



# Respuestas adaptativas, derecho a la salud y el límite del criterio de satisfacción: una reflexión y puesta en evidencia desde el sistema de salud peruano \*

## Adaptive Responses, Right to Health, and the Limit of the Satisfaction Criteria: An Examination and Evidence from the Peruvian Health System

LEANDRO CORNEJO AMORETTI\*\*

Pontificia Universidad Católica del Perú (Perú)

**Resumen:** Algunas lecturas utilitaristas presentes en la bioética enfatizan la importancia de la satisfacción de las preferencias de las personas como un criterio importante de justicia. Una de sus aplicaciones recurrentes en el sector salud es a través la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. No obstante, poco se ha expuesto y discutido en el campo sanitario y bioético sobre las objeciones a las que este criterio se ha enfrentado desde la filosofía del derecho y política. Una de estas, denominada como el *problema de las respuestas adaptativas*, afirma que las personas, sea de manera consciente o no, ajustan su satisfacción a lo que pueden conseguir, por lo que recomiendan una mirada cautelosa a este criterio, en especial cuando se mide la satisfacción de personas con privaciones. La cautela debería ser mayor cuando es aplicada a servicios que garantizan derechos fundamentales, como el derecho a la salud.

Este artículo tiene como finalidad discutir sobre este problema, así como evidenciar su presencia en los servicios de salud del Perú. Específicamente, y luego de conceptualizar tentativa y abreviadamente lo que sería *una respuesta adaptativa inapropiada*, se analizará y evaluará dicho problema a partir de algunos componentes de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud (Ensusalud) de los años 2014, 2015 y 2016, las únicas tres encuestas de este tipo elaboradas en el Perú a la fecha y a escala nacional. Con mayor detalle, se busca determinar si existen diferencias significativas en la satisfacción por su seguro de salud entre usuarios en función a su nivel de ingresos y frente a un mismo grado de afectación a su derecho

\* El presente artículo fue realizado con el apoyo del Centro de Investigación, Capacitación y Asesoría Jurídica (Cicaj) del Departamento de Derecho de la Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP). Asimismo, agradezco a las y los integrantes del Grupo de Investigación sobre Teorías de la Justicia y Derecho (Grijus) de la PUCP —Noemí Ancí, Enrique Sotomayor, Betzabé Marciani, Denisse Paucar, Uber López y Andrey Chambí— por la revisión y discusión de un borrador del artículo. Agradezco también a Ana María Montañez, Rubén Ormeño, Maribel Castillo, Aldo Vivar y Segundo Cruz por conversar sobre esta investigación en las sesiones de discusión formales e informales del grupo de Justicia, Derecho y Bioética del Grijus en la PUCP.

\*\* Profesor de la PUCP, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (Perú) y de la Universidad Antonio Ruiz de Montoya (Perú). Tutor de la Maestría en Derecho con mención en Política Jurisdiccional de la PUCP. Miembro del Grijus. Abogado y magister en Desarrollo Humano por la PUCP, cuenta con estudios en Estadística Aplicada por la misma casa de estudios.

Código ORCID: 0000-0003-3419-5822. Correo electrónico: lcornejo@pucp.edu.pe

a la salud. Se concluye del procesamiento y análisis de la base de datos que estas diferencias sí existen. Ante una restricción a este derecho (por ejemplo, no recibir ningún medicamento en la farmacia, tener una consulta médica de menos de cinco minutos, etc.), los usuarios en situación de grave privación económica manifiestan mayores niveles de satisfacción por su seguro en comparación a los usuarios sin privaciones económicas. Ello ofrece indicios para sospechar que, con relación al primer grupo de usuarios, se podría estar, en efecto, ante un caso de respuestas adaptativas.

**Palabras clave:** Justicia en salud, utilitarismo, satisfacción, derecho a la salud, respuestas adaptativas inapropiadas, preferencias adaptativas, Ensusalud

**Abstract:** Some utilitarian readings present in bioethics emphasize the importance of satisfying people's preferences as a significant criterion of justice. One of its recurring applications in the healthcare sector is through measuring the satisfaction of healthcare service users. However, little has been discussed in the healthcare and bioethics field regarding objections that this criterion has faced from the philosophy of law and political philosophy. One of these, known as *the problem of adaptive responses*, asserts that individuals, whether consciously or not, adjust their satisfaction based on what they can attain. Therefore, a cautious view of this criterion is recommended, especially when measuring the satisfaction of individuals facing deprivations. Greater caution should be exercised when it is applied to services that guarantee fundamental rights, such as the right to health.

This article aims to discuss this issue and highlight its presence in the healthcare services of Peru. Specifically, after tentatively and briefly conceptualizing what an *inappropriately adaptive response* would be, this problem will be analyzed and evaluated based on certain components of the National Survey of User Satisfaction of Universal Health Assurance (Ensusalud) of 2014, 2015 and 2016, which are the only three surveys of this kind conducted in Peru to date and on a national scale. In more detail, the aim is to determine whether significant differences in satisfaction with their health insurance exist among users based on their income levels, considering the same degree of impact on their right to health. The processing and analysis of the database lead to the conclusion that these differences do indeed exist. Faced with a infringement on this right (for example, not receiving any medication at the pharmacy, taking more than ninety minutes to reach the facility, etc.), severe economically deprived users express higher levels of satisfaction with their insurance compared to users without economic deprivations. This provides indications to suspect that, in relation to the first group of users, there might indeed be a case of adaptive responses.

**Keywords:** Health justice, utilitarianism, satisfaction, right to health, inappropriately adaptive responses, adaptive preferences, Ensusalud

CONTENIDO: I. INTRODUCCIÓN: SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SECTOR SALUD Y JUSTICIA UTILITARISTA.- II. EL PROBLEMA DE LAS RESPUESTAS (PREFERENCIAS) ADAPTATIVAS.- III. HACIA LA IDENTIFICACIÓN DE RESPUESTAS ADAPTATIVAS (INAPROPIADAS) EN EL SISTEMA SANITARIO

PERUANO.- IV. DERECHO A LA SALUD COMO PARÁMETRO OBJETIVO Y GRADUAL DE UNA TEORÍA DEL BIENESTAR.- V. RESPUESTAS ADAPTATIVAS INAPROPIADAS EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.- VII. REFLEXIONES FINALES.

363

## I. INTRODUCCIÓN: SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL SECTOR SALUD Y JUSTICIA UTILITARISTA

La retórica de la satisfacción del usuario tiene una fuerte presencia en la política sanitaria global y peruana. Desde hace ya varias décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la satisfacción es un componente importante de la calidad en salud (Gilmore & De Moraes, 1996, p. 2). En esa línea, también ha afirmado que los recursos del sistema de salud deben distribuirse con base en las necesidades de la población, así como tomando en cuenta la satisfacción de sus deseos (OMS, 2000, pp. 55 y 66). En un sentido análogo, «la Organización Internacional de Normalización (ISO) considera fundamental la opinión del usuario en la evaluación de la calidad de los servicios sanitarios» (Valls & Abad, 2018, p. 310).

La literatura peruana tampoco ha estado desentendida de ello, como mucha de la citada a lo largo de esta pequeña investigación. Por ejemplo, se ha enfatizado la trascendencia de la satisfacción y la calidad de los servicios de salud en el país, por ejemplo, al resaltar la importancia de la ética biomédica de las decisiones compartidas en salud como elemento para aumentar la satisfacción de los pacientes (Bravo *et al.*, 2013). También se ha destacado la relación entre la satisfacción de los usuarios del Seguro Integral de Salud (SIS) del Perú (Velásquez, 2016) y las innovaciones en los mecanismos de gestión y control, así como sus vinculaciones con la atención preventiva.

Y es que existen varias razones para tomarse en serio la satisfacción. En primer lugar, conocer la satisfacción es importante porque la medición es un indicador de calidad de un sistema de salud (Becerra-Canales & Condori-Becerra, 2019, p. 659), así como un indicador indirecto del cumplimiento de las normas médicas y la obtención de resultados (Agosta, 2009, p. 611). En segundo lugar, la evaluación de la satisfacción ofrece una pista sobre las brechas del servicio (Sihuín-Tapia *et al.*, 2015, p. 299) en tanto permite conocer las expectativas y percepciones de los usuarios.

En tercer lugar, la satisfacción puede servir como una llamada de atención a los tomadores de decisiones públicas para que descuiden su preocupación más importante: la salud de los pacientes (OMS, 2000, p. xviii.). En cuarto lugar, procurar la satisfacción de los pacientes ayuda a que tiendan a adherirse al tratamiento médico, creando un clima de aliento para una preocupación mayor por su propia salud (Shimabuku

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

et al., 2012, p. 484). En quinto lugar, la medición de este componente de la calidad puede ayudar a prevenir las quejas, demandas y denuncias, evitando que se genere una percepción negativa de la sociedad sobre sus instituciones sanitarias.

Finalmente, en sexto lugar, es útil porque «un paciente satisfecho [...] está dispuesto a colaborar con el proceso de atención, lo que *reduciría costos innecesarios* de atención» (Hernández-Vásquez et al., 2019, p. 621)<sup>1</sup>. Este último punto, la relación entre mayor satisfacción y la reducción de costos de atención, guarda estrecha relación con el foco de reflexión del presente trabajo.

La pauta de reducción de costos tiene una presencia mayor cuando de justificar la medición de satisfacción se trata. Y es que, como sostienen Valls y Abad (2018), al «desarrollar encuestas de satisfacción para evaluar la calidad [...] deben perseguir implantar programas de evaluación y mejora de la calidad encaminados a *maximizar la satisfacción del paciente con el menor coste posible*» (p. 310)<sup>2</sup>. En un sentido similar, Díaz (2002) ha afirmado que lo ideal es superar las expectativas del usuario de prestaciones sanitarias «de forma que se logre maximizar la satisfacción, y maximizar lo que algunos autores denominan “calidad sorpresa” que englobaría los aspectos no esperados por el cliente» (p. 32). De esta manera, se evidencia una relación entre calidad, maximización de la satisfacción y reducción de costos en la atención.

La exigencia de maximizar y reducir costos en el campo sanitario no es ajena a la reflexión de la bioética, la filosofía del derecho y la política. Subyacen a estas consideraciones fundamentos que pueden ser leídos desde la teoría de la justicia o ética utilitarista, en particular en su vertiente preocupada por la satisfacción de las preferencias.

El utilitarismo es una de las teorías éticas y concepciones de la justicia más influyentes y vigentes en los debates contemporáneos (Campbell, 2008, p. 132). En el campo bioético, las exigencias éticas del utilitarismo son consideradas complementos de alcance restringido al principio de dignidad humana (De Lora & Gascón, 2008, p. 49-50; Atienza, 2010, p. 73) y con aplicaciones bastante operativas que van desde el racionamiento de recursos (Ruger, 2009, pp. 19-25) hasta el triaje en emergencias sanitarias (Sotomayor et al., 2021). Esta teoría, de forma abreviada, puede definirse como aquella concepción de la justicia que sostiene que un estado de cosas o una decisión es correcta si es que promueve la maximización del bienestar. En términos de Rawls (2010):

Puesto que el principio para un individuo es promover tanto como sea posible su propio bienestar, esto es, su propio sistema de deseos,

1 Énfasis añadido.

