

Horizonte sanitario

ISSN (en línea): 2007-7459

Índice de bienestar subjetivo desde el derecho social a la salud pública: Un comparativo México-Brasil-Colombia-Ecuador

Subjective well-being index based on the social right to public health: A comparative study of Mexico, Brazil, Colombia, And Ecuador

Artículo Original DOI: 10.19136/hs.a25.2.6210

Emigdio LariosGómez ¹ 

Correspondencia: Emigdio Larios Gómez. Dirección Postal: Universidad Autónoma de Puebla. Av. San Claudio, Calle 24 Sur y, Cnel. Miguel Auza. C.P. 72570. Heroica Puebla de Zaragoza. Puebla. México.
Correo electrónico: emigdio.larios@correo.buap.mx.



* Doctor en Ciencias Administrativas. Profesor Investigador. Facultad de Administración de la Benemérita, Universidad Autónoma de Puebla. Puebla. México.



Resumen

Objetivo: Analizar comparativamente la relación entre el ejercicio efectivo de los derechos sociales a la salud y el bienestar subjetivo de los derechohabientes de los servicios públicos de salud en México, Brasil, Colombia y Ecuador, desde la perspectiva del marketing para la salud como enfoque de creación de valor público, experiencia del derechohabiente, confianza institucional y satisfacción con los servicios, con el fin de proponer un Índice de Bienestar Subjetivo desde el Derecho Social a la Salud Pública aplicable a contextos latinoamericanos.

Materiales y métodos: Estudio cuantitativo, deductivo, no experimental, transversal y correlacional-explicativo. Encuesta a 1,536 derechohabientes adultos de servicios públicos de salud (384 por país) en México, Brasil, Colombia y Ecuador. Variables: derechos sociales a la salud (VI), marketing para la salud (mediadora) y bienestar subjetivo (VD). Análisis mediante PLS-SEM.

Resultados: El modelo estructural PLS-SEM mostró adecuados niveles de confiabilidad y validez. Las hipótesis fueron confirmadas, evidenciando relaciones positivas y significativas entre derechos sociales a la salud (H1), mercadotecnia para la salud (H2) y bienestar subjetivo (H3). La mediación parcial validó el Índice de Bienestar Subjetivo desde el Derecho Social a la Salud Pública, consistente y comparable en México, Brasil, Colombia y Ecuador.

Conclusiones: El estudio valida el Índice de Bienestar Subjetivo desde el Derecho Social a la Salud Pública como herramienta comparativa en México, Brasil, Colombia y Ecuador. El índice integra derechos sociales, mercadotecnia para la salud y bienestar subjetivo, aportando evidencia científica sobre cómo la garantía de derechos y la experiencia institucional explican el bienestar en los servicios públicos de salud.

Palabras Claves: Satisfacción personal; Derechos económicos, Sociales y culturales; Derecho a la Salud, Mercadotecnia social.

Abstract

Objective: To comparatively analyze the relationship between the effective exercise of social rights to health and the subjective well-being of users of public health services in Mexico, Brazil, Colombia, and Ecuador, from a health marketing perspective focused on public value creation, user experience, institutional trust, and service satisfaction, in order to propose a Subjective Well-Being Index based on the Social Right to Public Health applicable to Latin American contexts.

Materials and methods: Quantitative, deductive, non-experimental, cross-sectional and correlational-explanatory study. Survey of 1,536 adult beneficiaries of public health services (384 per country) in Mexico, Brazil, Colombia and Ecuador. Variables: social rights to health (VI), marketing for health (mediator) and subjective well-being (DV). Analysis using PLS-SEM.

Results: The PLS-SEM structural model showed adequate levels of reliability and validity. Hypotheses were confirmed, revealing positive and statistically significant relationships between social rights to health (H1), health marketing (H2), and subjective well-being (H3). Partial mediation validated the Subjective Well-Being Index based on the Social Right to Public Health, demonstrating consistency and comparability across Mexico, Brazil, Colombia, and Ecuador.

Conclusions: The study validates the Subjective Well-Being Index based on the Social Right to Public Health as a comparative analytical tool for Mexico, Brazil, Colombia, and Ecuador. The index integrates social rights, health marketing, and subjective well-being, providing scientific evidence on how the guarantee of rights and institutional experience explain well-being in public health services.

Keywords: Subjective well-being; Social rights; Right to health; Health marketing.

• Fecha de recibido: 12 de febrero de 2026 • Fecha de aceptado: 11 de marzo de 2026
• Fecha de publicación: 13 de marzo de 2026

Introducción

El derecho a la salud es reconocido ampliamente como un derecho humano fundamental dentro del sistema internacional de derechos humanos. Este derecho implica el acceso a servicios de salud oportunos, aceptables, asequibles y de calidad, así como a condiciones sociales que permitan alcanzar el más alto nivel posible de salud física y mental^{1,2}. En el plano jurídico internacional, el derecho a la salud se encuentra consagrado en instrumentos fundamentales del sistema de derechos humanos y constituye uno de los pilares de los derechos económicos, sociales y culturales vinculados al bienestar de las personas.

En América Latina, este derecho ha sido incorporado progresivamente en los marcos constitucionales y en la legislación sanitaria de los Estados. Países como México, Brasil, Colombia y Ecuador reconocen explícitamente el derecho a la salud como un derecho social que el Estado debe garantizar mediante políticas públicas, sistemas de salud accesibles y mecanismos institucionales orientados a proteger la salud de la población. Este reconocimiento ha impulsado reformas institucionales orientadas a ampliar la cobertura de los servicios sanitarios y mejorar las condiciones de acceso a la atención médica^{2,3}.

Desde esta perspectiva, el derecho social a la salud no se limita a la existencia formal de servicios sanitarios, sino que implica obligaciones estatales relacionadas con el acceso efectivo, la calidad de la atención y la equidad en la provisión de servicios. En la literatura contemporánea de salud pública se ha señalado que la evaluación de este derecho debe considerar no solo indicadores institucionales o de cobertura, sino también la experiencia y percepción de los usuarios respecto al funcionamiento del sistema sanitario⁴. En este sentido, el bienestar subjetivo emerge como una dimensión analítica relevante para comprender cómo la garantía efectiva de los derechos sociales se traduce en experiencias concretas de bienestar en los servicios públicos de salud.

En las últimas décadas, el bienestar subjetivo se ha consolidado como un indicador clave para evaluar el desarrollo social, la calidad de vida y la eficiencia de las políticas públicas en la salud pública. A diferencia de los enfoques tradicionales centrados exclusivamente en resultados clínicos o indicadores objetivos, el bienestar subjetivo incorpora la experiencia vivida, incluyendo su satisfacción con la vida, la percepción de seguridad, la confianza institucional y la valoración del acceso efectivo a derechos sociales fundamentales, entre ellos el derecho social a la salud^{3,4}.

En América Latina, y específicamente en México, Brasil, Colombia y Ecuador, el derecho a la salud se encuentra ampliamente reconocido en marcos constitucionales y normativos. No obstante, la región enfrenta una paradoja estructural: a pesar de la expansión formal de la cobertura sanitaria y de los esfuerzos por fortalecer los sistemas públicos de salud, persisten brechas significativas de acceso, calidad, equidad territorial y trato digno, que afectan de manera directa la percepción ciudadana del cumplimiento de este derecho y, en consecuencia, su bienestar subjetivo. La evidencia empírica



reciente muestra que los niveles de satisfacción con los servicios de salud en América Latina son sistemáticamente inferiores a los observados en países de la OCDE, y que esta insatisfacción se asocia con menores niveles de bienestar subjetivo, mayor estrés y una creciente desconfianza hacia las instituciones públicas^{5,6}.

