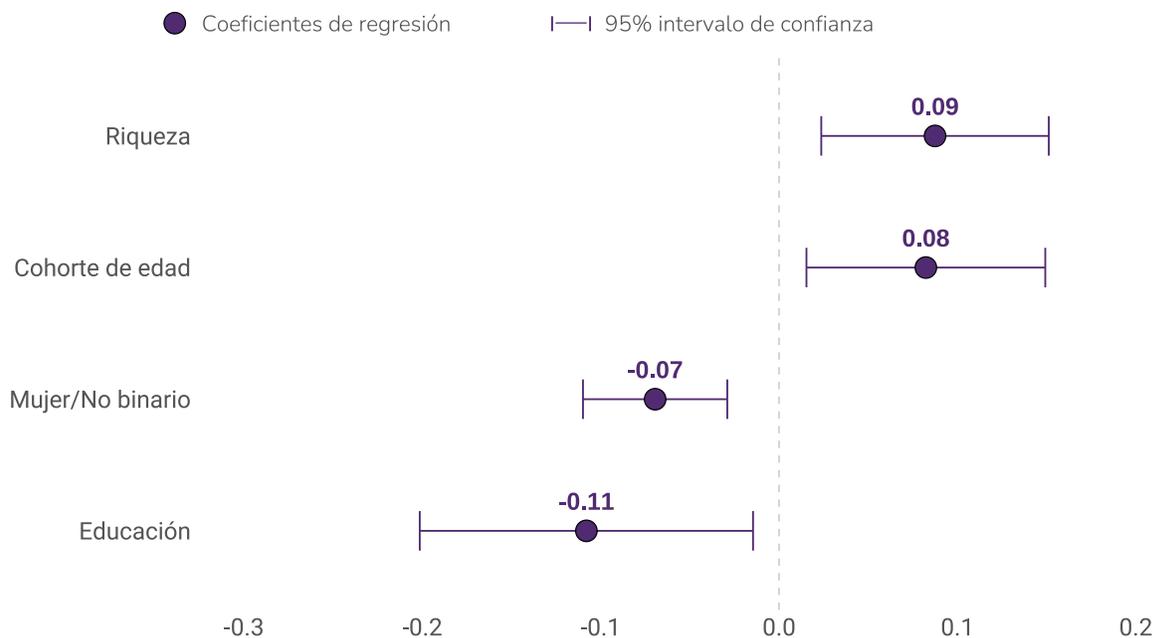
Gráfico 1.**Creencia que los derechos básicos están bien protegidos**

Fuente: Barómetro de las Américas, 2021



Algunas investigaciones previas sobre la satisfacción con los sistemas de salud a nivel internacional se centran en el gasto público y privado combinado en estos sistemas y encuentran que, en promedio, la satisfacción del público y de los pacientes está correlacionada positivamente con el gasto en salud pública y en los sistemas de salud⁶. A la hora de examinar la correlación entre la satisfacción con los servicios de salud y el gasto en salud per cápita en dólares (según los datos de 2019 del Banco Mundial), se encuentra solo una correlación positiva entre débil y moderada en el conjunto de los siete países analizados en este informe⁷. Además, una regresión lineal revela que no existe una relación entre dichas variables⁸. Finalmente, es difícil sacar conclusiones generalizables sobre la región a partir de una muestra tan pequeña de siete países.

Dados los resultados nulos sobre la medida en que el gasto nacional en salud se relaciona con la satisfacción en los países encuestados, se puede trabajar en identificar otros factores que expliquen las diferencias entre países. El resto de este informe se centrará en los indicadores socioeconómicos, demográficos, entre otros, a nivel individual que dan forma a la satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos locales.