2 Énfasis añadido.

el principio para la sociedad es promover tanto como sea posible el bienestar del grupo [...]. Del mismo modo en que un individuo equilibra ganancias presentes y futuras con pérdidas presentes y futuras, de ese modo una sociedad puede equilibrar satisfacciones e insatisfacciones entre individuos diferentes. Y así, mediante estas reflexiones, se alcanza de modo natural el *principio de utilidad: una sociedad está correctamente ordenada cuando sus instituciones maximizan el equilibrio neto de satisfacción* (p. 35)<sup>3</sup>.

El utilitarismo posee tres rasgos constitutivos (Sen & Williams, 1999, pp. 3-4; Beauchamp & Childress, 2013, pp. 354-355). En primer lugar, se trata de una propuesta *consecuencialista*, dado que las acciones o estados de cosas son correctos o incorrectos según el equilibrio de sus consecuencias buenas y malas. En segundo lugar, se encuentra el rasgo *agregativo*; es decir, que la utilidad que debe ser tomada en cuenta es aquella derivada del bienestar todas las personas consideradas para el cálculo ético. Finalmente, en tercer lugar, se encuentra el rasgo *bienestarista*, que establece como valor moral crucial el bienestar de las personas consideradas en el cálculo utilitario. Una decisión pública y un acto privado, de acuerdo con esta concepción, debe tener como objetivo aumentar la felicidad, riqueza o satisfacción de la sociedad, y el resultado es mayor que el de disminuirla.

Sobre esto último, el utilitarismo posee diversas variaciones, con importantes aplicaciones desde las teorías del bienestar (Harsanyi, 1982, p. 40; Marciani, 2020, p. 118). Dentro de estas, una de las formas bastante extendidas de interpretarlo es conceptualizarlo como la *satisfacción de las preferencias*, una definición trabajada desde enfoques normativos típicos en los estudios económicos del bienestar. En términos de Hausman y McPherson (2010):

Qué tan próspero [o qué tanto bienestar disfruta] un individuo, es la misma cosa que [decir] qué tan *bien satisfechas están sus preferencias*. En consecuencia [...] el bienestar [es identificable] con la satisfacción de las preferencias. [Esta interpretación del bienestar necesita también] un inocuo principio moral de *benevolencia mínima*: si todo lo demás permanece constante, es moralmente bueno que las personas mejoren su condición [...] Si todas las demás consideraciones moralmente relevantes, como la equidad, son igualmente probables, entonces es moralmente bueno hacer que las personas mejoren [...] Si [...] se aprueba] la benevolencia mínima e identifica el bienestar de un individuo con la satisfacción de sus preferencias, entonces [...] todo lo demás constante, es *moralmente bueno satisfacer las preferencias de un individuo* (pp. 73-74)<sup>4</sup>.

3 Énfasis añadido.

4 Énfasis añadido.

Esta interpretación de la utilidad o del bienestar tiene la ventaja adicional de que puede ser defendida como compatible con valores como la autonomía y la libertad, dado que respetar a una persona requiere que aceptemos la satisfacción que obtiene por las preferencias que manifiesta (Hardin, 1989, pp. 194 y 198; Farrell, 2007, pp. 51-52). Esta podría ser una razón de por qué la retórica de la satisfacción ha tenido una importante acogida en la reflexión sobre la calidad en la provisión de servicios y en la protección del consumidor, cliente y usuario. Y es que *el criterio de satisfacción de las preferencias tiene la capacidad de sintetizar tanto el bienestar y la autonomía como la libertad en un solo criterio.*

Una forma de medir el bienestar es través de los diversos grados de satisfacción (y no satisfacción) que las personas pueden manifestar; por ejemplo, con el seguro de salud en el que estén afiliados, tal y como se plantea desde la encuesta objeto de esta investigación. En efecto, en las encuestas de los años 2014, 2015 y 2016 existe la pregunta que indaga sobre el nivel de satisfacción con los servicios brindados por el seguro de salud al cual el usuario se encuentra adscrito. Estos serían el Seguro Integral de Salud (SIS), el Seguro Social de Salud (EsSalud), Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú, y clínicas. La *variable satisfacción* se desglosa en cinco categorías, siguiendo la escala de Likert: muy insatisfecho/a (1), insatisfecho/a (2), ni satisfecho/a ni insatisfecho/a (3), satisfecho (4) y muy satisfecho (5). Esta simple métrica para diagnosticar el bienestar o equilibrio neto de satisfacción explicaría parte de la popularidad que tiene el criterio de satisfacción en la cultura del servicio al usuario en los servicios públicos, como en el sector salud. No obstante, evaluar el bienestar de esta manera ha enfrentado varias objeciones, una de las cuales es tratada a continuación.

## II. EL PROBLEMA DE LAS RESPUESTAS (PREFERENCIAS) ADAPTATIVAS

Una importante objeción al criterio de satisfacción de la ética utilitarista, proveniente de las concepciones igualitaristas de la justicia, es aquella que cuestiona la tendencia a ignorar el trasfondo social y el proceso previo a la formación de las preferencias y los deseos<sup>5</sup>. Es necesario, de acuerdo con esta crítica, problematizar la métrica del criterio de satisfacción y afirmar que algunas personas no estarían bien así se encuentren satisfechas. Esta objeción interpela la dimensión bienestarista del utilitarismo. Cuestiona que «el deseo de satisfacción individual [deba] ser el criterio de justicia

5 Sobre este trasfondo, y en términos más abstractos, desde el liberalismo igualitario de Rawls (2010): «el sistema social forja los deseos y aspiraciones que sus ciudadanos llegan a tener, y también determina, en parte, la clase de personas que quieren ser, y la clase de personas que son. Así, un sistema económico no es sólo un mecanismo institucional para satisfacer los deseos y las necesidades, sino un modo de crear y de adaptar los deseos futuros. El cómo los hombres trabajan en conjunto para satisfacer sus deseos presentes afecta los deseos que tendrán después, la clase de personas que serán» (p. 244).

y elección social, [en tanto...] ese mismo deseo individual puede haber sido moldeado por un proceso que es anterior a la elección» (Elster, 1982, p. 219). La crítica muestra una preocupación por el carácter dúctil de la satisfacción, condicionada institucional y socialmente. Por ejemplo, y desde la reflexión de Amartya Sen (2000):

*Nuestros deseos y capacidades para experimentar placer se adaptan a las circunstancias, sobre todo para hacer que la vida resulte soportable en las situaciones adversas. El cálculo de utilidad puede ser muy injusto para las personas persistentemente desfavorecidas [...] Las personas desvalidas tienden a aceptar sus privaciones debido a su mera necesidad de sobrevivir [...] La medida mental del placer o del deseo es demasiado maleable para ser una guía sólida de las privaciones y las desventajas (pp. 85-86)<sup>6</sup>.*

Martha Nussbaum (2007) habría dicho algo similar, aunque mucho más atenta al criterio específico de satisfacción:

*Todavía hay otro problema con esta confianza en la utilidad, y es que ni siquiera incluye toda la información relevante. Una de las cosas que queremos saber es cómo se sienten los individuos, si están satisfechos o no [...]. Pero [...] las personas ajustan sus preferencias a lo que piensan que pueden conseguir, y también a lo que su sociedad les dice que es una meta adecuada para alguien como ellos [...] Estas clases de preferencias validan típicamente el status quo [sic]. La satisfacción es muy importante; pero sin duda no es lo único que importa (pp. 85-86)<sup>7</sup>.*

Esta objeción planteada por Elster, Sen y Nussbaum, denominada también como *el problema de las preferencias adaptativas*, ha tenido importantes desarrollos específicos desde el enfoque de capacidades (Pereira, 2007; Bruckner, 2009; Khader, 2011; Robeyns, 2017) y desde otras perspectivas adyacentes (Elster, 1982; Hausman & McPherson, 2010, p. 119; Farrell, 2007; Marciani, 2020). Esta crítica ataca directamente al criterio de satisfacción, dado que algo puede ser perjudicial pese a que las personas muestren satisfacción, en tanto pueden no tener el coraje o las «agallas debido a la falta de experiencia o condicionamiento social» (Sen & Williams, 1999, p. 6)<sup>8</sup>. En buena

6 Énfasis añadido.

7 Énfasis añadido.

8 Como narra y concluye Nussbaum (2001), a propósito de una encuesta sobre el estado de salud realizada en la India con posterioridad a la gran hambruna de la mitad del siglo XX (incluyendo entre los encuestados a viudos y viudas): «Entre los primeros [los viudos], un 45.6% calificó su salud como “enferma” o “indiferente”. Solo un 2.5% de las viudas hicieron tal juicio, y ninguna de ellas calificó su salud como “indiferente” (como señala Sen, una categoría más subjetiva que “enferma”). Esto contrastaba notablemente con su situación real, dado que las viudas tienden a ser un grupo particularmente desfavorecido en términos de salud básica y nutrición. Sen concluye: “La aceptación silenciosa de la privación y el mal destino afecta la magnitud de la insatisfacción generada, y el cálculo utilitario otorga santidad a esa distorsión”. Y también se puede hacer una observación en sentido contrario: *las personas privilegiadas se acostumbran a ser mimadas y cuidadas, y pueden sentir un nivel inusualmente alto de descontento cuando la persona que los mimaba ya no está.* Sen concluye que

cuenta, por ejemplo, es un recordatorio de la importancia de un trato justo a los usuarios de servicios de salud que sufren privaciones económicas, así estos puedan sentirse satisfechos pese a sufrir maltrato del personal sanitario o si el establecimiento no atiende adecuadamente sus necesidades de salud.

De esta manera, sea desde una mirada sobre las personas que sufren privaciones económicas como sobre aquellas que no, la objeción advierte implícitamente del refuerzo o mantenimiento del *statu quo*. De un lado, porque el primer grupo de personas no necesariamente tendrían la suficiente experiencia personal, los recursos ni la agencia para poder evaluar la situación en la que se encuentran, puntuando una buena satisfacción pese al trato injusto que reciben. Y, de otro lado, porque el segundo grupo<sup>9</sup>, con niveles de agencia razonable, experiencia y recursos, tendría parámetros de atención en servicios públicos más exigentes. Debido a ello, presionarían al servicio para que mejore en función a su umbral de satisfacción y sus preferencias.

Por último, es importante detenerse brevemente en el principio de benevolencia mínima citado en la introducción. Este nos dice que cualquier exigencia de justicia, como perseguir ciertas dosis de equidad, es algo que se puede presumir como probable de ocurrir dentro de esta interpretación del bienestar. Por ello, el principio sugiere una mayor preocupación por mejorar la satisfacción de las preferencias de las personas. En otras palabras: si se presume que hay un intento por perseguir algo de equidad, vale la pena concentrarse en identificar la satisfacción de los usuarios con su bienestar.

Hay dos objeciones que pueden ofrecerse. En primer lugar, la presunción de una tendencia hacia la equidad no se preocupa por cómo se implementa en la práctica. Si a ello agregamos el rasgo agregativo de la teoría utilitarista, que trata el bienestar de cada individuo por igual y busca obtener máximo bienestar para el mayor número de personas,

---

esto hace que la utilidad [subjettiva] sea bastante inadecuada como base para la elección social» (p. 80). Énfasis añadido.