Por lo que se propone que la garantía del derecho social a la salud no puede evaluarse únicamente a partir de indicadores de cobertura o gasto, sino que requiere incorporar la dimensión subjetiva de la experiencia ciudadana. En este contexto, la experiencia de uso de los servicios de salud pública —incluyendo el trato recibido, la claridad de la información, los tiempos de espera, la continuidad de la atención y la percepción de justicia en el acceso— emerge como un componente central del bienestar subjetivo. Estas dimensiones, tradicionalmente abordadas desde el campo del marketing de servicios y el marketing para la salud, han adquirido creciente relevancia en la literatura de salud pública y políticas sociales, al evidenciarse su impacto en la satisfacción vital, la salud mental y la confianza institucional^{7,8}. Y desde una perspectiva contemporánea, el marketing para la salud se concibe como un enfoque estratégico orientado a la creación de valor público, más que como una herramienta de promoción comercial, enfatizando el enfoque salutogénico asociado a la promoción de la salud^{9,10}.

En los cuatro países analizados, los sistemas de salud se caracterizan por una alta fragmentación (subsistemas públicos, seguridad social y privados), lo que genera desigualdades sistemáticas en cobertura efectiva, calidad y oportunidad de atención. La percepción de acceso desigual a los servicios de salud deteriora el bienestar subjetivo incluso entre quienes logran acceder al sistema, debido a la erosión del sentido de justicia distributiva y de ciudadanía social^{3,5,6,11}. Estos hallazgos son consistentes con el enfoque de “pobreza experimentada”, que subraya que la vivencia cotidiana de carencias, trato indigno o incertidumbre sanitaria afecta el bienestar subjetivo más allá del nivel de ingreso monetario¹².

En los últimos años, la literatura ha consolidado el bienestar subjetivo como un indicador relevante para evaluar el desempeño de políticas públicas e instituciones, incluyendo los sistemas de salud. Este concepto integra dimensiones evaluativas, afectivas y eudaimónicas relacionadas con la satisfacción vital, la tranquilidad y la percepción de seguridad social. La OCDE ha impulsado la armonización de su medición en contextos comparativos, señalando la necesidad de indicadores más integrales que permitan orientar la formulación de políticas públicas centradas en las personas¹³. En el ámbito sanitario, el bienestar subjetivo resulta especialmente pertinente, ya que refleja no solo condiciones objetivas de salud, sino también la experiencia que los ciudadanos tienen respecto al acceso, la calidad y la equidad en los servicios de salud^{14,15}.

En este sentido, la literatura sobre cobertura sanitaria universal sostiene que el acceso oportuno, la protección financiera y la calidad de la atención influyen en la percepción de seguridad y justicia social de la población. Por ello, se plantea que una mayor percepción del ejercicio efectivo del derecho social a la salud se asocia con mayores niveles de bienestar subjetivo entre los derechohabientes de los servicios públicos de salud. Por lo que H1: Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el ejercicio percibido de los derechos sociales a la salud y el bienestar subjetivo de los derechohabientes de los servicios públicos de salud en México, Brasil, Colombia y Ecuador.

En América Latina, el debate en política sanitaria ha transitado de la noción de “cobertura” hacia la de cobertura efectiva, incorporando dimensiones como calidad, oportunidad, equidad y trato digno como condiciones sustantivas del derecho a la salud. Este cambio es relevante porque la experiencia del derechohabiente y la calidad percibida influyen en si el derecho se vive como garantía ciudadana o como acceso precario. La evidencia comparada en la región muestra brechas entre proveedores públicos y privados, así como desigualdades territoriales y socioeconómicas que afectan la percepción del cumplimiento de este derecho¹⁶. En este contexto, se han consolidado instrumentos de medición centrados en la experiencia del paciente, como las PREMs, promovidos por iniciativas internacionales orientadas a sistemas de salud centrados en las personas^{16,17}.

Desde la perspectiva del marketing y la gestión de servicios de salud, la calidad percibida, la claridad informativa y la confianza institucional influyen en la evaluación del sistema sanitario y en la satisfacción del usuario^{4,17}. Por ello, se plantea que una mayor percepción del ejercicio del derecho a la salud se asocia con mejores evaluaciones de experiencia, información y confianza en los servicios públicos. Por lo que H2: Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre el ejercicio percibido de los derechos sociales a la salud y la percepción del marketing para la salud (experiencia del derechohabiente, claridad informativa y confianza institucional).

Diversas investigaciones han demostrado que la experiencia del paciente en atención primaria se asocia con mejores niveles de salud autopercebida, lo cual constituye una vía consistente hacia mayores niveles de bienestar subjetivo. Estudios comparativos en América Latina y el Caribe han identificado que la atención centrada en el paciente, caracterizada por comunicación efectiva, trato digno y continuidad de la atención, se relaciona positivamente con evaluaciones favorables de salud y satisfacción con los servicios¹⁸. En el caso mexicano, investigaciones recientes han señalado persistencias de baja calidad en la atención sanitaria, lo que refuerza la necesidad de estrategias orientadas a mejorar la experiencia del usuario y fortalecer la confianza institucional en el sistema de salud¹⁹.

La literatura sobre cobertura sanitaria universal y sistemas de salud centrados en las personas sostiene que el acceso efectivo debe complementarse con calidad de atención y experiencias positivas para generar bienestar percibido¹⁸. Asimismo, la confianza en el sistema sanitario se asocia con mayores niveles de satisfacción y percepciones más favorables del bienestar emocional²⁰. Desde esta perspectiva, el marketing para la salud actúa como un puente entre la provisión institucional y el bienestar subjetivo. Por lo que H3: Existe una relación positiva y estadísticamente significativa entre la percepción del marketing para la salud y el bienestar subjetivo de los derechohabientes de los servicios públicos de salud.

En este contexto, el presente estudio propone un modelo analítico que valida un Índice de Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (IBSSPS), integrado en tres dimensiones conceptuales: 1) los derechos sociales a la salud como base estructural del sistema sanitario, 2) la mercadotecnia para la salud como mecanismo institucional que configura la experiencia del usuario, y 3) el bienestar



subjetivo como resultado perceptual asociado al uso de los servicios públicos de salud. Desde esta perspectiva, se plantea que la percepción del ejercicio efectivo del derecho social a la salud influye en el bienestar subjetivo de los usuarios tanto de forma directa como indirecta, a través de variables relacionadas con la experiencia de atención, la claridad informativa y la confianza institucional^{17,8,20,21}.

Materiales y Métodos

Se tiene como objetivo, analizar comparativamente la relación entre el ejercicio efectivo de los derechos sociales a la salud, el marketing para la salud y el bienestar subjetivo en usuarios de servicios públicos de salud en México, Brasil, Colombia y Ecuador, con el fin de validar empíricamente un Índice de Bienestar Subjetivo basado en el Derecho Social a la Salud Pública (IBSSPS).