Gráfico 2.**Predictores socioeconómicos y demográficos de la satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos**

Fuente: Barómetro de las Américas, 2021

LAPOP

Predictores sociodemográficos de la satisfacción con los servicios de salud pública

Para evaluar hasta qué punto las características socioeconómicas y demográficas predicen la satisfacción con los servicios médicos y de salud pública locales, se tienen en cuenta la edad, riqueza, educación y género como variables predictoras⁹. La escala de la variable dependiente fue invertida de modo que los valores mayores indican mayor satisfacción. Se realizó un análisis de regresión lineal con intervalos de confianza del 95%. Cada coeficiente representa el cambio unitario estimado en la variable dependiente cuando la variable independiente pasa de su valor más bajo al más alto. Si el intervalo de confianza cruza la línea del 0, no hay una relación estadísticamente significativa entre la variable independiente y la dependiente.

El Gráfico 2 revela que manteniendo constantes el resto de predictores, una mayor riqueza está asociada con aumento de 0.09 unidades en la satisfacción con los servicios de salud pública. Las personas de mayor edad están 0.08 unidades más satisfechas, en comparación con el grupo de edad más joven. Por otro lado, ser mujer o persona no binaria predice un descenso de 0.07 unidades en la satisfacción, y tener un nivel de educación más alto predice un descenso de 0.11 unidades en dicha satisfacción.

Estudios previos de la relación entre riqueza y satisfacción con los servicios de salud muestran que se trata de una relación que no queda clara. Mientras que un metaanálisis no encontró relación, otros análisis hallaron una relación negativa entre riqueza y satisfacción en Gran Bretaña¹¹. En promedio, los más ricos expresan tradicionalmente una mayor satisfacción con los bienes y servicios públicos¹². Por tanto, los hallazgos de este informe que apuntan a que las personas más ricas están más satisfechas con los servicios de salud amplían la literatura sobre el efecto positivo de la riqueza en la satisfacción con los servicios de salud públicos locales.

De manera similar, la relación entre edad y satisfacción con los servicios de salud no está clara¹³. Algunos estudios señalan la asociación negativa entre edad y satisfacción con la salud pública o la asistencia sanitaria, mientras otros indican una asociación positiva. Por tanto, los hallazgos de este informe que muestran una asociación positiva entre edad y satisfacción son consistentes con parte de la literatura¹⁴.

En un patrón similar, no hay consenso en la literatura en cuanto a la relación entre educación y satisfacción, sugiriendo una correlación o positiva o no significativa¹⁵. La asociación negativa entre educación y satisfacción con los servicios de salud y médicos difieren de los resultados de estudios previos. No obstante, en América Latina en general, la educación predice una percepción mayor de corrupción política generalizada: aquellos con mayor nivel educativo tienden a ser más escépticos¹⁶. Una mayor conciencia de los problemas dentro del sistema puede traducirse en una menor satisfacción con los servicios de salud públicos actuales.