9 Trabajadores y trabajadores asistenciales del Programa de Atención Domiciliaria (Padomi) del EsSalud enfrentan este problema y el contraste de actitudes de los usuarios en función a su nivel socioeconómico. Padomi es un programa de atención domiciliaria destinado preponderantemente a adultos mayores y personas con discapacidades. El mayor despliegue de este servicio se encuentra en la ciudad de Lima, la más habitada del país (con alrededor de diez millones de habitantes). Los grandes contrastes que existen en la ciudad permiten a los trabajadores experimentar con usuarios de todos los niveles socioeconómicos. Mientras que los usuarios de los distritos más pudientes pueden reaccionar vehementemente por una tardanza de no más de quince minutos, los usuarios de las zonas más excluidas de la ciudad reciben al personal con mucha alegría, ofreciéndoles hasta sus propias porciones de carne del almuerzo como forma de agradecimiento por la visita. Agradezco a Blanca Rosales, funcionaria del EsSalud, por compartir y discutir sobre estas experiencias durante la Semana de la Calidad en EsSalud del año 2022. Sin duda, comprender y explicar estos hechos de manera mucho más exhaustiva, desde las propias experiencias narradas por los actores, aportaría muchísimo al esclarecimiento y la comprensión detallada de las respuestas adaptativas en el campo de la salud. En esta investigación, no obstante, y como se indicó al inicio, el objetivo es solo un pequeño aporte y reflexión que dé cuenta de indicios sobre la existencia de este problema a partir de un instrumento (Ensalud) que posee sus propias limitaciones y ventajas.



entonces enfrenta un problema importante. Y es que su incapacidad para tomarse en serio la cuestión de la distribución del bienestar (dado que una presunción podría ser suficiente), genera la tendencia a validar el sacrificio o descuido de los derechos y bienestar de otras personas (Rawls, 2010, p. 171). Y, usualmente, estas otras personas están conformadas por los menos favorecidos con privaciones económicas.

No en vano Hausman y McPherson (2010) han acusado al utilitarismo de la satisfacción de las preferencias como una interpretación del bienestar que persiste en considerar «diferencias entre teoría y realidad como cuestiones de detalle» (p. 121). Esta presunción permitiría ignorar la intervención de un criterio de justicia adicional que aborde la distribución inicial y arbitraria de ventajas y talentos de las personas dentro del sistema social. Rawls (2010) denomina a esta distribución la *lotería natural* en tanto esta «distribución natural no es ni justa ni injusta [...] sino son hechos meramente naturales» (pp. 39-40). En la medida en que todos deben ser considerados «por igual en tanto que personas morales, [...] su participación en los beneficios y cargas de la cooperación social [no puede ser] de acuerdo con su fortuna social o a su suerte en la lotería» (p. 80). El rasgo agregativo del utilitarismo de la satisfacción de las preferencias, bajo el acompañamiento del principio de benevolencia mínima, no termina generando una propuesta tan igualitaria como aparenta.

En segundo lugar, dado que la persecución de la equidad puede presumirse, esto puede provocar que la indagación sobre el contexto de formación de las preferencias y la satisfacción de las personas se convierta en un tema que pueda ignorarse. Esto motiva que las preferencias y la satisfacción resultante sean tomadas como dadas (Sotomayor, 2020, p. 161). Y es que, como anotan Hausman y McPherson (2007), «*el hecho de que haya muy pocas investigaciones sobre la formación de las preferencias ayuda a hacer verosímil la identificación del bienestar con la satisfacción*» (p. 78)<sup>10</sup>. Ello explica, en parte, por qué la mayoría de investigaciones sobre satisfacción en el campo sanitario citadas a lo largo de este trabajo no han tratado de explorar las relaciones entre la satisfacción y los niveles económicos de los usuarios para indagar, por ejemplo, si estas diferencias económicas pueden influir en la manifestación de satisfacción de las personas encuestadas, algo que se procurará hacer en esta modesta contribución.

En suma, la supuesta persecución de equidad presente en la presunción pasaría a un segundo plano debido a que no implica un elemento constitutivo y sustancial de la teoría utilitarista. Provocaría intencionalmente un descuido para indagar sobre la formación de las

369

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

10 Énfasis añadido.

preferencias, cuando ello debería ser relevante. Por ejemplo, ayudaría a considerar la situación económica de las personas cuyos niveles manifestados de satisfacción son tomados en cuenta para el cálculo de utilidad total, una presunción que genera una desidia tanto deontológica como epistemológica sobre la real dimensión y distribución del bienestar.

Y pese a la importante literatura que sustenta esta crítica, tanto desde el igualitarismo rawlsiano como desde el enfoque de capacidades, no existe un consenso amplio sobre una definición rigurosa analíticamente de preferencias adaptativas. En su lugar, existe una cantidad de interpretaciones agrupadas de diversas maneras y algunos cuantos intentos de describir cómo luciría una preferencia adaptativa en las personas reales (Khader, 2011, pp. 9-10). Pero, resumidamente, estas conceptualizaciones aluden a una situación en donde las personas muestran satisfacción, contento o deseo ante su realidad general o concreta, pese a encontrarse en una situación de privación (por ejemplo, económica) (Elster, 2016, pp. 25, 122 y ss.). Lo que sigue en esta investigación será trabajar progresivamente esta objeción de manera un poco más operativa y aplicada al campo de la salud.

### III. HACIA LA IDENTIFICACIÓN DE RESPUESTAS ADAPTATIVAS (INAPROPIADAS) EN EL SISTEMA SANITARIO PERUANO

Para evidenciar la presencia del problema de las respuestas adaptativas de usuarios de los servicios de salud es necesario contar con alguna caracterización básica de este fenómeno. Esta no necesita ser totalmente precisa, pero sí reflejar de una manera sensata elementos importantes para identificar el objeto estudiado<sup>11</sup>. Dado que se busca identificar este fenómeno, la definición debe estar estructurada en términos descriptivos. Y en tanto las respuestas adaptativas que se buscan evidenciar en esta investigación son entendidas como problemáticas, deberá describirse este fenómeno a la vez afirmando su incorrección<sup>12</sup>. Finalmente, la

11 De acuerdo con Khader (2011), habría tres razones para necesitar una definición explícita (pp. 8, 10 y 13). En primer lugar, porque carecemos de claridad conceptual sobre lo que es este tipo de fenómeno, considerando que, por ejemplo, ni Elster, ni Sen, ni Nussbaum poseen una definición similar (Khader, 2009, p. 171). En segundo lugar, es probable que especialistas en políticas y en desarrollo identifiquen las preferencias adaptativas de manera sesgada por sus intuiciones personales si es que no se cuenta con una definición explícita. Finalmente, en tercer lugar, porque sin una definición clara, y tomando en cuenta el sesgo anterior, es posible que las personas caracterizadas con este problema sean tratadas presuntamente como sujetos no capaces de tomar decisiones sobre algunos ámbitos de sus vidas; es decir, una forma dura de paternalismo (Cornejo, 2020, p. 236) y, por lo tanto, algo inaceptable.

12 Algunas caracterizaciones de hechos, conductas, relaciones sociales o fenómenos requieren que se separen a) las cuestiones conceptuales que las describan y definan b) de las cuestiones de justificación o evaluación. Considérese el caso de la *eutanasia* (De Lora & Gascón, 2008, p. 232) o el del *paternalismo* (Cornejo, 2019a), que en una democracia constitucional como la peruana admite supuestos tanto justificados como injustificados, por lo que es posible y necesario contar con un concepto para identificar ambos actos y luego contar con una herramienta para determinar su justificación en casos concretos. Por su parte, fenómenos que no requieren de una separación entre su conceptualización y justificación o evaluación serían los de *asesinato*, *discriminación* o *terrorismo*, entre otros.

definición debe ser lo suficientemente operativa como para que pueda evidenciarse el fenómeno a partir de las variables presentes en los materiales disponibles, en este caso, las ediciones de los años 2014, 2015 y 2016 de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud (Ensusalud).

Antes de empezar este ejercicio, es importante mencionar la distinción existente en la literatura entre *preferencias adaptativas* y *adaptación del carácter*. Las primeras consisten en el ajuste de la satisfacción o los deseos de las personas de manera no consciente como forma de «eludir la frustración generada por la disonancia cognitiva<sup>13</sup> que se siente al experimentar voliciones que no pueden satisfacerse» (Pereira, 2007, p. 148). La segunda, por su parte, consiste en una respuesta adaptativa «consciente que se genera ajustando los deseos a las reales posibilidades que se tienen» (p. 148). Identificar si un grupo de personas está manifestando preferencias adaptativas o adaptaciones del carácter requeriría de acercamientos cualitativos, por lo que la presente investigación no podrá indagar detalladamente esta distinción. Asimismo, la información proporcionada en la encuesta no permite determinar el grado de consciencia de los usuarios.

Por ello, aquí se recurre al término de «respuesta adaptativa», que en esta investigación implicará indistintamente cualquiera de las dos categorías ya mencionadas, así como otras análogas que se hayan trabajado en la literatura y no hayan hecho las distinciones anotadas atrás. Se apelará al término genérico antes que a alguna de las especies. Dicho esto, se procede a ofrecer la definición preliminar y operativa para esta investigación.

Una persona o grupo de personas A manifiesta *respuestas adaptativas inapropiadas* cuando:

1. Expresa niveles de satisfacción, placer, etc., con una situación específica (por ejemplo, satisfacción con su seguro de salud) pese a haber enfrentado una restricción injustificada sobre una dimensión protegible de su bienestar objetivo en esa situación (por ejemplo, vulneración al derecho a la salud).
2. Se encuentra en situación de privación económica (por ejemplo, pobreza monetaria).

13 Como anota Pereira (2007), «en los contextos de pobreza extrema, la disonancia surge entre elementos cognitivos que entran en contradicción con lo que la cultura local impone; por lo tanto, en entornos que se constituyen como reproductivos de la marginalidad, será disonante el aspirar a una modificación sustancial de la situación. En estos casos, una posible estrategia de superación de la pobreza debería intentar modificar el contexto cultural. Otro posible caso de disonancia en personas afectadas por pobreza extrema surge de la experiencia pasada; el fracaso sistemático en los intentos por superar la situación de pobreza genera una disonancia que los afectados buscarán reducir anulando y degradando las vías de superación. Estos dos aspectos se refuerzan mutuamente configurando una estructura muy sólida de resistencia a cambios que puedan afectar su situación» (p. 146).

3. Siendo que, a su vez, una persona o grupo de personas B:
  - Manifiesta niveles significativamente menores de satisfacción que A.
  - Ha enfrentado una restricción injustificada sobre su bienestar objetivo similar a la experimentada por A.
  - No se encuentra en situación de privación económica.

En esta sección y la siguiente se procederá a justificar brevemente el concepto indicado previamente. A su vez, y conforme cada componente del concepto es justificado, se mostrará qué variables de las encuestas a trabajar serán las relevantes para evidenciar este fenómeno en el sistema sanitario peruano.