1) Enfoque y método: La investigación se plantea con enfoque cuantitativo, dado que busca medir variables mediante escalas estandarizadas y analizar relaciones estadísticas entre constructos (VD y VI) en un marco deductivo. El método es deductivo, al partir de teorías y marcos previos (derecho social a la salud + bienestar subjetivo + marketing para la salud) para contrastar hipótesis mediante evidencia empírica comparable entre países.

2) Diseño de investigación; Se adopta un diseño: No experimental porque no se manipulan variables, se observan tal como es el uso de los servicios públicos de salud. Asimismo, es Correlacional–explicativo porque se estima la relación entre la percepción de derechos sociales a la salud (VI) y el bienestar subjetivo en servicios públicos de salud (VD), y se explora el peso relativo de dimensiones clave, incorporando mecanismos del marketing para la salud (p.ej., satisfacción, confianza, experiencia de servicio). Y es Transversal porque es la medición en un solo momento por país, permitiendo comparación simultánea entre México, Brasil, Colombia y Ecuador.

3) Unidad de análisis: Se tomaron en cuenta a personas adultas usuarias de servicios públicos de salud, entendidas como aquellas que han utilizado al menos una vez (consulta, urgencias, seguimiento o surtimiento de medicamentos) un servicio público de salud en los últimos 12 meses.

4) Población y ámbito del estudio: Como población objetivo (comparativa) se tomaron a mayores de 18 años en México (Cd. de Puebla), Brasil (São Paulo), Colombia (Bogotá) y Ecuador (Quito), que cumplan el criterio de uso reciente del sistema público de salud.

5) Muestreo y tamaño de muestra: Se aplicó un tipo de muestreo estratificado por cuotas, con estratos mínimos comparables; como Sexo (H/M/otro), Grupo de edad (18–29; 30–44; 45–59; 60+), Nivel educativo (básico/medio/superior), Nivel socioeconómico percibido (bajo/medio/alto) y Condición laboral (formal/informal/desempleo). Lo que permitió estimar brechas de bienestar subjetivo y de percepción de derechos a la salud, coherente con el enfoque de identificación de diferencias poblacionales y creación de un índice de bienestar, como se ha planteado en el objetivo general y específico.

Para comparación y análisis correlacional con una muestra de $n = 384$ sujetos por país (95% confianza; $p=q=0.5$; error 5%), teniendo como total de $n = 1,536$ sujetos entre los 4 países. Se empleó un muestreo estratificado por cuotas, debido a la ausencia de marcos muestrales comparables que permitieran identificar de manera probabilística a usuarios recientes de servicios públicos de salud en los cuatro países analizados. Este tipo de muestreo es frecuente en estudios comparativos de percepción ciudadana y experiencia de servicios, ya que permite garantizar la representación mínima de grupos sociodemográficos relevantes (edad, género, nivel educativo y condición laboral), favoreciendo la comparabilidad entre contextos nacionales^{2,22}. Las cuotas se definieron tomando como referencia la distribución sociodemográfica aproximada de la población adulta usuaria de servicios públicos de salud reportada por estadísticas nacionales y encuestas de salud disponibles en cada país.

6) La estructura del instrumento de investigación se organizó en cuatro bloques: a) variables de control (perfil del derechohabiente), b) Variable Independiente (VI): Derechos Sociales a la Salud, c) Variable Mediadora: Marketing para la Salud y d) Variable Dependiente (VD): Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud. La construcción del cuestionario se fundamentó en la literatura sobre bienestar subjetivo, derechos sociales a la salud, marketing de servicios y medición de la experiencia del usuario en sistemas sanitarios, así como en marcos de medición comparativa utilizados en políticas públicas y evaluación de sistemas de salud^{7,13,14,21,23}.

La Variable Independiente (VI), Derechos Sociales a la Salud, se definió como la percepción del derechohabiente respecto al grado en que el Estado garantiza el derecho social a la salud, considerando dimensiones de acceso, calidad, equidad e inclusión en la provisión de servicios sanitarios. Esta conceptualización se fundamenta en la literatura sobre determinantes sociales de la salud y derechos sociales en políticas públicas, que reconoce el acceso efectivo a servicios sanitarios como componente central del bienestar y de la justicia social^{1,2}. En consecuencia, se operacionalizó mediante tres dimensiones: 1) DS-SF. Derecho a la Salud Física, 2) DS-SM. Derecho a la Salud Mental y 3) DS-SS. Derecho a la Salud Social y No Discriminación, coherentes con la concepción multidimensional del derecho a la salud en contextos de política pública.

La Variable Mediadora Marketing para la Salud (MKS) se incorporó como un mecanismo institucional que traduce la garantía de derechos sociales en experiencias concretas para los usuarios del sistema sanitario. Este enfoque se fundamenta en la literatura de marketing social y marketing de servicios en salud, que destaca el papel de la experiencia del usuario, la comunicación efectiva y la confianza institucional en la creación de valor público en servicios sanitarios^{7,23}. Las dimensiones consideradas fueron: 1) MKS-EXP. Experiencia del Derechohabiente, 2) MKS-INF. Información y Comunicación y 3) MKS-CON. Confianza Institucional, las cuales reflejan atributos centrales de calidad percibida y experiencia del servicio en contextos sanitarios.

Finalmente, la Variable Dependiente (VD), Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud, se definió como la evaluación cognitiva y emocional que realizan los derechohabientes respecto a cómo la interacción con los servicios públicos de salud influye en su calidad de vida, tranquilidad, seguri-



dad y satisfacción vital. Esta conceptualización se basa en los enfoques contemporáneos de medición del bienestar subjetivo utilizados en investigación social y políticas públicas^{13,14,21}. Las dimensiones consideradas fueron: 1) BS-SAT. Satisfacción con la Atención en Salud, 2) BS-EMO. Bienestar Emocional Asociado a la Salud y 3) BS-VIT. Impacto en la Calidad de Vida, consistentes con la literatura que identifica componentes evaluativos y afectivos del bienestar subjetivo vinculados a la experiencia institucional y al acceso a servicios públicos.

7) Análisis estadístico: Se realizó mediante modelos de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), técnica ampliamente utilizada para analizar relaciones entre constructos latentes en contextos de investigación social y de servicios^{22,24}. Este enfoque resulta adecuado cuando el objetivo es explicar relaciones predictivas entre variables conceptuales complejas, particularmente en modelos que integran constructos formativos y reflectivos.

La evaluación del modelo se realizó en dos etapas. En primer lugar, se evaluó el modelo de medición, analizando la confiabilidad interna, la validez convergente y las cargas factoriales de los indicadores. En segundo lugar, se evaluó el modelo estructural, estimando los coeficientes de trayectoria, el nivel de varianza explicada (R^2) y la significancia estadística de las relaciones mediante el procedimiento de bootstrapping con múltiples remuestreos, siguiendo las recomendaciones metodológicas para estudios basados en PLS-SEM²⁴.

Resultados

Análisis de los sujetos de estudio

Dado que las cuotas se utilizaron exclusivamente para asegurar comparabilidad sociodemográfica entre países, debido a que el objetivo del estudio es analizar relaciones estructurales entre constructos mediante PLS-SEM, el análisis estadístico se realizó sobre la muestra observada, procedimiento común en estudios de percepción y modelos estructurales comparativos sin aplicar ponderaciones adicionales. La consistencia de las distribuciones sociodemográficas entre países permite mantener la comparabilidad de los resultados obtenidos en el análisis estadístico. Estas características permiten contextualizar la muestra analizada y asegurar la comparabilidad entre los países considerados en el estudio.