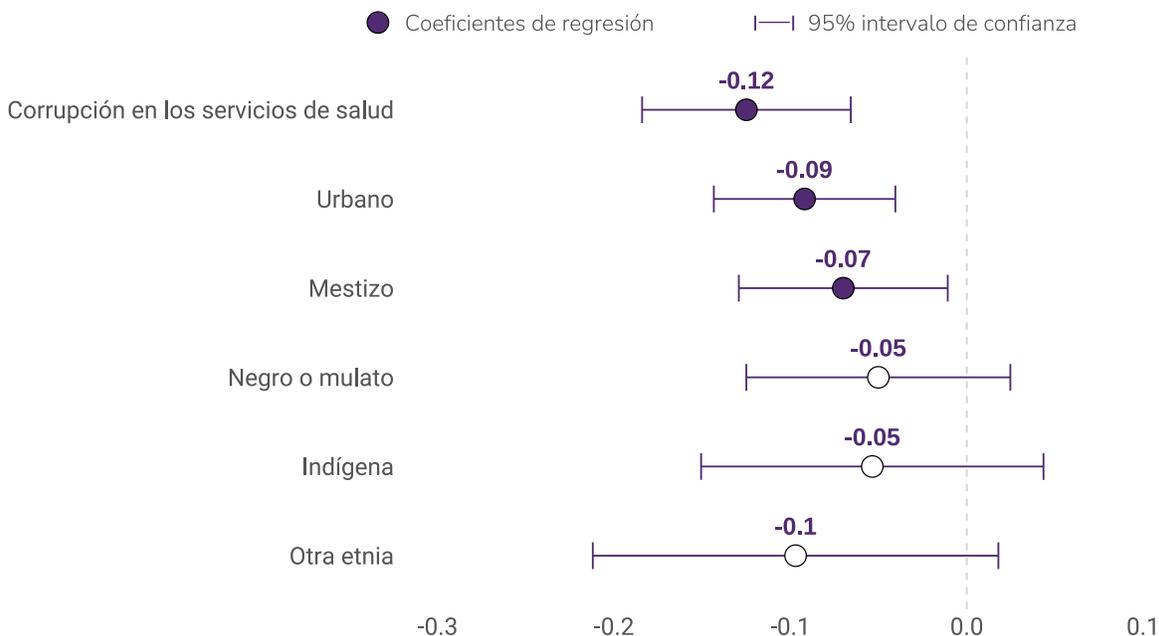
Por último, no se espera una diferencia consistente en la satisfacción según el género¹⁷. Los análisis aquí presentados difieren ligeramente de esta literatura. Las mujeres y las personas no binarias parecen estar menos satisfechas que los hombres. Dado que gran parte de la literatura existente sobre la satisfacción de las mujeres con los servicios de atención médica se centra en la salud materna y del parto, existen pocos precedentes y explicaciones basadas en evidencia para la población de todas las mujeres¹⁸. La atención a la maternidad no cubre todas las preocupaciones de las mujeres y de las personas no binarias, pero las influencias potenciales sobre la satisfacción descansan en el tratamiento diferenciado por parte de los trabajadores y en los servicios más limitados para los géneros marginalizados¹⁹.

Predictores adicionales de la satisfacción con los servicios de salud pública

En esta sección, se consideran otros factores que podrían estar correlacionados con la satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos: la percepción de corrupción en los servicios de salud, el lugar de residencia y el origen étnico. El Gráfico 3 muestra los resultados de un análisis de regresión lineal que mantiene constantes las mismas variables sociodemográficas y los efectos fijos por país del Gráfico 2 e incluye seis nuevas variables que potencialmente podrían influir en la satisfacción, según estudios previos.

Se examina la percepción de corrupción gubernamental en el ámbito de la salud como variable independiente²⁰. La corrupción en el gasto gubernamental está correlacionada negativamente con resultados de salud reales como la mortalidad infantil²¹. Si bien hay una escasez de literatura que examine la percepción de corrupción gubernamental en el ámbito de la salud en la región de América Latina, investigaciones en Europa y África han hallado que la corrupción conduce a una confianza menor del público en los servicios de salud y a la percepción de una calidad baja en la atención médica²². Los estudios previos no examinan específicamente la satisfacción con los servicios de salud públicos, solo la atención médica en general, y algunas investigaciones solo examinan la percepción general de corrupción gubernamental en lugar de la corrupción en la salud pública específicamente.

Aquí se examina la segunda variable, el lugar de residencia, en términos de las diferencias en la satisfacción urbana y rural con los servicios de salud pública. Investigaciones anteriores tendían a inclinarse hacia una asociación negativa entre la ubicación rural y la satisfacción, pero la literatura demuestra que existen asociaciones tanto positivas como negativas. Las zonas rurales suelen tener menos recursos debido a una población de pacientes dispersa y un número limitado de proveedores de atención médica. Muchos pacientes rurales no creen que su atención médica local esté a la altura de los hospitales urbanos y viajan largas distancias hasta sistemas de atención médica más grandes, lo que podría significar una menor satisfacción con los servicios de salud pública locales entre los habitantes de las zonas rurales²³. Por otro lado, la satisfacción urbana con los servicios de salud pública locales podría ser menor que la satisfacción rural si la gente cree que los gobiernos de las ciudades no brindan adecuadamente servicios de salud pública dados los desafíos exacerbados por la alta densidad de población, los brotes de enfermedades infecciosas, como el COVID-19, o los problemas de saneamiento²⁴.