Hay tres líneas argumentativas para justificar la presente definición a operativizar con las encuestas que comprenden esta investigación. La primera línea es que, si se toma en cuenta la literatura citada hasta ahora, una persona manifiesta una respuesta adaptativa cuando experimenta satisfacción, placer o contento, pese al trasfondo adverso en el que se encuentra. Este genera que acepte sus privaciones y ajuste sus preferencias en función a lo que pueda conseguir o a lo que sus instituciones (como su subsistema de salud) determinen que puede esperar de aquellas. La definición captura dos aspectos que son decisivos para contar con una forma de medir adecuadamente este fenómeno: la existencia de una manifestación de bienestar subjetivo y de una situación de privación.

Ello es compatible con parte de la literatura que ha profundizado en este asunto, que indica que es necesario contar tanto con indicadores objetivos como subjetivos. Los primeros ayudarían a definir el nivel de privación, mientras que los segundos son determinantes para pautar la autopercepción de la situación personal. De esta manera, «si los indicadores objetivos pautan una situación de alta vulnerabilidad [...] y los indicadores subjetivos muestran que el individuo no manifiesta ninguna frustración [...] entonces es muy probable que nos enfrentemos a una persona que ha desarrollado preferencias [respuestas] adaptativas» (Pereira, 2007, p. 159). Los primeros tipos de indicadores pueden obtenerse de diversas variables socioeconómicas: nivel socioeconómico, pobreza (extrema), etc. Los segundos estarían conformados por variables vinculadas al estado de salud y la satisfacción con el seguro de salud, entre otras.

Para lograr identificar la existencia de respuestas adaptativas, y siguiendo lo anotado por Pereira, en esta investigación se tomarán dos variables de las encuestas objeto de estudio: a) la *satisfacción con el seguro de salud* y b) los *ingresos familiares mensuales*.

La primera variable (subjetiva) definirá la satisfacción con la institución social que provee el servicio, es decir, el subsistema de salud al que la persona se encuentra adscrita. Esta variable será desglosada en tres categorías: satisfecho, ni satisfecho/ni insatisfecho e insatisfecho. La segunda variable será de utilidad para definir el nivel de privación de los usuarios de los servicios. *Se aludirá a la privación económica para referir al trasfondo social de los sujetos encuestados.* Los umbrales de privación económica son definidos en función al costo promedio mensual de la canasta básica de consumo (CBC) en un hogar de cuatro miembros, según los datos de cada año proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI): S/ 1212 (2014), S/ 1260 (2015) y S/ 1312 (2016).

De esta manera, por ejemplo, se puede tener distintos grados de situación económica, y habría un umbral para separar y contar a aquellos usuarios que no se encuentran en una situación de privación económica (ingresos por encima de la CBC)<sup>14</sup>. Por añadidura, también habría un umbral para contar a aquellos usuarios que sí se encuentran en una situación de privación económica. Finalmente, también se podría agregar un umbral mucho más impactante: el de usuarios que se encuentran en una situación grave de privación económica.

Como segunda línea argumentativa, aquí se sostiene que es necesario establecer comparaciones de satisfacción entre grupos o personas diferentes para identificar si existe un problema de respuestas adaptativas. Robeyns (2007), por ejemplo, ha estructurado este problema con base en una comparación entre dos grupos diferentes de personas:

En términos generales, la formación o adaptación de preferencias es el fenómeno en el cual la evaluación subjetiva del bienestar de una persona no coincide con la situación objetiva. *Dos personas que se encuentran en la misma situación objetiva tendrán una evaluación subjetiva muy diferente, ya que una se siente satisfecha con pequeñas cantidades de “bienes objetivos”, mientras que la otra es mucho más exigente [...]* La preocupación general se centra en personas desfavorecidas que, con el tiempo, se adaptan a sus circunstancias objetivamente pobres y reportan un nivel de bienestar subjetivo que es mayor de lo que las circunstancias objetivas justifican (p. 137)<sup>15</sup>.

Por lo tanto, no solo bastaría con medir el grado de satisfacción de usuarios que se encuentran en situación de privación económica, sino que también es importante compararlos con la satisfacción

14 Como anotan Aramburú y Rodríguez (2011): «el indicador más utilizado es el de pobreza monetaria, y se mide por el nivel de gasto de los hogares en relación con el costo de una canasta básica de consumo de bienes y servicios básicos (CBC). La línea de pobreza (LP) se define como el costo de esta CBC» (p. 15).

15 Énfasis añadido.

manifestada de usuarios que no se encuentran en una situación de privación económica. Así, podremos estar seguros de que, en efecto, nos encontramos ante este fenómeno. Aquí se apostará por una diferencia algo amplia entre los grupos a comparar. Se elegirá a los grupos opuestos: usuarios que no se encuentran en una situación de privación económica (ingresos por encima de la CBC) frente a usuarios que se encuentran en una situación grave de privación económica (ingresos menores a la mitad de la CBC).

Tabla N.º 1. Relación y especificación de variables subjetiva y objetiva desde el concepto operativo de respuesta adaptativa inapropiada

Componente del concepto operativo de respuesta adaptativa inapropiada	Variable de Ensalud (2014, 2015 y 2016)	Categorías adaptadas desde la variable en Ensalud	Interpretación: usuarios...
Satisfacción, placer, etc., con una situación específica	Satisfacción con el seguro de salud (satisfacción)	Satisfecho →	... satisfechos
		Ni (in)satisfecho →	... indiferentes
		Insatisfecho →	... insatisfechos
Condiciones de privación económica	Ingresos familiares mensuales (situación económica)	Ingresos por encima de la CBC en un hogar de cuatro miembros →	... que no se encuentran en situación de privación económica (B)
		Ingresos por debajo de la CBC en un hogar de cuatro miembros →	... que se encuentran en situación de privación económica
		Ingresos menores a la mitad de la CBC en un hogar de cuatro miembros →	... que se encuentran en situación grave de privación económica (A)

Fuente: elaboración propia.

Finalmente, una tercera línea argumentativa guarda relación con la necesidad de un parámetro objetivo de bienestar (florecimiento) que confirme que una persona o grupo de personas manifiesten respuestas adaptativas que merezcan una intervención de las instituciones. Siguiendo a Khader (2011), las instituciones no se deberían encontrar en el dilema de elegir entre respetar acríticamente las preferencias adaptativas o anularlas completamente. Y es que, de acuerdo con ella, existe un error y sesgo de muchos especialistas a la hora de definir este fenómeno, que tiende a conceptualizarlo en términos cargados negativamente en todos los casos (pp. 11-13). También sucede que en algunas ocasiones quien diagnostica una preferencia adaptativa está tratando inadecuadamente

las creencias y actitudes de las personas beneficiarias, como si estas fueran la causa central de su situación de privación general o específica. En otras ocasiones, el diagnóstico no repara en que muchas preferencias adaptativas pueden implicar que las personas aceptan menos de un bien con el objetivo de obtener más de otro, por lo que no podemos afirmar contundentemente que esta preferencia merezca ser intervenida. Y, en algunas ocasiones, es posible que el funcionario público o profesional del desarrollo confunda la diversidad humana con la privación al tratar preferencias atípicas como si fueran adaptativas, pese a ser compatibles con el florecimiento humano.

Este problema ocurre porque subyacen en la literatura *concepciones procedimentales de la autonomía* (Khader, 2009, p. 184) que agregan exigencias basadas en un ideal de autonomía sumamente rígido al concepto de preferencia adaptativa. Así, hay varias formas de concebirlas que deben ser rechazadas (Khader, 2011, pp. 13 y ss.). En primer lugar, estaría aquella conceptualización del fenómeno como *déficits de autonomía*; es decir, lo caracterizamos como preferencias que las personas no eligieron tener porque, por ejemplo, han sido impuestas por las condiciones sociales. El problema es que si consideramos «que [...] las preferencias adaptativas no son buenas guías para las necesidades de las personas [...] porque] son no elegidas, entonces [...] todas las preferencias no elegidas son guías poco confiables para las necesidades [...]». Pero no pensamos así» (p. 13).

En segundo lugar, si se incorpora al concepto la idea de que las personas con preferencias adaptativas *carecen de información relevante*, se pierde de vista que pueden existir respuestas adaptativas no informadas que pueden promover la utilidad, el florecimiento o que no generen ningún problema (Khader, 2009, p. 174). En tercer lugar, también se describe a las personas con preferencias adaptativas como individuos que se perciben como *carentes de valía de sí mismas*, que adolecen de una falta de concepción general de sí mismas como valiosas (Khader, 2011, p. 15). No obstante, Khader recuerda que esta falta de autoasignación de valor es más acotada que global, dado que las preferencias adaptativas afectan a las personas en ciertas dimensiones de su bienestar, pero no en términos globales. En suma, se corre el riesgo de tratar a las personas con este problema como si algo estuviera mal con ellas y como si sus capacidades de reflexión y elección estuvieran afectadas, lo que representa una forma inaceptable de paternalismo.

De esta manera, y ante todo lo dicho aquí, puede afirmarse que existen tanto *respuestas adaptativas válidas* (Bruckner, 2009, p. 323) como *respuestas adaptativas inapropiadas* (Khader, 2011, p. 20). En términos de Khader:

375

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

Hablo de “*preferencias adaptativas inapropiadas*” en lugar de simplemente “preferencias adaptativas”. [...] porque] Las personas con preferencias adaptativas toman decisiones reflexivas y se preocupan profundamente por ciertas cosas, pero las condiciones sociales a veces las han llevado a elegir y preocuparse por cosas que no son consistentes con su florecimiento [...] Por lo tanto, estas preferencias] afectan a las personas de manera selectiva en lugar de globalmente y que no destruyan la autonomía respalda una visión de que las personas con preferencias adaptativas son agentes (pp. 20 y 32).

Y, como se indicó al inicio del tratamiento de esta tercera línea, cuando se alude a la existencia de respuestas que van en contra de una idea de florecimiento humano, emerge la necesidad de contar con un parámetro objetivo, externo, como parte de una teoría general del bien (Khader, 2009, p. 185). La idea es, entonces, tener una conceptualización de las preferencias adaptativas que cuente con un parámetro de florecimiento humano transcultural y deliberado. Ello debe permitir un mínimo acuerdo sobre cuáles son las necesidades humanas básicas (Khader, 2011, p. 21) o dimensiones del bienestar que ayuden a justificar la intervención preponderantemente no coercitiva sobre una preferencia inadecuada.

El propósito de contar con este tercer elemento en el proceso de identificar una respuesta adaptativa inapropiada es que se requiere de una afectación específica a una dimensión considerada como buena tanto deliberativa como transculturalmente (Khader, 2011, p. 21): una *idea objetiva del bienestar*. En otras palabras, denunciar como injusta a una respuesta adaptativa (para así intervenir sobre las personas que la manifiestan) solo es válido si es que esta presupone una restricción injustificada sobre una *dimensión protegible del bienestar* en la situación específica en la que se encuentra la persona que padece de este tipo de respuestas.

Por ello, la definición presupone la necesidad de una teoría objetiva del bienestar. Ello es así en la medida que, como Khader ha anotado, no toda respuesta adaptativa presente en una persona es injustificada/incorrecta. Y dado que esta investigación explora este fenómeno en los servicios sanitarios, este componente específico o dimensión del bienestar objetivo a elegirse es el *derecho a la salud*.