Con base en los resultados obtenidos (Tabla 1), en los cuatro casos predomina una ligera mayoría de mujeres, México con el 52.9% y Ecuador con el 52.6%. Se presenta una concentración etaria en los grupos de 30 a 44 años siendo el grupo de edad más predominante y respecto a los niveles educativos los sujetos de estudio declaran tener mayoritariamente nivel de educación básica y Media superior y una proporción relevante de empleo formal como ocupación. Asimismo, los participantes reportan acceso y uso reciente de servicios públicos de salud.

Tabla 1. Perfil sociodemográfico de los usuarios de servicios públicos de salud por país

País	Mujeres	18–29 Años	Educación Superior	Trabajo Informal	NSE Bajo	Uso Servicios Públicos
México	52.9	25.8	25.3	46.4	39.1	75.3
Brasil	50	23.4	23.4	43.5	41.1	77.3
Colombia	49.7	23.7	23.2	43.5	39.6	74
Ecuador	52.6	25	22.9	41.7	40.6	76.3

Fuente: Elaboración propia con SPSS (v26).

Análisis descriptivo de las Variables de Estudio

Con el fin de contextualizar el comportamiento empírico de los constructos que integran el modelo estructural, se realizó un análisis descriptivo preliminar de las variables Derechos Sociales a la Salud, Marketing para la Salud y Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud. Este análisis permite identificar tendencias generales en la percepción de los derechohabientes antes de proceder a la evaluación del modelo de medición y del modelo estructural.

Al realizar el análisis descriptivo (Tabla 2), de los constructos Derechos Sociales a la Salud (DSH), Marketing para la Salud (MKS) y Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (BSSP) para México, Brasil, Colombia y Ecuador, se tienen los siguientes resultados:

a. Derechos Sociales a la Salud (DSH). En los cuatro países analizados, el constructo DSH muestra valores promedio muy similares, con medias que oscilan entre 2.80 y 2.82 (próximas a la escala 3= ni en desacuerdo ni de acuerdo) y desviaciones estándar cercanas a 0.77–0.80. Estos resultados indican una percepción moderada-baja del ejercicio efectivo del derecho social a la salud entre los derechohabientes de los servicios públicos. Se puede decir que existe una homogeneidad observada, lo que sugiere pese a las diferencias institucionales entre los sistemas de salud de México, Brasil, Colombia y Ecuador que, los derechohabientes comparten una valoración comparable respecto al acceso, la calidad y la equidad en la atención pública. Desde una perspectiva de derechos sociales estos niveles reflejan que, aunque el derecho a la salud es reconocido normativamente, se experimentado de manera parcial o insuficiente en la práctica cotidiana. Los sujetos de estudio perciben que, aunque es un derecho social el acceso a la salud, este no se ejecuta del todo o adecuadamente.

b. Marketing para la Salud (MKS). Respecto al constructo MKS presenta medias en niveles parecidos respecto a las de DSH en todos los países, con valores entre 2.75 y 2.88, y desviaciones estándar que varían entre 0.88 y 0.95. En el caso de Ecuador y Brasil se presentan las medias más altas, mientras que México registra la media más baja. Estos resultados sugieren que los derechohabientes de Ecuador y Brasil evalúan de forma ligeramente más favorable la experiencia de atención, la claridad de la información y la confianza institucional que el ejercicio general de sus derechos a la salud. No obstante, para los cuatro países las medias se mantienen en rangos intermedios (ceranos a la escala 3: ni en



desacuerdo ni de acuerdo), lo que indica que el marketing para la salud, entendido como creación de valor público desde la experiencia del derechohabiente, no alcanza niveles altos de desempeño en ninguno de los países analizados. La dispersión moderada observada en MKS refleja heterogeneidad en las experiencias de atención, lo que puede asociarse a diferencias territoriales, institucionales o de trato interpersonal dentro de los sistemas públicos de salud. Entonces, se puede decir que los derechohabientes del servicio de salud no están satisfechos o perciben un bajo valor público desde sus experiencias como derechohabientes.

c. Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (BSSP). En cuanto al BSSP, las medias se sitúan entre 2.83 y 2.95, siendo Brasil el país con el valor promedio más alto. Las desviaciones estándar varían entre 0.91–0.96), lo que indican una variabilidad moderada baja en las percepciones de satisfacción, tranquilidad emocional y aporte del sistema de salud a la calidad de vida. Estos resultados muestran que el bienestar subjetivo derivado de la interacción con los servicios públicos de salud es moderado bajo, lo que sugiere que, si bien los sistemas de salud cumplen parcialmente su función de protección y atención, no generan niveles elevados de satisfacción ni de bienestar emocional sostenido entre los derechohabientes. Desde una perspectiva analítica, el hecho de que BSSP presente valores ligeramente superiores a DSH, en promedio entre los cuatro países es de 0.0575, refuerza el constructo que el bienestar subjetivo no depende exclusivamente del reconocimiento formal de derechos, sino también de factores relacionales y experienciales, como el trato recibido, la información proporcionada y la confianza en la institución.

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de los constructos del modelo

País	DSH Media	DSH DE	MKS Media	MKS DE	BSSP Media	BSSP DE
México	2.8	0.78	2.75	0.95	2.83	0.93
Brasil	2.8	0.8	2.84	0.88	2.95	0.91
Colombia	2.82	0.77	2.83	0.89	2.83	0.92
Ecuador	2.81	0.78	2.88	0.91	2.85	0.96

Fuente: Elaboración propia con SPSS (v26).

Estos resultados descriptivos sugieren que las percepciones de los derechohabientes se sitúan en niveles intermedios, lo que refuerza la pertinencia de analizar las relaciones estructurales entre derechos sociales, experiencia institucional y bienestar subjetivo mediante el modelo propuesto.

Confiabilidad y validez convergente de los constructos

Dado que el índice propuesto se fundamenta en una estructura teórica previamente definida, la validación del instrumento se realizó mediante modelos de ecuaciones estructurales (PLS-SEM). Debido a que se trata de un modelo con constructos formativos y reflectivos, por lo que no se recurrió a análisis factorial exploratorio ni a la prueba KMO, los cuales son más pertinentes en estudios de naturaleza exploratoria^{22,24}. En la Tabla 3, se puede observar los indicadores de calidad psicométrica para los constructos reflectivos: Marketing para la Salud (MKS) y Bienestar Subjetivo en Servicios Públicos de

Salud (BSSP) con PLS-SEM, presentando la confiabilidad interna (α : Alfa de Cronbach y CR: Confiabilidad Compuesta) y validez convergente (AVE).

a) Confiabilidad interna (α). Los valores de α se ubican entre 0.894 y 0.913 para MKS y entre 0.902 y 0.918 para BSSP en los cuatro países. De acuerdo con criterios de fiabilidad los valores deben ser de $\alpha \geq 0.70$ y se consideran aceptables para investigación aplicada^{25,26,27}. Por lo tanto, los resultados obtenidos indican alta consistencia interna en ambos constructos en México, Brasil, Colombia y Ecuador.

b) Confiabilidad compuesta (CR). Respecto a la CR, los constructos obtuvieron valores de 0.923 (MKS) y 0.926 (BSSP) en todos los países. El CR es un indicador recomendado para consistencia interna y, al igual que α , valores deben ser ≥ 0.70 para interpretarse como adecuados. En este caso, los valores obtenidos sugieren que tanto MKS como BSSP muestran confiabilidad excelente, con estabilidad comparable entre países.

c) Validez convergente (AVE). Se calculó la varianza media extraída (AVE) fue de 0.57 para MKS y 0.583 para BSSP. Fornell y Larcker²⁶ proponen que una AVE debe ser ≥ 0.50 , lo que indica que al menos el 50% de la varianza de sus indicadores presentan una convergencia adecuada (Tabla 3). Entonces, los resultados muestran que ambos constructos cumplen el criterio de validez convergente en los cuatro países, lo cual respalda el uso comparativo del instrumento.