Gráfico 3.**Modelo expandido para predecir la satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos**

Fuente: Barómetro de las Américas, 2021

LAPOP

Las últimas cuatro variables se relacionan con el origen étnico. Se espera una relación negativa entre ser indígena y la satisfacción. También se espera lo mismo entre la población negra/mulata (combinados) y “otros” grupos (principalmente inmigrantes asiáticos o europeos). Para los mestizos, dado que son una minoría en algunos países, pero no en otros, no se espera una relación significativa cuando se agregan los datos de todos los países. No existe literatura previa sobre el papel de la etnicidad en la satisfacción con los servicios de salud pública en América Latina en la población general. Sin embargo, la condición de minoría y sufrir discriminación afectan la satisfacción de los pacientes en otras partes del mundo. Por ejemplo, distintos grupos raciales reportan diferencias en la calidad de la atención médica en los Estados Unidos²⁵. La discriminación racial y la alienación que sufren las minorías en Gran Bretaña también contribuyen potencialmente a la insatisfacción con los servicios locales²⁶. Los grupos minoritarios varían entre los países de América Latina y el Caribe, pero los pueblos indígenas y aquellos en la categoría “otros” están en minoría en los datos de la pregunta del Barómetro de las Américas que analiza la satisfacción con los servicios de salud. La agregación de los encuestados negros y mulatos da como resultado un grupo minoritario (excepto en Brasil y Guyana). Los mestizos son minoría (excepto en Panamá, Costa Rica y Bolivia), por lo que pueden tener experiencias que se relacionen menos con otros grupos minoritarios. Estos grupos étnico-raciales pueden estar sufriendo un trato diferenciado que se asociaría con una menor satisfacción.

La creencia de que la corrupción gubernamental es mayor en el sector de la salud predice una menor satisfacción con los servicios de salud públicos. Vivir en una zona urbana en lugar de una zona rural predice una menor satisfacción.

También se llevó a cabo un análisis que incluía cuatro variables dicotómicas separadas: negro o mulato, mestizo, indígena y otros (por ejemplo, asiático). El grupo de referencia era "blanco". De todas las variables étnicas, sólo ser mestizo (en relación con la categoría base de etnia blanca) predice una menor satisfacción con los servicios de salud públicos. Los cuatro coeficientes de las variables étnicas son negativos y de magnitud similar, pero sólo el coeficiente de la variable mestizo alcanza niveles convencionales de significancia estadística. Estos resultados nulos deben tomarse con precaución. Dado el bajo número de observaciones en los otros subgrupos en el análisis del origen étnico, no necesariamente se tiene poder suficiente para detectar un efecto estadísticamente significativo.

Discusión

Este informe de *Perspectivas* examina factores sociodemográficos, el origen étnico, la percepción de corrupción en los servicios de salud y el lugar de residencia como predictores de la satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos. De estas variables, la creencia de que en el sector de los servicios de salud hay mucha corrupción es el predictor más fuerte de la insatisfacción con los servicios médicos. En promedio, los mestizos, los habitantes de zonas urbanas, las mujeres o las personas no binarias y los que tienen niveles de educación más altos expresan una menor satisfacción con los servicios de salud, mientras que las personas más ricas y de mayor edad tienen una mayor satisfacción con dichos servicios.