#### IV. DERECHO A LA SALUD COMO PARÁMETRO OBJETIVO Y GRADUAL DE UNA TEORÍA DEL BIENESTAR

En la actualidad, el derecho a la (protección de la) salud y a la atención médica de las personas es un principio asentado en la democracia



constitucional peruana<sup>16</sup>. Este se fundamenta en disposiciones constitucionales que específicamente establecen este derecho, como es el artículo 7 de la Constitución Política del Perú (1993), que establece que «todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y de la comunidad, así como del deber de contribuir a su promoción y defensa». También se encuentra en disposiciones de alcance internacional reconocidas constitucionalmente como parte del derecho interno que incluirían, por ejemplo, al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Pidesc, 1976). Este consolida el derecho a la salud en su artículo 12 como el «derecho de toda persona a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental».

Dos implicancias útiles para esta investigación pueden afirmarse sobre la formulación de ambas disposiciones jurídicas. En primer lugar, y en términos bastante resumidos, ambas apelan a una dimensión del bienestar. En efecto, la salud es y debe ser considerada como un bien universal, tanto con valor intrínseco como instrumental.

Ser una persona saludable es en sí mismo valioso para todos. Dado que implica una vida libre de dolor, estar saludable es bueno para una persona, pues es en sí mismo un estado de bienestar, libre de dolencias, lesiones y discapacidad (Cornejo, 2019b, p. 67). Asimismo, gozar de buena salud es una condición necesaria para realizar todo tipo de actividades valiosas y genuinamente humanas (Gostin, 2008, p. 7). Desde la triple dimensión del bienestar, Dworkin (1993) habría afirmado que los intereses biológicos son elementales porque la vida de alguien no puede ir bien (o ser peor) cuando se encuentra enferma, independientemente de que la persona lo desee (p. 98). Es por estas razones por las que las lecturas más recientes sobre la naturaleza de la salud la conceptualizan como una habilidad de segundo orden que las personas poseen para perseguir, alcanzar y satisfacer un conjunto de metas vitales (Nordenfelt, 1995, pp. 66 y 145), definición que ha sido abrazada por estudios que desarrollan las ideas de Nussbaum y Sen aplicadas al campo de la salud (Venkatampuram, 2011). De esta manera, la salud es un estado valioso para las personas, pero a la vez es útil para que puedan perseguir su concepción de la vida buena, confirmando tanto su valor intrínseco como instrumental y, por lo tanto, objetivo.

En segundo lugar, la formulación indeterminada presentada en ambas disposiciones jurídicas es compatible con la naturaleza de los derechos fundamentales como principios jurídicos. Siguiendo a Alexy (2012), estos son mandatos de optimización sujetos a las posibilidades fácticas y jurídicas, dado que ordenan que algo sea realizado en la mayor medida posible (p. 68). Este último punto es plenamente compatible con la

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

16 Aunque distinto es el nivel de implementación y genuina universalización de este derecho. Para más información, véase el relativamente reciente trabajo de Durand *et al.* (2020).

apelación al «más alto nivel posible de salud física y mental» mencionado por el Pidesc (1976, art. 12), que precisamente apela a una noción gradual sobre el estado de salud. Es a partir de esta graduación que uno puede determinar una necesidad de mejorar progresivamente el estado de salud de las personas. También permitiría identificar afectaciones en distintos grados (Alexy, 2002), que van desde las afectaciones o restricciones leves a extremadamente graves. Este rasgo es útil para el material de esta investigación, dado que las variables a emplear de la encuesta están categorizadas en términos graduales, sean ordinales (por ejemplo, satisfacción), discretas (por ejemplo, duración de la consulta médica) o categóricas (por ejemplo, entrega de medicamentos).

Por otro lado, el derecho a la salud puede ser desglosado, a su vez, en cuatro elementos esenciales interrelacionados: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad. Siguiendo a Yamin (2016, pp. 109-111) y la Observación N.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (2000), el primer elemento exige que haya una cantidad adecuada de instalaciones de atención, bienes y servicios de salud. El segundo elemento exige que las instalaciones de salud, así como los bienes y servicios, sean accesibles para todos, especialmente para los grupos de la población que padecen privaciones o son marginadas. Por ejemplo, como anota Yamin (2016), «la falta de accesibilidad física debido a la distancia o al terreno difícil puede influir en los retrasos en la decisión de buscar atención médica» (p. 109). El tercer elemento, por su parte, exige que los centros asistenciales, servicios y bienes sean respetuosos de la cultura de los individuos y sus pueblos, así como éticamente apropiados. Ello incluye también que las instalaciones sean sensibles «a las necesidades de género y ciclos de vida» (p. 110). Finalmente, el cuarto elemento exige que «los establecimientos, bienes y servicios de salud [sean] también apropiados desde el punto de vista científico y médico» (CDESC, 2000). La calidad de la atención sanitaria comprende, además, un tiempo adecuado para la consulta (Outomuro & Actis, 2013), dado que permite el despliegue del proceso participativo que supone la relación médico-paciente. Por ejemplo, una atención larga implica un incremento de las posibilidades de diagnosticar adecuadamente una condición de salud.

Estos cuatro elementos pueden verse reflejados en algunas variables de la encuesta que constituye el insumo central de esta investigación. Y estas variables permiten que se pueda medir un aspecto clave del concepto de respuestas adaptativas inapropiadas trabajado aquí: *las restricciones injustificadas sobre una dimensión protegible de su derecho a la salud*. Y en tanto estas cuatro variables (una por cada elemento) pueden ser analizadas en grados, estas dialogan adecuadamente con la teoría de los derechos de Alexy, dado que pueden verse como bienes que pueden satisfacerse o restringirse gradualmente.

Por su parte, el concepto de respuestas adaptativas trabajado en la sección anterior requiere de una situación general tanto de privación como de no privación económica, pero también de una restricción al bienestar en una situación específica, la cual puede categorizarse como una restricción injustificada sobre cada elemento del derecho a la salud. Es decir, los cuatro elementos esenciales del derecho a la salud (cada uno con una variable de Ensusalud) constituirían las subdimensiones del bienestar que formarán parte de la identificación de las respuestas adaptativas inadecuadas. Y, dado que el concepto habla de restricciones injustificadas, se escogerán resultados negativos que puedan ser leídos como vulneraciones al derecho a la salud.

Tabla N.º 2. Relación y especificación de variables de la encuesta que describan restricciones al derecho a la salud desde el concepto operativo de respuesta adaptativa inapropiada

Componente del concepto operativo de respuesta adaptativa inapropiada	Elemento esencial del derecho a la salud a verse restringido (Observación N.º 14)	Variable de Ensusalud (2014, 2015 y 2016)	Interpretación: usuarios...
Restricción injustificada sobre una dimensión protegible de su bienestar objetivo (derecho a la salud)	Disponibilidad →	Entrega de medicamentos	... a quienes no se le entregó ningún medicamento
	Accesibilidad →	Tiempo de llegada al establecimiento	... que tardan más de noventa minutos en llegar al establecimiento
	Aceptabilidad →	Idioma hablado en el hogar	... en cuya casa no se habla español como lengua materna
	Calidad →	Duración de la consulta médica	... que tienen una consulta externa de menos de cinco minutos

Fuente: elaboración propia.

Así, en primer lugar, para reflejar el *elemento de disponibilidad* se ha optado por elegir la variable que pregunta a los usuarios por la entrega de medicamentos luego de la consulta médica. Y, dentro de esta variable, se escogerá a aquellos *usuarios que no recibieron ningún medicamento en la farmacia del establecimiento*. Por su parte, en segundo lugar, para indicar el *elemento accesibilidad* se ha optado por un tipo específico de esta; a saber, la accesibilidad física. Como afirma el CDESC (2000), esta indica que «los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán estar al alcance geográfico de todos los sectores de la población» (§ 12). Ello se verá reflejado en la variable que calcula el tiempo que las personas tardan en llegar desde su lugar de residencia hasta el centro asistencial.

RESPUESTAS ADAPTATIVAS, DERECHO A LA SALUD Y EL LÍMITE DEL CRITERIO DE SATISFACCIÓN: UNA REFLEXIÓN Y PUESTA EN EVIDENCIA DESDE EL SISTEMA DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE RESPONSES, RIGHT TO HEALTH, AND THE LIMIT OF THE SATISFACTION CRITERIA: AN EXAMINATION AND EVIDENCE FROM THE PERUVIAN HEALTH SYSTEM

Y, en esta variable, se escogerá a aquellos *usuarios que tardaron más de noventa minutos en llegar al establecimiento de salud*.

En tercer lugar, para revelar el *elemento de aceptabilidad*, se considera la variable que indaga sobre el idioma hablado en el hogar. Es importante tomar en cuenta la restricción al derecho a la salud que supone recurrir a un servicio de salud ofrecido un idioma distinto del materno. En ese sentido, dentro de esta variable, se escogerá a aquellos *usuarios en cuyos hogares no se habla español como lengua materna*.

Finalmente, en cuarto lugar, para señalar el *elemento de calidad*, se considerará el tiempo que dura la consulta médica de cada usuario encuestado. Y, en esta variable, se seleccionará a aquellos *usuarios que tienen una consulta menor de cinco minutos*.

Lo que viene a continuación será la discusión de los resultados de este trabajo, con base en lo operativizado previamente.

## V. RESPUESTAS ADAPTATIVAS INAPROPIADAS EN EL SISTEMA DE SALUD PERUANO: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En las dos secciones anteriores se ha llegado a justificar la inclusión de cada una de las variables de la encuesta Ensusalud (2014, 2015 y 2016) a la luz del concepto de respuesta adaptativa inapropiada ofrecido y sustentado aquí. Estas variables conformarán la puesta evidencia que se pretende en esta investigación sobre las respuestas adaptativas inapropiadas en el sistema de salud peruano. La pregunta central que determinará la presente sección será la siguiente: *¿existe una mayor satisfacción con su seguro de salud por parte de aquellos usuarios que se encuentran en situación grave de privación económica (A) frente a aquellos usuarios que no se encuentran en situación de privación económica (B), ello en tanto ambos grupos hayan padecido una misma restricción a su derecho a la salud en cada uno de sus elementos esenciales?*

El ejercicio de esta investigación ha implicado la realización de doce pruebas para comparaciones de proporciones y análisis de datos<sup>17</sup>: una

17 Específicamente, se realizan *pruebas de muestras independientes para comparaciones de proporciones, así como análisis e interpretación de datos categóricos y continuos/discretos*. Todas las pruebas estadísticas son unilaterales y adoptan un nivel de significancia de  $p < 0.05$ , aunque se aceptará hasta un nivel de  $p < 0.15$ , dado que es el tope aceptable dentro de las investigaciones cuantitativas en ciencias sociales y porque una de las variables (la principal) a trabajar es de índole subjetiva (satisfacción con el seguro de salud). Las *pruebas de muestras independientes para comparaciones de proporciones* sirven para determinar si existen diferencias entre la proporción de dos grupos de elementos de una muestra. Lo que hacen estas pruebas es comparar las diferencias de proporciones en dos grupos independientes, como el grupo que tiene graves privaciones económicas (A) y el grupo que no se encuentra en una situación de privación económica (B). Luego, la misma prueba determina si las diferencias que se observan en esas proporciones son *estadísticamente significativas*; es decir, si son lo suficientemente grandes como para considerarlas como resultados reales y no simples fluctuaciones aleatorias o casualidades. El estándar de

por cada uno de los cuatro elementos del derecho a la salud y por cada año de las encuestas. Se concluye que la pregunta de investigación se encuentra preponderantemente respondida de manera afirmativa: sí existen diferencias significativas entre la satisfacción con su seguro de salud de usuarios que se encuentran en situación grave de privación económica frente a usuarios que no se encuentran en situación de privación económica, pese a padecer el mismo tipo de restricción a su derecho a la salud.