Tabla 3. Indicadores de confiabilidad y validez convergente del modelo de medición

País	α MKS	CR MKS	AVE MKS	α BSSP	CR BSSP	AVE BSSP
México	0.913	0.923	0.57	0.909	0.926	0.583
Brasil	0.894	0.923	0.57	0.902	0.926	0.583
Colombia	0.894	0.923	0.57	0.906	0.926	0.583
Ecuador	0.907	0.923	0.57	0.918	0.926	0.583

Fuente: Elaboración propia con Smart-PLS (v3).

Como se observa en la Tabla 4, las cargas factoriales de los constructos reflectivos: Bienestar Subjetivo en Servicios Públicos de Salud (BSSP) y Mercadotecnia para la Salud (MKS) (Tabla 5) superan el umbral recomendado de 0.70, lo que indica una adecuada relación entre los indicadores y sus constructos latentes²². Asimismo, los valores de confiabilidad interna (α y CR) exceden el criterio mínimo de 0.70, mientras que la AVE supera el umbral de 0.50, confirmando la validez convergente de los constructos de mercadotecnia para la salud y bienestar subjetivo^{26,27}.

En el caso del constructo formativo de derechos sociales a la salud (Tabla 5), los valores en el Factor de Inflación de la Varianza (VIF) que se refieren a una medida estadística utilizada para evaluar la multicolinealidad entre las variables o indicadores que componen dicho constructo, se mantienen por debajo de los niveles críticos, lo que descarta problemas de colinealidad y respalda la especificación formativa del constructo.

Tabla 4. Bienestar Subjetivo en Servicios Públicos de Salud (BSSP) – Constructo reflectivo

Dimensión	Ítem	Carga (λ)
Satisfacción con la atención	BSSP1. Estoy satisfecho con la atención recibida	0.79
	BSSP2. La atención recibida cumplió mis expectativas	0.77
Bienestar emocional	BSSP3. La atención recibida me genera tranquilidad	0.76
	BSSP4. Mi nivel de estrés disminuye al recibir atención	0.74
Calidad de vida percibida	BSSP5. Los servicios de salud contribuyen positivamente a mi calidad de vida	0.78
	BSSP6. Mi bienestar general mejora al usar servicios públicos de salud	0.75
Experiencia del usuario	MKS1. El trato del personal de salud es amable y empático	0.76
	MKS2. El proceso de atención es claro y sencillo	0.74
Información y comunicación	MKS3. Recibo información clara sobre mi diagnóstico y tratamiento	0.78
	MKS4. Las indicaciones médicas son fáciles de comprender	0.75
Confianza institucional	MKS5. Confío en el sistema público de salud	0.77
	MKS6. Me siento seguro al atenderme en servicios públicos de salud	0.73

Fuente: Elaboración propia con Smart-PLS (v3).

Tabla 5. Derechos Sociales a la Salud (DSH) – Constructo formativo

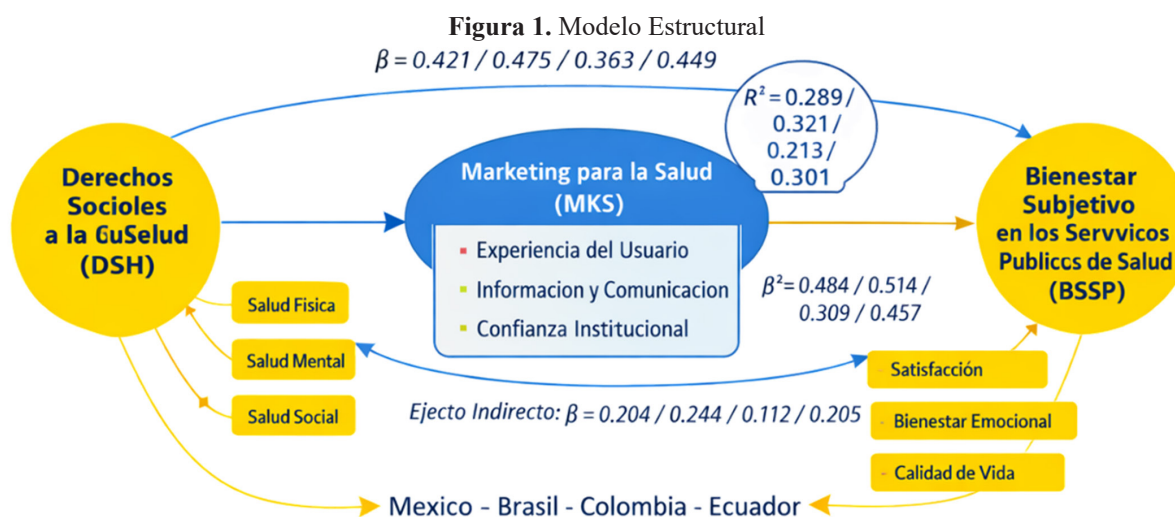
Dimensión	Ítem	Peso formativo (w)	VIF
Acceso a servicios	DSH1. Puedo acceder oportunamente a servicios públicos de salud cuando los necesito	0.32	1.84
Salud física	DSH2. Recibo atención médica adecuada para mis problemas de salud física	0.28	1.91
Salud mental	DSH3. Tengo acceso a atención para mi salud mental cuando la requiero	0.21	1.76
Equidad y trato digno	DSH4. Soy tratado con respeto y sin discriminación en los servicios públicos de salud	0.35	1.88

Fuente: Elaboración propia con Smart-PLS (v3).

El modelo estructural presenta niveles explicativos moderados del bienestar subjetivo en los servicios públicos de salud. Los valores de (R^2) para el constructo BSSP se sitúan entre 0.28 y 0.34 entre países, lo que indica una capacidad explicativa moderada del modelo, consistente con investigaciones sobre bienestar subjetivo y percepciones institucionales, los niveles moderados de varianza explicada son habituales debido a la naturaleza multidimensional de estos fenómenos sociales. Asimismo, el índice de ajuste SRMR se situó por debajo de 0.08, indicando un ajuste adecuado del modelo^{22,24,26}.

Comprobación de las Hipótesis: H1, H2, H3

Una vez que se ha cumplido desde la perspectiva de análisis para modelos de ecuaciones estructurales con mínimos cuadrados parciales (PLS-SEM), con la evaluación del modelo que se realizó en dos etapas: primero, la validación del modelo de medición y, posteriormente, la comprobación del modelo estructural^{22,24}. En conjunto, como se explicaron los resultados obtenidos, que confirma que el modelo de medición reflectivo es psicométricamente sólido, se procedió a la evaluación del modelo estructural, analizando los coeficientes de ruta estandarizados y su significancia mediante *bootstrapping* (IC95% del indirecto), tal como se recomienda en PLS-SEM (Figura 1).