En particular, todas las variables relacionadas con las minorías étnicas, excepto el grupo mestizo, arrojaron resultados no concluyentes, potencialmente debido al bajo número de observaciones en los subgrupos étnicos. Si bien es posible que no se tenga poder suficiente para detectar un efecto estadísticamente significativo, este análisis proporciona evidencia de que la satisfacción con los servicios de salud públicos varía según el origen étnico en formas que requieren un examen más detenido. El tema de las disparidades en la satisfacción entre grupos raciales y étnicos es muy importante para una prestación equitativa de los servicios de salud. Construir un sistema de salud culturalmente competente y orientado a las opiniones de los usuarios que tenga en cuenta las diferencias lingüísticas y otras diferencias culturales presenta una oportunidad prometedora para reducir las disparidades étnicas en la participación y satisfacción con los servicios de salud²⁷.

Este estudio se ve limitado por la relativa escasa literatura sobre los predictores de la satisfacción de los ciudadanos con los servicios de salud pública, ya que muchos estudios se centran únicamente en el cuidado que reciben los pacientes y en las personas que interactúan directamente con los sistemas de salud²⁸. La búsqueda de estudios sobre este tema en la región de América Latina y el Caribe agregó otro filtro que limita los posibles precedentes de la literatura. Investigaciones futuras que definan las expectativas que tienen los individuos sobre la atención sanitaria pública podrían permitir un análisis más objetivo del concepto subjetivo de satisfacción. Examinar las posibles diferencias en la satisfacción de las personas que han utilizado los servicios de salud y de aquellos que no los han utilizado podría revelar hasta qué punto la opinión pública difiere o se alinea con las experiencias reales. Además, sería interesante evaluar los efectos del origen étnico en la satisfacción con los servicios de salud teniendo en cuenta los diferentes tamaños de esos grupos, como los de la población negra/mulata en los países de la región de América Latina y el Caribe. La condición de pequeño grupo minoritario en un país y ser el primer o segundo grupo étnico más grande en otro podría influir en la significancia estadística de los análisis.

En general, este informe encuentra una gran variación en la satisfacción con los servicios de salud en los siete países encuestados. Si bien los hallazgos sobre la asociación de la misma con el género y el vivir en un área urbana o rural difieren de lo hallado en investigaciones anteriores, los resultados sobre la edad, la educación y la riqueza refuerzan la literatura sobre la satisfacción con los servicios de salud públicos. La evaluación de los predictores de la (in)satisfacción con los servicios médicos y de salud públicos revela las actitudes de los ciudadanos sobre la capacidad y voluntad del gobierno para apoyar sistemas de salud que garanticen su bienestar. En interés de la salud de su pueblo y de sus perspectivas electorales, los líderes gubernamentales tienen motivos para preocuparse por las disparidades existentes en cuanto a salud entre los diferentes grupos sociodemográficos²⁹.