De estas doce pruebas, solo una no ha obtenido el mínimo de significancia requerida ( $p < 0.15$ ), situada en el análisis del componente aceptabilidad para el año 2016, mientras que otra se ha ubicado dentro de este mínimo. Cinco se han encontrado dentro del estándar principal ( $p < 0.05$ ) y cinco han obtenido un nivel de significancia mucho mayor del estándar ( $p < 0.01$ ). En conclusión, se ha encontrado significancia estadística en once de doce comparaciones realizadas.

Tabla N.º 3. Elemento del derecho a la salud: disponibilidad

Grado de restricción: no recibieron ningún medicamento en la farmacia del establecimiento						
Usuarios con nivel de ingresos familiares > CBC						
Satisfacción general	2014**		2015*		2016***	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecho	26	35	33	37	67	54
Ni (in)satisfecho	27	36	29	33	31	25
Insatisfecho	22	29	27	30	27	22
Usuarios con nivel de ingresos familiares < ½ CBC						
Satisfecho	37	47 (+12)	35	45 (+8)	49	72 (+18)
Ni (in)satisfecho	24	31	20	26	11	16
Insatisfecho	17	22	23	29	8	12
Resultado de la prueba para comparaciones de proporciones: * $p < 0.15$ , ** $p < 0.05$ , *** $p < 0.01$						

Fuente: elaboración propia con base en Ensusalud (2014, 2015, 2016).

significancia estadística por antonomasia, denominado usualmente como «p-valor» o «valor p», es que la probabilidad de que sea una fluctuación aleatoria sea menor a 0.05. Finalmente, la prueba es *unilateral*, en el sentido de que va en una sola dirección ( $A > B$ ): se busca demostrar que la proporción de un grupo (A) es mayor que la del otro grupo (B). Sería *bilateral* si, por ejemplo, solo se buscara demostrar que las proporciones son diferentes ( $A \neq B$ ), pero no en algún sentido en particular.

Con relación al elemento de disponibilidad, se puede apreciar que a lo largo de los tres años de realización de la encuesta las diferencias entre los grupos comparados se sitúan a partir del 8 %. Es el año 2016 el que exhibe una mayor distancia —a saber, de 18 %— entre los grupos de usuarios. Aunque la muestra es pequeña en todos los grupos, vale resaltar que dos de las tres comparaciones para este componente del derecho a la salud han obtenido resultados bastante significativos. La pregunta de investigación con relación a este componente tendría una respuesta afirmativa.

Lo recién indicado parecería confirmar que, con relación al acceso de medicamentos, no se está ante un problema estructural, inclusive si se mira que los grupos de usuarios no difieren sustancialmente en cuanto a la cantidad. Sin embargo, un estudio sobre el tema (Mezones *et al.*, 2016, p. 210) encontró que alrededor de la mitad de los usuarios del sistema público de salud (Minsa-GR) había tenido un acceso inadecuado a medicamentos durante 2014. Esta distancia también existe si se compara el grupo con mayor desventaja económica frente a los mejor situados económicamente. En esta investigación solo se hace una comparación ante el peor escenario (no recibir ningún medicamento), de allí el tamaño más pequeño de las observaciones.

El acceso a medicamentos es uno de los aspectos más importantes para afirmar logros desde el derecho a la salud. La Observación N.º 14 del CESCER (2000, num. 12) ha enfatizado la importancia de que cada Estado disponga de todo lo requerido por el Programa de Acción sobre medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Hay una importante preocupación por abordar el insuficiente acceso efectivo a medicamentos en el Perú (Mezones *et al.*, 2016, p. 206), así como el problema y la amenaza de la captura corporativa del mercado farmacológico peruano (Durand *et al.*, 2021, pp. 107 y ss.). La preocupación por este asunto pasa por reconocer la inequidad en la distribución de recursos en salud y su foco en las personas con mayores desventajas en clave de una teoría redistributiva de la justicia (Norheim & Asada, 2009). No obstante, un sistema sanitario que muestra una importante preocupación por la satisfacción puede concentrar algo más sus esfuerzos en proveer de medicamentos a los ciudadanos que de por sí ya cuentan con una posición de ventaja.

Esta hipótesis no es descabellada, considerando que han sido parcialmente verificadas en otro servicio público: el sistema de justicia. Estudios en América Latina muestran evidencia de que las decisiones jurisdiccionales no enfocadas preponderantemente desde una teoría redistributiva de la salud pueden reflejar y mantener las desigualdades en el acceso a medicamentos (Sulpino & Zucchi, 2007; Yamin & Gloppen, 2013, pp. 361 y ss.). Esto se debe a que las personas que

suelen reclamar, sostener y obtener victorias judiciales son aquellas no mal situadas económicamente, lo que aumenta el riesgo de distorsiones en el uso del presupuesto sanitario para la adquisición y distribución de medicamentos.

Tabla N.º 4. Elemento del derecho a la salud: accesibilidad<sup>18</sup>

Grado de restricción: tiempo para llegar al establecimiento > noventa minutos						
Usuarios con nivel de ingresos familiares > CBC						
Satisfacción general	2014**		2015***		2016**	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecho	149	53	146	50	239	59
Ni (in)satisfecho	75	27	92	31	104	26
Insatisfecho	55	20	56	19	59	15
Usuarios con nivel de ingresos familiares < ½ CBC						
Satisfecho	169	62 (+9)	175	69 (+19)	197	67 (+8)
Ni (in)satisfecho	70	26	54	21	74	25
Insatisfecho	33	12	25	10	22	08
Resultado de la prueba para comparaciones de proporciones: **p < 0.05, ***p < 0.01						

Fuente: elaboración propia con base en Ensusald (2014, 2015, 2016).

Con relación al elemento de accesibilidad analizado en esta investigación, se puede apreciar que a lo largo de los tres años de realización de la encuesta las diferencias entre los grupos comparados se sitúan también a partir del 8 %, como en el componente anteriormente analizado. Es el año 2015 el que exhibe una mayor distancia —a saber, de 19 %— entre los grupos de usuarios. La muestra es mayor que en el anterior caso y todas las comparaciones realizadas se sitúan dentro del estándar aceptable, por lo que la pregunta de investigación también se encontraría afirmativamente respondida.

<sup>18</sup> Algo importante de mencionar es que, en las encuestas de 2014 y 2015, los encuestados que tardaron más de noventa minutos en llegar al establecimiento de salud desde su residencia incluyen a aquellos usuarios que viven en el mismo departamento, así como a los que no residen en el mismo departamento ni provincia del centro asistencial. Este último grupo lo conforman los usuarios referidos; es decir, que son atendidos en establecimientos en donde no residen y, por lo tanto, en donde no se encuentran adscritos por defecto. No obstante, para el año 2016 la encuesta estableció una división entre usuarios no referidos y usuarios referidos, siendo que a estos últimos la pregunta sobre el tiempo empleado para llegar se les hizo ya no en función a su lugar de residencia, sino al lugar en donde se encontraban hospedados, impidiendo la posibilidad de realizar una comparación adecuada con los resultados de los dos años anteriores. Lo que se ha hecho en esta investigación para permitir la comparación en los tres años de encuestas es asignar a todos los usuarios referidos de 2016 la media ponderada del tiempo empleado para llegar al establecimiento de los usuarios referidos de 2014 y 2015.

La accesibilidad física como componente de un derecho social para brindar servicios públicos es un asunto que, desde el campo jurídico, ha venido recibiendo atención en el Perú. Asimismo, se ha observado (San Giorgi, 2012, p. 59; Tobin, 2012, pp. 168-169) que existen importantes diferencias en el acceso geográfico en varios países, diferenciadas fuertemente entre lo urbano y rural; así como en la distribución de profesionales de la salud, cuestiones que han sido enfatizadas por el CDESCR.

Tabla N.º 5. Elemento del derecho a la salud: aceptabilidad

Grado de restricción: no se habla español en el hogar						
Usuarios con nivel de ingresos familiares > CBC						
Satisfacción general	2014**		2015***		2016	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecho	19	49	25	54	27	66
Ni (in)satisfecho	13	33	10	22	9	22
Insatisfecho	7	18	11	24	5	12
Usuarios con nivel de ingresos familiares < ½ CBC						
Satisfecho	151	59 (+10)	162	71 (+17)	106	59 (-7)
Ni (in)satisfecho	59	23	49	21	58	32
Insatisfecho	44	17	17	07	15	08
Resultado de la prueba para comparaciones de proporciones: **p < 0.05, ***p < 0.01						

Fuente: elaboración propia con base en Ensalud (2014, 2015, 2016).

Sobre el elemento de aceptabilidad, lo más importante que se puede apreciar, en primer lugar, es que no se han encontrado diferencias significativas entre los grupos de usuarios comparados para el año 2016<sup>19</sup>, aunque las diferencias de proporciones en 2014 y 2015 son sólidamente significativas. Asimismo, a lo largo de los dos años comparables de la encuesta, se aprecia que la menor diferencia entre usuarios satisfechos en función al nivel de ingresos es de 10 % (2014); mientras que la mayor diferencia es de 17 % (2015), un rango similar al que se ha encontrado en los otros dos componentes ya analizados. La pregunta de investigación con relación a este componente tendría entonces una

19 Lo que se puede apreciar a primera vista es que el resultado es inverso al encontrado en los años 2014 y 2015. Para confirmar si realmente la proporción de personas satisfechas y sin desventaja económica es mayor a las que sí tienen grandes desventajas, se invirtió la prueba unilateral de este estudio. Los resultados no obtuvieron la significancia necesaria; por lo tanto, tampoco se puede afirmar que la proporción de personas satisfechas sin desventaja económica fueron mayores que la del otro grupo.



respuesta afirmativa, pero no tan extendida temporalmente como en los otros componentes analizados. Este es, pues, el componente analizado con resultados menos robustos.

Un dato interesante a observar, distintivo para este componente, es la diferencia entre usuarios según su nivel de ingresos. Mientras que la cantidad de usuarios sin ventajas económicas para el año 2014 y 2015 es de 19 y 25, los que poseen grandes desventajas económicas son 151 y 162, respectivamente, diferencia que no se aprecia en los otros componentes. Este hallazgo, que muestra un gran contraste entre el número de usuarios con muy pocos y razonables ingresos, es compatible con investigaciones en materia de pobreza y desigualdad que muestran las relaciones entre el nivel económico y la etnicidad en el Perú (Thorp & Paredes, 2011, pp. 71 y ss.); es decir, que la pobreza en el Perú también tiene rostro indígena.