Fuente: Elaboración propia.

H1: Derechos Sociales a la Salud → Bienestar Subjetivo. Los resultados muestran que el efecto directo de los Derechos Sociales a la Salud sobre el Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud es positivo y consistente en los cuatro países, incluso al controlar el efecto del mediador (MKS). Los coeficientes estandarizados (c') oscilan entre 0.141 y 0.188 (Tabla 6), lo que indica que una mayor percepción del ejercicio efectivo del derecho a la salud se asocia con mayores niveles de bienestar subjetivo. Si el efecto directo c' (DSH → BSSP, controlando MKS) se mantiene positivo (0.141 a 0.188), entonces esto indica que el derecho a la salud conserva un efecto directo sobre el bienestar subjetivo, aun considerando la experiencia/marketing del servicio. Por lo que la H1 es aceptada para México, Brasil, Colombia y Ecuador. Se puede decir que, existe una parte del bienestar asociada a los derechos que no se agota en la experiencia del servicio; por ejemplo, el acceso real y la no discriminación pueden impactar directamente la tranquilidad y la evaluación del sistema.

H2: Derechos Sociales a la Salud → Marketing para la Salud. La vinculación de los Derechos Sociales a la Salud con el Marketing para la Salud presenta coeficientes estandarizados positivos en todos los países, con valores entre 0.363 y 0.475 (Tabla 6). Estos resultados indican que, cuando los derechohabientes perciben que su derecho a la salud es garantizado en términos de acceso, calidad y no discriminación, evalúan de manera más favorable la experiencia de atención, la información recibida y la

confianza institucional. Si los valores de a ($DSH \rightarrow MKS$) van de 0.363 (Colombia) a 0.475 (Ecuador), existe una mayor percepción del derecho a la salud, mejores evaluaciones de marketing para la salud (experiencia, información, confianza). Entonces, la $H2$ es aceptada en los cuatro países analizados. Se puede decir que, la garantía percibida del derecho (acceso/calidad/no discriminación) se traduce en evaluaciones más favorables de la interacción con el sistema (marketing público de servicios), coherente con el enfoque de valor público y experiencia del derechohabiente.

$H3$: Marketing para la Salud $\rightarrow$ Bienestar Subjetivo. La relación entre Marketing para la Salud y Bienestar Subjetivo presenta los coeficientes más elevados del modelo, con valores estandarizados (b) que oscilan entre 0.309 y 0.514 (Tabla 6), controlando el efecto de los derechos sociales a la salud. Este hallazgo sugiere que la experiencia del derechohabiente, la claridad informativa y la confianza institucional constituyen determinantes centrales del bienestar subjetivo asociado al uso de los servicios de salud pública.

Los valores de b ($MKS \rightarrow BSSP$, controlando DSH) son positivos y relevantes en todos los países (0.309 a 0.514). Esto evidencia que MKS explica $BSSP$ incluso cuando se controla la percepción de derechos, lo cual es consistente con la idea de que la experiencia y confianza institucional constituyen un mecanismo clave de bienestar asociado al servicio. Por lo que la $H3$ se acepta para México, Brasil, Colombia y Ecuador. Se puede decir que, el bienestar subjetivo no depende solo de la existencia formal del servicio, sino del modo en que el derechohabiente lo vive (trato, claridad, confianza), lo que encaja con la literatura de medición de calidad/valor percibido en servicios y con resultados reportados por pacientes.

Análisis de mediación: Con el fin de evaluar el papel mediador del Marketing para la Salud en la relación entre los Derechos Sociales a la Salud y el Bienestar Subjetivo, se estimaron los efectos indirectos mediante *bootstrapping*. Como se muestra en la Tabla 6, los efectos indirectos ($a*b$) son positivos en los cuatro países y sus intervalos de confianza al 95 % no incluyen el valor cero, lo que constituye evidencia estadística de mediación^{22, 24, 26}. No obstante, dado que el efecto directo (c') permanece significativo, la mediación observada es de tipo parcial. Esto indica que el impacto de los derechos sociales a la salud sobre el bienestar subjetivo opera tanto de manera directa como indirecta, a través de la experiencia, la información y la confianza que conforman el marketing para la salud.

Tabla 6. Resultados del modelo estructural PLS-SEM

País	a : DS- H $\rightarrow$ MKS	b : MKS $\rightarrow$ BSSP (ctrl DSH)	c' : DSH $\rightarrow$ BSSP (ctrl MKS)	Indirecto $a*b$	Total	IC95% indi- recto
México	0.435	0.514	0.141	0.224	0.365	[0.164, 0.290]
Brasil	0.461	0.309	0.186	0.142	0.328	[0.091, 0.199]
Colombia	0.363	0.433	0.188	0.157	0.345	[0.107, 0.208]
Ecuador	0.475	0.392	0.168	0.186	0.354	[0.135, 0.241]

Fuente: Elaboración propia con Smart-PLS (v3).

Los resultados del modelo estructural muestran que los derechos sociales a la salud y la mercadotecnia para la salud explican una proporción relevante de la varianza del bienestar subjetivo en los servicios públicos de salud. Los valores de (R^2) para el constructo bienestar subjetivo se sitúan en niveles moderados entre los países analizados, lo que indica una capacidad explicativa consistente del modelo en contextos institucionales complejos característicos de los sistemas de salud latinoamericanos^{22,24,26}.

Discusión

La literatura internacional ha señalado que la evaluación del bienestar no depende únicamente de condiciones objetivas de salud, sino también de la forma en que las personas experimentan las instituciones que garantizan derechos sociales^{13,14,21,28}. En este sentido, los hallazgos de la investigación refuerzan la idea de que el bienestar subjetivo asociado a los servicios públicos de salud está estrechamente vinculado con la percepción del ejercicio efectivo del derecho a la salud. En este sentido, el estudio aporta evidencia empírica a un debate aún incipiente en la literatura latinoamericana: la posibilidad de integrar derechos sociales, experiencia institucional y bienestar subjetivo en un mismo marco analítico para evaluar el desempeño de los sistemas públicos de salud.

En relación con la primera hipótesis, los resultados respaldan los planteamientos teóricos que consideran los derechos sociales como determinantes estructurales del bienestar en contextos institucionales. Diversos estudios han señalado que el derecho a la salud no se limita a su reconocimiento jurídico, sino que depende de su materialización en condiciones de acceso, calidad y equidad en la atención sanitaria^{1,2}. En América Latina, investigaciones comparativas han documentado que la ampliación de cobertura formal no siempre se traduce en bienestar percibido cuando persisten desigualdades territoriales, segmentación institucional o diferencias en la calidad de los servicios^{5,6,15}. En este marco, los resultados sugieren que la percepción de cumplimiento del derecho a la salud constituye un componente relevante del bienestar subjetivo, lo que coincide con enfoques que proponen evaluar los sistemas de salud no sólo a partir de indicadores clínicos o de cobertura, sino también desde la experiencia ciudadana.