Notas

1. Alosaimi et al. 2022.
2. Andaleeb et al. 2007.
3. Haviland et al. 2005; Judge y Solomon 1993; Fiscella et al. 2000; Castro et al. 2015.
4. Porcentaje de no respuesta en esta pregunta: 2.67% (275 personas de 10,304 encuestadas).
5. Todos los gráficos en este informe usan la siguiente versión de la base de datos del Barómetro de las Américas: 2021 v.1.2_w. El Gráfico 1 fue creado codificando a aquellos que están satisfechos o muy satisfechos como 1 y a aquellos que están insatisfechos o muy insatisfechos como 0.
6. Xesfingi y Vozikis 2016; Wendt et al. 2010; Blendon et al. 1990.
7. Banco Mundial 2022. El coeficiente de correlación entre satisfacción con los servicios de salud públicos y gasto en salud per cápita es 0.3244.
8. Una regresión lineal entre las dos variables indica que no hay relación lineal entre las dos variables con un valor p no significativo (0.478). El valor del R cuadrado es 0.1052.
9. Estas variables independientes fueron recodificadas a una escala de 0 a 1, con 0 siendo el valor más bajo de la variable, excepto para género. Edad (con la etiqueta **EDAD**) es una variable de cohortes, que agrupa las edades de los encuestados en años (≤ 25 , 26-35, 36-45, 46-55, 56-65, 66+). Un movimiento de 0 a 1 es un cambio del grupo de edad más joven al mayor. La riqueza (con la etiqueta **WEALTH**) se mide a partir de un análisis de componentes principales de las siguientes preguntas: r3, r4, r7, r15, r18, r18n, r16, y r27. Estas preguntas indagan sobre las posesiones del hogar como TV, refrigerador, etc. La variable WEALTH crea cinco cuantiles en el que 1 representa la riqueza más baja y 5 la mayor riqueza. La variable educación (etiquetada **EDR**) es categórica, y se obtiene al preguntar por el nivel más alto de educación obtenido por el encuestado. Las categorías están codificadas como Ninguna (0) y Primaria [incompleta o completa] (0), Secundaria [incompleta o completa] (0.5) Terciaria o Universitaria o Superior [incompleta o completa] (1). La variable género (etiquetada como **GENDER**) es una medida dicotómica con la etiqueta "Mujer": aquellas personas que se autoidentifican como mujeres y aquellas personas que se identifican como no binarias o bajo otra categoría están representadas por el valor de 1, mientras que los hombres están representados por 0. Las personas que se identifican como no binarias o bajo otra categoría están incluidas en la categoría de "mujer" porque no hay datos suficientes para analizarlas de manera separada.
10. Se revirtió la variable dependiente (**SD6NEW2**) pero se mantuvo la escala original.
11. Hall y Dornan 1990; Judge y Solomon 1993.
12. Martinez et al. 2015.
13. Lautamatti et al. 2020, Li et al. 2012; Judge y Solomon 1993.
14. Lautamatti et al. 2020.
15. Lautamatti et al. 2020, Li et al. 2012.
16. Canache et al. 2019.

17. Hall y Dornan 1990.
18. Adjei et al. 2019; Jafree et al. 2021; van Teijlingen et al. 2003.
19. Ayanian et al. 1999,
20. Esta variable independiente fue recodificada como una variable binaria (0, 1). El sector más corrupto se midió con la variable **SOC2ACOR** del Barómetro de las Américas de 2021: "Y pensando ahora en la corrupción, ¿en cuál de estas áreas cree usted que hay más corrupción? [Leer alternativas. Marcar una sola respuesta]. Las opciones de respuesta incluyen (1) Educación, (2) Salud, (3) Agua, (4) Electricidad, (5) Transporte y carreteras, (6) Asistencia/ayuda social, y (7) Medio ambiente." Se recodificaron las respuestas de los encuestados que contestaron (2) Salud como 1. El resto de los seis sectores fueron recodificados como 0.
21. Lewis 2006.
22. Kabote 2017; Nikoloski y Mossialos 2013; Radin 2013.
23. Nesbitt et al. 2005.
24. Diez Roux et al. 2020.
25. Haviland et al. 2005; Saha et al. 2003.
26. Judge y Solomon 1993.
27. Schutt y Woodford 2020; Anderson et al. 2003.
28. Andaleeb et al. 2007; Schutt y Woodford 2020; Haviland et al. 2005; Hall y Dornan 1990; Alosaimi et al. 2022; Xesfingi y Vozikis 2016. Se buscó principalmente literatura sobre la satisfacción con los servicios de salud que involucrara a toda la población, pero se llenaron los vacíos con estudios sobre la satisfacción del paciente cuando fue necesario.
29. Bland et al. 2021.

Referencias

Adjei, K.K., Kikuchi, K., Owusu-Agyei, S., Enuameh, Y., Shibanuma, A., Ansah, E.K., Yasuoka, J., Poku-Asante, K., Okawa, S., Gyapong, M. y Tawiah, C. 2019. Women's overall satisfaction with health facility delivery services in Ghana: a mixed-methods study. *Tropical Medicine and Health* 47: 1-9.