Finalmente, los resultados anotados aquí difieren de otros estudios, lo que invita a mirar estos resultados con cautela. Por ejemplo, hay evidencia de que «vivir en aglomeraciones poblacionales [...], como las ciudades, padecer una enfermedad crónica y tener una lengua nativa como [...] materna se asocia a una menor satisfacción [...] en establecimientos de salud» (Hernández-Vásquez *et al.*, 2019, p. 627). Lamentablemente, las encuestas analizadas en esta investigación no poseen una preocupación por conocer más detalles sobre la etnicidad y los servicios de salud, así como su relación con la satisfacción.

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

Tabla N.º 6. Elemento del derecho a la salud: calidad

Grado de restricción: duración de consulta < cinco minutos						
Usuarios con nivel de ingresos familiares > CBC						
Satisfacción general	2014***		2015***		2016**	
	n	%	n	%	n	%
Satisfecho	51	37	30	41	65	46
Ni (in)satisfecho	33	24	21	28	37	26
Insatisfecho	55	4	23	31	37	27
Usuarios con nivel de ingresos familiares < ½ CBC						
Satisfecho	29	59 (+22)	30	62 (+21)	27	63 (+17)
Ni (in)satisfecho	13	27	10	21	10	23
Insatisfecho	7	14	8	17	6	14
Resultado de la prueba para comparaciones de proporciones: **p < 0.05, ***p < 0.01						

Fuente: elaboración propia con base en Ensalud (2014, 2015, 2016).

El análisis del elemento calidad del derecho a la salud en esta investigación es el que ofrece resultados más robustos. Dos de las pruebas han sido superlativamente significativas ( $p < 0.01$ ), por lo que la respuesta a la pregunta de investigación sería afirmativa. Asimismo, el rango de diferencias de la proporción usuarios satisfechos en función a su nivel de ingresos es, en términos generales, mayor respecto de los resultados en los otros componentes; y mientras que la menor diferencia es del 17 %, la mayor diferencia asciende hasta 22 %.

Por cierto, la OMS (2014, pp. 25 y 29), así como varios estudios, han recomendado que una consulta médica debe durar alrededor veinte minutos (Outomuro & Actis, 2013, p. 361)<sup>20</sup>. Pese a este estándar mínimo de calidad de la atención en salud, un estudio que analizó los datos de sesenta y siete países (Irving *et al.*, 2017) encontró que la duración de las consultas médicas oscila desde los cuarenta y ocho segundos en Bangladesh hasta los veintitrés minutos en Suecia. Un total de dieciocho países analizados, que agrupan al 50 % de la población global, tuvieron consultas médicas iguales o menores a cinco minutos. Perú ocuparía el puesto once de todos los países analizados (p. 11), con una media de quince-veinte minutos por consulta médica.

De lo indicado hasta aquí, parece que puede afirmarse que el problema de calidad de la consulta médica, medida en términos de duración de la consulta, es un problema de salud global seguramente motivado por la expansión de los servicios de salud sobre la población, ejerciendo presión sobre la calidad de la consulta médica. Pese a ello, existirían fuertes indicios de respuestas adaptativas en cuanto a este componente y a la variable del derecho a la salud, sobre todo si consideramos que la evaluación de este componente ha sido a partir de aquellos que registran una duración menor al 25 % del estándar internacional.

## VI. REFLEXIONES FINALES

La presente investigación ha significado un modesto aporte a la discusión sobre las respuestas adaptativas, aplicado en el ámbito de la salud. El resultado de esta investigación ha sido encontrar que, en efecto, existe una diferencia en la satisfacción con su seguro de salud entre las personas que no padecen privaciones económicas frente a aquellos que sí enfrentan graves privaciones, pese a sufrir una misma gran afectación a su derecho a la salud. Según el análisis, las personas sin privaciones

<sup>20</sup> El tiempo de atención no siempre debe ser valorado igualmente. Mientras que para una consulta médica es razonable que un mayor tiempo sea un buen indicador de calidad, esto no aplicaría para el momento de dispensar los medicamentos en la farmacia del establecimiento, en donde una pronta atención debería significar una mejora de calidad. Existen estudios en el Perú en donde se ha constatado que existe una relación inversa entre el tiempo de espera para recibir los medicamentos en farmacia y la satisfacción de los usuarios (Gutiérrez *et al.*, 2009, p. 63).

mostrarían menos satisfacción o, en otros términos, penalizarían más a su seguro de salud que las personas con graves desventajas económicas.

Esto es compatible con otros recientes hallazgos, que siguen sumando evidencia a la tesis de que el nivel de privación económica impacta en el grado de satisfacción con los servicios de salud (Cavero *et al.*, 2022, p. 87). Estos hallazgos no son a escala nacional y no tienen las precisiones conceptuales elaboradas en este trabajo, pero apuntan en la misma dirección. Investigaciones anteriores han anotado que, a la hora de diseñar instrumentos que midan la satisfacción, debe tomarse en cuenta la estructura y el contexto del sistema de salud (Crow *et al.*, 2002), que la medición se ve influenciada por factores como la disponibilidad de un bien o servicio de salud (Barriga-Chambi *et al.*, 2022, p. 416), y el peso de la calidad de vida y el nivel socioeconómico (Pacífico & Gutiérrez, 2015, p. 68). En suma, y como se ha anotado también atrás, los factores sociales (como el nivel de privación económica) no han sido parte central en la mayoría de estudios sobre la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en el Perú.

Un punto adicional de los hallazgos de este trabajo debe destacarse, y es que, si bien las diferencias de satisfacción entre ambos grupos no son amplias en todos los supuestos, reflejan que *las respuestas adaptativas inapropiadas existen inclusive ante restricciones no críticas al derecho a la salud y cuando las diferencias de privación entre las personas no son tan pronunciadas*. Por un lado, no todas las restricciones al derecho a la salud tomadas aquí (por ejemplo, la duración de consulta médica) pueden ser calificadas como muy graves si consideramos que no necesariamente comprometen íntegramente la salud de las personas ni otros derechos conexos tan o más importantes, como el derecho a la vida (CEC, 2022, p. 15). Y, por otro lado, porque las diferencias en el nivel de privación económica tampoco son tan pronunciadas, dado que se compara a personas con muchas privaciones con aquellas que apenas no se encuentran en situación de pobreza. Es posible que las respuestas adaptativas de personas ante restricciones muy graves de un derecho y ante una mayor diferencia de ingresos puedan indicar una mayor diferencia de satisfacción. Indagar sobre este punto requeriría la construcción de una base de datos más refinada para obtener resultados significativos con suficientes observaciones, algo que desborda el alcance de esta investigación.

Por otro lado, la consecuencia más clara del hallazgo de este trabajo es que aporta evidencia a favor del temor discutido sobre los límites de la satisfacción como criterio para una teoría de la justicia adecuada para la evaluación de políticas públicas y sociales (Pereira, 2007; Nussbaum, 2012). Ello se apreciaría en el presente estudio en tanto los resultados de la encuesta, vistos preponderantemente desde la satisfacción, podrían

387

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

motivar a los tomadores de decisiones en salud a postergar u otorgar menos peso a las mejoras del derecho a la salud del grupo en situación de mayor desventaja económica. A su vez, ello se debería a que son quienes muestran mayores niveles de satisfacción con su seguro de salud y, por lo tanto, no sufrirían como otros grupos, pese a que puedan estar padeciendo restricciones evitables y violaciones a su derecho a la salud.

Aunque se debe admitir que el criterio de satisfacción, como ha sido mencionado atrás, sí posee cierta relevancia en la evaluación del desempeño, la política sanitaria depende constantemente de diagnósticos sobre la situación del trato a los usuarios de los centros de salud y *la satisfacción es una importante dimensión de calidad de los servicios*. Pero a esta tesis se le podría agregar una adicional: que *la detección de respuestas adaptativas puede verse como una herramienta para detectar los límites de la satisfacción y también como un complemento de esta*.

Es lamentable, de todas formas, que la encuesta haya sido descontinuada luego de llevarse a cabo por tres años seguidos. Fue el único instrumento a nivel nacional para el sistema de salud que permitía explorar diversos aspectos importantes de su servicio *a partir de las opiniones de sus propios usuarios*. Tampoco parece ser un desenlace que debería sorprender si se considera no solo la crítica trabajada aquí, sino todas las que se han planteado contra el utilitarismo de la satisfacción de las preferencias. De hecho, puede ser una de las tantas razones para explicar por qué no contamos más con este instrumento.

Sin embargo, es importante que el diagnóstico del sistema sanitario se aborde preponderante y constitutivamente desde un enfoque de derechos, en donde el usuario es, ante todo, un ciudadano con derechos y no un simple consumidor con preferencias que satisfacer (Yamin, 2016, p. 105). Ello podría efectuarse con una encuesta que, si bien incorpore variables que indaguen sobre la satisfacción de los usuarios, también incluya muchas otras variables por cada uno de los elementos esenciales del derecho a la salud. Al fin y al cabo, es un estándar progresivo, universalmente aceptado y que puede ser especificado en función a los contextos de cada sociedad y los estándares de la práctica sanitaria. De esa forma, el criterio de utilitarista no sería rechazado del todo y ocuparía el debido lugar que suele asignársele en el campo bioético como un principio importante, pero complementario y restringido por el principio de dignidad.

## REFERENCIAS

Agosta, L. (2009). Patient satisfaction with nurse practitioner-delivered primary healthcare service. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 21(11), 610-617. <https://doi.org/10.1111/j.1745-7599.2009.00449.x>

Alexy, R. (2002). Epílogo a la Teoría de los Derechos Fundamentales. *Revista Española de Derecho Constitucional*, 22(66), 13-64. <https://www.cepc.gob.es/publicaciones/revistas/revista-espanola-de-derecho-constitucional/numero-66-septiembrediciembre-2002/epilogo-la-teoria-de-los-derechos-fundamentales-2>

Alexy, R. (2012). *Teoría de los derechos fundamentales* (2.ª ed.). Madrid: Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

Aramburú, C., & Rodríguez M. (2011). *Políticas sociales y pobreza*. Lima: CIES, PUCP. <https://cies.org.pe/investigacion/politicas-sociales-y-pobreza/>

Atienza, M. (2010). *Bioética, Derecho y argumentación*. Lima: Palestra.

Barriga-Chambi, F, Ccami-Bernal, F, Alarcon-Casazuela, A. L., Copa-Uscamayta, J., Yauri-Mamani, J., Oporto-Arenas, B., & Quispe-Juli, C. U. (2022). Satisfacción del personal de salud y pacientes sobre un servicio de telesalud de un hospital de Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(4), 415-424. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.394.11287>

Beauchamp, T., & Childress, J. (2013). *Principles of Biomedical Ethics* (7.ª ed.). Nueva York: Oxford University Press.

Becerra-Canales, B., & Condori-Becerra, A. (2019). Satisfacción de usuarios en hospitales públicos: experiencia del plan «Cero Colas» en Ica, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 658-663. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4299>

Bravo, P, Contreras, A., Perestelo-Pérez, L., Pérez-Ramos, J., & Málaga, G. (2013). En busca de una salud más participativa: compartiendo decisiones de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(4), 691-697. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2013.304.254>

Bruckner, D. (2009). In defense of adaptive preference. *Philosophical Studies*, 142, pp. 307-324. <https://doi.org/10.1007/s11098-007-9188-7>

Campbell, T. (2008). *La justicia. Los principales debates contemporáneos*. Barcelona: Gedisa.