En segundo lugar, los hallazgos permiten profundizar en la relación entre derechos sociales y marketing para la salud. La literatura de marketing social y de servicios ha señalado que la experiencia del usuario, la claridad de la información y la confianza institucional son elementos fundamentales en la creación de valor público en servicios sanitarios^{7,23}. Desde esta perspectiva, el marketing para la salud no debe entenderse únicamente como una herramienta comunicativa, sino como un enfoque de gestión orientado a mejorar la interacción entre ciudadanos e instituciones. Los resultados del estudio son consistentes con esta literatura al sugerir que cuando las personas perciben que su derecho a la salud es garantizado, tienden a evaluar más positivamente su experiencia con el sistema sanitario. Este hallazgo coincide con investigaciones que destacan el papel de la experiencia del paciente como componente central de la calidad percibida en servicios de salud^{9,10,17}.



En tercer lugar, el papel del marketing para la salud como determinante del bienestar subjetivo coincide con estudios que subrayan la importancia de la experiencia de atención en la evaluación del sistema sanitario. La evidencia empírica ha mostrado que la calidad de la interacción entre usuarios y servicios de salud, incluyendo el trato recibido, la claridad de la información y la confianza en la institución, influye significativamente en la satisfacción del paciente y en su evaluación general del sistema^{20,28,29}. Asimismo, investigaciones en América Latina han encontrado que la atención centrada en el paciente se asocia con mejores evaluaciones de salud autopercebida y con mayores niveles de satisfacción con los servicios de salud^{20,29}. Desde esta perspectiva, los resultados del estudio respaldan la idea de que la experiencia institucional actúa como un mecanismo psicosocial que conecta la provisión de servicios con la percepción de bienestar de los usuarios^{30,31}.

Un aporte conceptual relevante del estudio es la identificación de un efecto mediador del marketing para la salud en la relación entre derechos sociales y bienestar subjetivo. Este hallazgo sugiere que el impacto del derecho a la salud en el bienestar de los usuarios no se produce únicamente a través de condiciones estructurales del sistema sanitario, sino también mediante la experiencia concreta de interacción con los servicios. Esta interpretación es consistente con enfoques contemporáneos de políticas públicas que enfatizan la importancia de la confianza institucional, la calidad percibida y la experiencia del usuario en la legitimidad de los servicios públicos^{4,28,32}.

Finalmente, desde una perspectiva comparativa regional, la consistencia del modelo analizado en México, Brasil, Colombia y Ecuador sugiere la existencia de patrones comunes en la forma en que los ciudadanos evalúan los sistemas de salud en América Latina. Estudios recientes han señalado que, a pesar de las diferencias institucionales entre países, los sistemas sanitarios de la región enfrentan desafíos similares relacionados con fragmentación institucional, desigualdades en el acceso y variabilidad en la calidad de los servicios^{5,15,29}. En este contexto, los resultados respaldan la utilidad de indicadores comparativos de bienestar subjetivo para complementar las métricas tradicionales de evaluación de sistemas de salud y para fortalecer los procesos de formulación y evaluación de políticas públicas orientadas al bienestar de la población.

Estructura del Índice de Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (IBSSPS)

El Índice de Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (IBSSPS) se plantea como un índice estructural de orden superior, diseñado para capturar la relación entre el ejercicio del derecho social a la salud, la experiencia institucional de los servicios sanitarios y el bienestar subjetivo de los usuarios. Conceptualmente, el índice integra constructos de naturaleza formativa y reflectiva, lo que permite representar simultáneamente condiciones estructurales del sistema de salud y evaluaciones perceptuales de los derechohabientes.

El índice se organiza en tres factores principales. El primero corresponde a los Derechos Sociales a la Salud (DSH), concebidos como la base estructural del modelo e integrados por dimensiones relacionadas con el acceso a los servicios, la atención a la salud física y mental, y la equidad en el trato. El segundo

factor es la Mercadotecnia para la Salud (MKS), entendida como el componente experiencial del índice y conformada por dimensiones vinculadas con la experiencia del derechohabiente, la información y comunicación en la atención, y la confianza institucional en el sistema sanitario. Finalmente, el tercer factor corresponde al Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (BSSP), que expresa la evaluación perceptual de los usuarios respecto a la satisfacción con la atención, el bienestar emocional asociado al proceso de atención y la percepción del impacto del sistema de salud en su calidad de vida. Conceptualmente, la relación entre los componentes del índice puede representarse como:

$$\text{IBSSPS} = \text{DSH} + (\text{DSH} \rightarrow \text{MKS}) + (\text{MKS} \rightarrow \text{BSSP})$$

donde el bienestar subjetivo en los servicios públicos de salud resulta de la interacción entre el ejercicio percibido de los derechos sociales a la salud, la experiencia institucional asociada al marketing para la salud y la evaluación subjetiva del impacto del sistema sanitario en la calidad de vida de los derechohabientes.

En este sentido, el IBSSPS constituye una propuesta metodológica para evaluar el desempeño de los sistemas públicos de salud desde una perspectiva centrada en las personas, integrando en un mismo marco analítico la garantía de derechos sociales, la experiencia institucional de los servicios sanitarios y la evaluación subjetiva del bienestar de los usuarios. De esta forma, el índice permite avanzar hacia mediciones comparables de bienestar en salud que complementen los indicadores tradicionales de cobertura y resultados clínicos en el análisis de políticas públicas sanitarias.

Conclusiones

El presente estudio propone y valida el Índice de Bienestar Subjetivo en los Servicios Públicos de Salud (IBSSPS) como un instrumento analítico orientado a integrar en un mismo marco conceptual la garantía de derechos sociales a la salud, la experiencia institucional de los servicios sanitarios y la evaluación subjetiva del bienestar de los derechohabientes. Mediante un enfoque teórico–confirmatorio y el uso de modelos PLS-SEM, fue posible estructurar un índice de orden superior capaz de representar la interacción entre dimensiones normativas, institucionales y perceptuales del sistema de salud.

La principal contribución del estudio consiste en demostrar que el bienestar subjetivo asociado a los servicios públicos de salud puede operacionalizarse como un constructo multidimensional que articula condiciones estructurales del sistema sanitario con la experiencia de los usuarios. En este sentido, el IBSSPS amplía los enfoques tradicionales de evaluación del desempeño sanitario al incorporar indicadores subjetivos relacionados con satisfacción, bienestar emocional y percepción de calidad de vida, complementando las métricas convencionales centradas en cobertura o resultados clínicos.

Asimismo, el índice propuesto ofrece un marco conceptual que permite analizar de manera integrada cómo los derechos sociales, las prácticas institucionales y la experiencia del derechohabiente



configuran la percepción ciudadana del sistema sanitario. Desde esta perspectiva, el IBSSPS constituye una herramienta útil para el análisis comparativo de sistemas de salud y para el diseño de políticas públicas orientadas a fortalecer el bienestar de la población.

Finalmente, la consistencia estructural observada en los cuatro países analizados sugiere que el índice posee potencial para su aplicación en estudios comparativos regionales, contribuyendo al desarrollo de indicadores centrados en las personas que permitan complementar las evaluaciones tradicionales de desempeño en los sistemas de salud de América Latina.

Entre las limitaciones del estudio se encuentra el uso de muestreo por cuotas y la medición transversal de las percepciones, lo cual impide establecer relaciones causales definitivas. Futuras investigaciones podrían ampliar el análisis mediante diseños longitudinales o muestras probabilísticas que permitan profundizar en la evolución del bienestar subjetivo en los sistemas públicos de salud.