Alosaimi, Fahad D., Futoon S. Alsaleh, Luluh Y. Alsughayer, Lamees A. Altamimi, Ibrahim A. Alfurayh, Nashwa M. Abdel-Aziz, y Khalid A. Alsaleh. 2022. Psychosocial and Clinical Predictors of Patient Satisfaction with Cancer Care. *Saudi Pharmaceutical Journal* 30: 414-20.

Andaleeb, Syed S., Nazlee Siddiqui, y Shahjahan Khandakar. 2007. Patient satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning* 22(4):263-273.

Anderson, Laurie M., Susan C. Scrimshaw, Mindy T. Fullilove, Jonathan E. Fielding, Jacques Normand, y Task Force on Community Preventive Services. 2022. Culturally competent healthcare systems: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine* 24(3): 68-79.

Bland, Gary, Derick Brinkerhoff, Diego Romero, Anna Wetterberg, y Erik Wibbels. 2021. Public Services, Geography, and Citizen Perceptions of Government in Latin America. *Political Behavior*: 1-28.

Blendon, Robert J., Robert Leitman, Ian Morrison, y Karen Donelan. 1990. Satisfaction with health systems in ten nations. *Health Affairs* 9(2): 185-192.

Canache, Damaris, Matthew Cawvey, Matthew Hayes, y Jeffery J. Mondak. 2019. Who sees corruption? The bases of mass perceptions of political corruption in Latin America. *Journal of Politics in Latin America* 11(2): 133-160.

Castro, Arachu, Virginia Savage, y Hannah Kaufman. 2015. Assessing equitable care for Indigenous and Afrodescendant women in Latin America. *Revista Panamericana de Salud Pública* 38(2): 96-109.

Diez Roux, Ana V., Tonatiuh Barrientos-Gutierrez, Waleska Teixeira Caiaffa, J. Jaime Miranda, Daniel Rodriguez, Olga Lucía Sarmiento, S. Claire Slesinski, y Alejandra Vives Vergara. 2021. Urban health and health equity in Latin American cities: what COVID-19 is teaching us." *Cities & Health* 5, no. sup1: S140-S144.

Fiscella, Kevin, Peter Franks, Marthe R. Gold, y Carolyn M. Clancy. 2000. Inequality in quality: addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *JAMA* 283(19): 2579-2584.

Hall, Judith A, y Michael C Dornan. 1990. Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis. *Social Science & Medicine*. 30(7): 811–18.

Haviland, Mark G., Leo S. Morales, Thomas H. Dial, y Harold Alan Pincus. 2005. Race/ethnicity, socioeconomic status, and satisfaction with health care. *American Journal of Medical Quality* 20(4): 195-203.

Jafree, Sara Rizvi, Ainul Momina, Amina Muazzam, Rabia Wajid, y Gloria Calib. 2021 Factors affecting delivery health service satisfaction of women and fear of COVID- 19: implications for maternal and child health in Pakistan. *Maternal and Child Health Journal* 25(6): 881-891.

Judge, Ken, y Michael Solomon. 1993. Public opinion and the National Health Service: patterns and perspectives in consumer satisfaction. *Journal of Social Policy* 22(3) 299-327.

Kabote, Samwel J. 2017. Perceived corruption and quality of health services in Mbeya urban district, Mbeya region Tanzania. *International Journal of Social Science Research* 5(1): 150-164.

Lautamatti, Emmi, Markku Sumanen, Risto Raivio, y Kari J. Mattila. 2020. Continuity of care is associated with satisfaction with local health care services. *BMC Fam Pract* 21(1): 1-11.

Lewis, Maureen. 2006. Governance and corruption in public health care systems. *Center for Global Development*, working paper 78.

Li, Zhijian, Jiale Hou, Lin Lu, Shenglan Tang, y Jin Ma. 2012. On residents' satisfaction with community health services after health care system reform in Shanghai, China, 2011. *BMC Public Health*, 12: 1-10.

Martinez-Valle, Adolfo. 2012. Public health matters: why is Latin America struggling in addressing the pandemic?. *Journal of Public Health Policy* 42: 27-40.