Cavero, V., Hernández-Vásquez, A., Miranda, J., Alata, P., Alegre, M., & Diez-Canseco, F. (2022). Satisfacción y percepciones sobre aspectos de la ciudad que afectan la salud, por nivel socioeconómico, 2010-2019, en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 39(1), 83-90. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2022.391.9888>

Centro de Estudios Constitucionales (CEC). (2022). *Derecho a la salud*. Serie N.º 9: Cuadernos de Jurisprudencia (Nueva Época). Lima: Tribunal Constitucional del Perú.

Cornejo, L. (2019a). El debate sobre la imposición de la moral y la protección de uno mismo: el moralismo y el paternalismo en el Derecho. En E. Sotomayor (ed.), *La Teoría y Filosofía del Derecho en el Estado Constitucional. Problemas fundamentales* (pp. 213-236). Puno: Zela.

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO  
  
ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

Cornejo, L. (2019b). El derecho a la salud: apuntes desde una reflexión interdisciplinaria. *Justicia y derechos humanos*, (4), 59-89. <https://www.gob.pe/institucion/minjus/informes-publicaciones/1456026-revista-del-ministerio-de-justicia-y-derechos-humanos-n-4>

Cornejo, L. (2020). Paternalismo, salud pública y análisis económico del Derecho: un estudio a propósito del debate sobre la alimentación saludable en el Perú. En B. Marciani, E. Sotomayor y L. Cornejo, *Justicia, Derecho y mercado: una investigación sobre el Análisis Económico del Derecho en el Perú* (pp. 85-155). Lima y Puno: Cicaj-PUCP, Zela.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-244. <https://doi.org/10.3310/hta6320>

De Lora, P., & Gascón, M. (2008). *Bioética. Principios, desafíos, debates*. Madrid: Alianza.

Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista de Calidad Asistencial*, 17(1), 22-29. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(02\)77470-8](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(02)77470-8)

Durand, F., Salcedo, E., Beteta, E., Elorreaga, O., & Gianella, C. (2021). *Patologías del sistema de salud peruano*. Lima: Oxfam, Fondo Editorial PUCP. <https://www.fondoeditorial.pucp.edu.pe/ciencia-politica/1141-patologias-del-sistema-de-salud-peruano.html>

Dworkin, R. (1993). *Ética privada e igualitarismo político*. Barcelona: Paidós.

Elster, J. (1982). Sour grapes – utilitarianism and the genesis of wants. En A. Sen y B. William (eds.), *Utilitarianism and beyond* (pp. 219-238). Cambridge: Cambridge University Press

Elster, J. (2016). *Sour grapes. Studies in the subversion of rationality*. Cambridge: Cambridge University Press.

Farrell, M. (2007). *Utilitarismo, liberalismo y democracia*. México, D. F.: Fontamara.

Gilmore, C., & De Moraes, H. (1996). *Manual de gerencia de la calidad*. Washington: Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3155>

Gostin, L. (2008). *Public Health Law. Power, Duty, Restraint*. Los Ángeles: University of California Press, The Milbank Memorial Fund.

Gutierrez, E., Ramos, W., Uribe, M., Ortega-Loayza, A. G., Torres, C., Montesinos, D., León, O., & Galarza, C. (2009). Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un hospital general de Lima. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 26(1), 61-65. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/1336>

Hardin, R. (1989). Autonomy, Identity, and Welfare. En J. Christman (ed.), *The Inner Citadel. Essays on Individual Autonomy*. Nueva York: Oxford University Press.

Harsanyi, J. (1982). Morality and the theory of rational behaviour. En A. Sen y B. William (eds.), *Utilitarianism and beyond* (pp. 31-62). Cambridge: Cambridge University Press.

Hausman, D., & McPherson, M. (2007). *El análisis económico y la filosofía moral*. México, D. F.: Fondo de Cultura Económica, Centro de Investigación y Docencia Económica.

Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Prado-Galbarro, F. J., & Bendezu-Quispe, G. (2019). Satisfacción del usuario externo con la atención en establecimientos del Ministerio de Salud de Perú y sus factores asociados. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(4), 620-628. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.364.4515>

Irving, G., Neves, A., Dambha-Miller, H., Oishi, A., Tagashira, H., Verho, A., & Holden, J. (2017). International variations in primary care physician consultation time: a systematic review of 67 countries. *BMJ Open*, 7(10), 1-15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017902>

Khader, S. (2009). Adaptive Preference and Procedural Autonomy. *Journal of Human Development and Capabilities: A Multi-Disciplinary Journal for People-Centered Development*, 10(2), 169-187. <https://doi.org/10.1080/19452820902940851>

Khader, S. (2011). *Adaptive Preference and Women's Empowerment*. Nueva York: Oxford University Press.

Marciani, B. (2020). El AED en épocas del constitucionalismo: una evaluación de sus presupuestos filosófico-políticos y filosófico-jurídicos. En B. Marciani, E. Sotomayor y L. Cornejo, *Justicia, Derecho y mercado: una investigación sobre el Análisis Económico del Derecho en el Perú* (pp. 85-155). Lima y Puno: Cicaj-PUCP, Zela.

Mezones, E., Solis-Cóndor, R., Benites-Zapata, V., Garnica-Pinazo, G., Marquez-Bobadilla, E., Tantaleán-Del-Águila, M., Villegas-Ortega, J., & Philipps-Cuba, F. (2016). Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: análisis de la encuesta nacional de satisfacción de usuarios de los servicios de salud (Ensusalud 2014). *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 34(2), 205-214. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2197>

Norheim, O., & Asada, Y. (2009). The ideal of equal health revisited: definitions and measures of inequity in health should be better integrated with theories of distributive justice. *International Journal for Equity in Health*, 8, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-8-40>

Nordenfelt, L. (1995). *On the nature of health. An Action-Theoretic Approach* (2.ª ed.). Dordrecht: Springer-Science Business Media, B. V.

Nussbaum, M. (2001). 5 adaptive preferences and women's options. *Economics and Philosophy*, 17(1), 67-88. <https://doi.org/10.1017/S0266267101000153>

Nussbaum, M. (2007). *Las fronteras de la justicia. Consideraciones sobre la exclusión*. Madrid: Paidós.

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO  
  
ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM

Nussbaum, M. (2012). *Crear capacidades. Propuesta para el desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2000). *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2014). *Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario. Manual del usuario*. Ginebra.

Outomuro, D., & Actis, A. (2013). Estimación del tiempo de consulta ambulatoria en clínica médica. *Revista Médica Chilena*, 141(3), 361-366. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013000300012>

Pacífico, J., & Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 66-72. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2015.321.1576>

Pereira, G. (2007). Preferencias adaptativas: un desafío para el diseño de las políticas sociales. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*, 36(enero-junio), 143-165. <https://doi.org/10.3989/isegoria.2007.i36.63>

Rawls, J. (2010). *Teoría de la justicia* (2.ª ed. en español). México, D. F.: Fondo de Cultura Económica.

Robeyns, I. (2017). *Wellbeing, Freedom and Social Justice. The Capability Approach Re-Examined*. Cambridge: OpenBook Publishers. <https://doi.org/10.11647/OBP0130>

Ruger, J. (2009). *Health and Social Justice*. Nueva York. Oxford University Press.

San Giorgi, M. (2012). *The Human Right to Equal Access to Health Care*. Cambridge: Intersentia.

Sen, A., & Williams, B. (1982). Introduction: Utilitarianism and beyond. En A. Sen y B. William (eds.), *Utilitarianism and beyond* (pp. 1-21). Cambridge: Cambridge University Press.

Sen, A. (2000). *Desarrollo y libertad*. Bogotá: Planeta.

Shimabuku, R., Huicho, L., Fernández, D., & Málaga, R. (2012). Niveles de insatisfacción del usuario externo en el Instituto Nacional de Salud del Niño de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 29(4), 483-489. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2012.294.392>

Sihuín-Tapia, E. Y., Gómez-Quispe, O. E., & Ibáñez-Quispe, V. (2015). Satisfacción de usuarios hospitalizados en un hospital de Apurímac, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(2), 299-302. <https://doi.org/10.17843/rpmpesp.2015.322.1624>

Sotomayor, E. (2020). Formación de preferencias y elecciones de consumo: un marco teórico a partir de las preferencias discriminatorias en el Derecho del consumidor. En B. Marciani, E. Sotomayor y L. Cornejo, *Justicia, Derecho y mercado: una investigación sobre el Análisis Económico del Derecho en el Perú* (pp. 157-214). Lima y Puno: Cicaj-PUCP, Zela.



Sotomayor, E., Marciani, B., & Cornejo, L. (2021). Allocation criteria for scarce resources during the Covid-19 pandemic: the case of peruvian indigenous leaders [conferencia]. En *2021 IEEE Sciences and Humanities International Research Conference (SHIRCON)*. Lima: IEEE. <https://ieeexplore.ieee.org/document/9652347>

Sulpino, F., & Zucchi, P. (2007). Distortions to national drug policy caused by lawsuits in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 41(2). <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200007>

Thorp, R., & Paredes, M. (2011). *La etnicidad y la persistencia de la desigualdad. El caso peruano*. Lima: IEP

Tobin, J. (2012). *The Right to Health in International Law*. Nueva York: Oxford University Press.

Valls, M. C., & Abad, E. (2018). Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 41(3), 309-320. <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0315>

Velásquez, A. (2016). Salud en el Perú: hacia la cobertura universal y una respuesta efectiva frente a riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 397-398. <https://doi.org/10.17843/rpmes.2016.333.2339>

Venkatapuram, S. (2011). *Health Justice. An Argument from the Capabilities Approach*. Cambridge: Polity Press.

Yamin, A. (2016). *Power, Suffering, and the Struggle for Dignity. Human Rights Frameworks for Health and Why They Matter*. Filadelfia: University of Pennsylvania Press.

Yamin, A., & Gloppen, S. (coords.). (2013). *La lucha por los derechos de la salud ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* Buenos Aires: Siglo XXI.

## Jurisprudencia, normas y otros documentos legales

Observación General N.º 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [CESCR] de la ONU, 11 de agosto de 2000). Ginebra. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Asamblea General de la ONU, 16 de diciembre de 1966).

Recibido: 25/10/2023  
Aprobado: 09/04/2024

393

RESPUESTAS  
ADAPTATIVAS,  
DERECHO A LA  
SALUD Y EL LÍMITE  
DEL CRITERIO DE  
SATISFACCIÓN: UNA  
REFLEXIÓN Y PUESTA  
EN EVIDENCIA  
DESDE EL SISTEMA  
DE SALUD PERUANO

ADAPTIVE  
RESPONSES, RIGHT  
TO HEALTH, AND  
THE LIMIT OF THE  
SATISFACTION  
CRITERIA: AN  
EXAMINATION AND  
EVIDENCE FROM THE  
PERUVIAN HEALTH  
SYSTEM