Conflicto de interés

No existe conflicto de interés.

Consideraciones éticas

Este estudio utilizó datos recabados con consentimiento informado de los sujetos de estudio y garantizando la confidencialidad, anonimato de los datos y la seguridad, minimizando posibles daños al no solicitar datos sensibles en el diseño del cuestionario. Por lo que el estudio no involucró experimentación ni intervención en animales ni humanos, y debido a que el estudio se basó en encuestas anónimas sin intervención clínica ni recopilación de datos sensibles, no se requirió dictamen de comité de ética institucional.

Uso de inteligencia artificial

Los autores declaran que, durante la preparación de este trabajo, los autores utilizaron [ChatGPT-4o] para mejorar la legibilidad y el estilo del lenguaje. Después de utilizar esta herramienta/servicio, los autores revisaron y editaron el contenido según fue necesario y asumen la plena responsabilidad del contenido de la publicación.

Contribución de los autores

Conceptualización: E.L.G.; Curación de datos: E.L.G.; Análisis formal: E.L.G.; Adquisición de fondos: E.L.G.; Investigación: E.L.G.; Metodología: E.L.G.; Administración de proyecto: E.L.G.; Recursos: E.L.G.; Software: E.L.G.; Supervisión: E.L.G.; Validación: E.L.G.; Visualización: E.L.G.; Redacción-borrador original: E.L.G.; Redacción- revisión y edición: E.L.G.

Financiamiento

No se recibió financiamiento externo.

Referencias

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129(Suppl 2):19–31. doi:10.1177/00333549141291S206. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/00333549141291S206>
2. Ruger JP. Health and social justice. *Lancet.* 2012;379(9811):164–165. Doi:10.1016/S0140-6736(11)61247-2.
3. OECD. Government at a glance: Latin America and the Caribbean 2024. Paris: OECD Publishing; 2024. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/government-at-a-glance-latin-america-and-the-caribbean-2024_4abdba16-en.html
4. Guanais F, Doubova SV, Leslie HH, Pérez-Cuevas R, García-Elorrio E, Kruk ME. Patient-centered primary care and self-rated health in six Latin American and Caribbean countries. *PLoS Med.* 2018;15(10):e1002673. Doi:10.1371/journal.pmed.1002673.
5. OECD, ECLAC. How's life in Latin America? Measuring well-being for policy making. Paris: OECD Publishing; 2021. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2021/10/how-s-life-in-latin-america_e373e4e2/2965f4fe-en.pdf
6. Helliwell JF, Layard R, Sachs JD, De Neve JE, Aknin LB, Wang S. World Happiness Report 2024. Oxford: Wellbeing Research Centre, University of Oxford; 2024. Available from: <https://wellbeing.hmc.ox.ac.uk/news/world-happiness-report-2024/>
7. Berry LL, Bendapudi N. Health care: a fertile field for service research. *J Serv Res.* 2019;22(1):3–9. Doi:10.1177/1094670518793862.



8. French J, Gordon R. Strategic social marketing. 2nd ed. Oxford: 2020.
9. Priego-Álvarez HR. Salutogenic Marketing. Aim and Scope. Revista Científica Salud Uninorte. 41, 1 (Apr. 2025). Doi: <https://doi.org/10.14482/sun.41.01.001.245>.
10. Priego Álvarez HR, Perez MA. Mercadotecnia Social y Promoción de la Salud [Internet]. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco; 2025. Disponible en: <https://pcientificas.ujat.mx/pcientificas/catalog/book/301>
11. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. London: Institute of Health Equity/Elsevier; 2020. Available from: <https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>
12. Rojas M. Poverty and wellbeing in Latin America: a subjective approach. World Dev. 2008; 36(6), 1078-1093. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2007.10.005>.
13. OECD. Guidelines on measuring subjective well-being. Paris: OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/4dfe52b1-en.
14. OECD, World Bank. Health at a glance: Latin America and the Caribbean 2023. Paris: OECD Publishing; 2023. doi:10.1787/532b0e2d-en.
15. OECD. Primary health care for resilient health systems in Latin America. Paris: OECD Publishing; 2022. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/primary-health-care-for-resilient-health-systems-in-latin-america_743e6228-en.html
16. OECD. Patient-Reported Indicators Surveys (PaRIS): Measuring what matters for people-centred health systems. Paris: OECD Publishing; 2024. Available from: https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2019/11/measuring-what-matters_08f342c3/2148719d-en.pdf
17. Purcarea VL. The impact of marketing strategies in healthcare systems. J Med Life. 2019;12(2):93–96. Doi: 10.25122/jml-2019-1003.
18. Flores-Hernández S, Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Dreser-Mansilla A, Díaz-Portillo SP, Reyes-Morales H. Calidad de la atención de los servicios de salud. Salud Publica Mex. 2024;66(4):571–580. Doi:10.21149/15825.
19. Arboleda AM. Satisfaction with life and perception of healthcare services. Health Policy. 2023;127(6):712–720. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2023.103450>
20. Topuz İ, Nal M, Durmuş V, Bektaş G. Trust in the healthcare system as a predictor of patient satisfaction. BMC Public Health. 2025; 25:25117. Doi:10.1186/s12889-025-25117-6.

21. Diener E, Oishi S, Tay L. Advances in subjective well-being research. *Nat Hum Behav.* 2018;2(4):253–260. Doi:10.1038/s41562-018-0307-6.
22. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage; 2022. Available from: https://www.researchgate.net/publication/354331182_A_Primer_on_Partial_Least_Squares_Structural_Equation_Modeling_PLS-SEM.
23. Kotler P, Lee N, Rothschild M. Social marketing: behavior change for social good. 6th ed. Amsterdam: 2021.
24. Hair JF, Risher JJ, Sarstedt M, Ringle CM. When to use and how to report the results of PLS-SEM. *Eur Bus Rev.* 2019;31(1):2–24. Doi:10.1108/EBR-11-2018-0203.
25. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011;2:53–55. Doi:10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
26. Fornell C, Larcker DF. Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *J Mark Res.* 1981;18(1):39–50. Doi:10.2307/3151312.
27. Nunnally JC, Bernstein IH. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/014662169501900308>
28. OECD. Does Healthcare Deliver? Results from the Patient-Reported Indicator Surveys (PaRIS): OECD Publishing; 2025. Available from: https://www.oecd.org/en/publications/does-healthcare-deliver_c8af05a5-en/full-report/building-trustworthy-21st-century-healthcare-systems_2139da94.html
29. Pan American Health Organization (PAHO). The urgency of investing in health systems in Latin America. Washington (DC): PAHO; 2023. Available from: <https://www.paho.org/en/documents/urgency-investing-health-systems-latin-america>
30. Christie L. The role of social marketing in promoting quality of life through social change. *Journal of Social Marketing.* 2023;13(3):419–433. Available from: <https://www.emerald.com/jsocm/article/13/3/419/449557/The-role-of-social-marketing-in-promoting-quality>
31. Wirtz J, Patterson P, Kunz W, Gruber T, Lu VN, Paluch S, Martins A. Brave new world: service robots in the frontline. *J Serv Manag.* 2018;29(5):907–931. doi:10.1108/JOSM-04-2018-0119. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/JOSM-04-2018-0119/full/html>
32. Moore MH. Recognizing public value. Cambridge (MA): Harvard University Press; 2018.