Nesbitt, Thomas S., James P. Marcin, Martha M. Daschbach, y Stacey L. Cole. 2005. Perceptions of local health care quality in 7 rural communities with telemedicine. *The Journal of Rural Health* 21(1): 79-85.

Nikoloski, Zlatko, y Elias Mossialos. 2013. Corruption, inequality and population perception of healthcare quality in Europe. *BMC Health Services Research* 13: 1-10.

Radin, Dagmar. 2013. Does corruption undermine trust in health care? Results from public opinion polls in Croatia. *Social Science & Medicine* 98: 46-53.

Saha, Somnath, Jose J. Arbelaez, y Lisa A. Cooper. 2003. Patient–physician relationships and racial disparities in the quality of health care. *American Journal of Public Health* 93(10): 1713-1719.

Schutt, Russell K., y Mary Lou Woodford. 2020. Increasing health service access by expanding disease coverage and adding patient navigation: challenges for patient satisfaction. *BMC Health Services Research* 20(1): 1-10.

van Teijlingen, Edwin R., Vanora Hundley, Ann-Marie Rennie, Wendy Graham, and Ann Fitzmaurice. 2003. Maternity satisfaction studies and their limitations: “What is, must still be best”. *Birth* 30(2): 75-82.

Wendt, Claus, Jürgen Kohl, Monika Mischke, y Michaela Pfeifer. 2010. How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *European Sociological Review* 26(2): 177-192.

World Bank. “Current health expenditure per capita (current US\$).” The World Bank Group. Consultado el 30 de enero de 2022. https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD?name_desc=false

Xesfingi, Sofia, y Athanassios Vozikis. 2016. Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC health services research* 16(1): 1-7.



Owen Cai (owen.y.cai@vanderbilt.edu) es estudiante de pre-grado en Vanderbilt y estudia medicina, salud y sociedad, con doble especialización en estudios de políticas públicas y especialización en ciencia de datos. Sus intereses se encuentran en los ámbitos de los determinantes sociales de la salud, la equidad y el acceso a la salud y campos similares, con énfasis en la aplicación de la investigación a la implementación de políticas y programas. Escribió este informe como parte del Programa de Becarios de Investigación de LAPOP.

Este reporte fue editado por Elizabeth Zechmeister, Oscar Castorena, Valerie Schweizer-Robinson y Laura Sellers. Este reporte fue traducido por Margarita Corral y J. Daniel Montalvo. La auditoría de este reporte fue hecha por Stanley Zhao. El formato, la producción, la revisión, los gráficos y la distribución del reporte fueron manejados por Mariana Rodríguez, Valerie Schweizer-Robinson y Laura Sellers. Nuestros datos e informes están disponibles para su descarga gratuita en el sitio web del proyecto. Síguenos en Twitter para mantenerse en contacto.

Como miembro fundador de la iniciativa de transparencia de la Asociación Americana para la Investigación de la Opinión Pública (AAPOR), LAPOP se compromete a la divulgación rutinaria de nuestros procesos de recopilación de datos y presentación de informes. Se puede encontrar más información sobre los diseños de la muestra del Barómetro de las Américas en vanderbilt.edu/lapop/core-surveys.php.

Este reporte de *Perspectivas* ha sido posible gracias al apoyo del pueblo de Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y Vanderbilt University. Las opiniones expresadas en este reporte de *Perspectivas* corresponden al autor y LAPOP y no reflejan necesariamente el punto de vista de USAID, del Gobierno de los Estados Unidos o cualquiera de las otras instituciones financiadoras. Las encuestas del Barómetro de las Américas de LAPOP son financiadas principalmente por USAID y Vanderbilt.

vanderbilt.edu/lapop 

@LAPOP_Lab 

lapop@vanderbilt.edu 

+1-615-322-4033 

230 Appleton Place, PMB 505, Suite 304, Nashville, TN 37203, USA 