

Percepción de la calidad de atención en salud por adultos mayores en Valdivia

Perception of the quality of health care by older adults in valdivia

✍️ Mauro Ernesto Tauda¹

✉️ 1 Universidad Santo Tomás.

✉️ Autor para correspondencia: Mauro Ernesto Tauda email: mauro.tauda@gmail.com

RESUMEN

Objetivo: determinar la percepción de los usuarios adultos mayores sobre la calidad de atención de salud pública en la ciudad de Valdivia, en el período post pandemia. En términos de accesibilidad, trato del personal, tiempos de espera y calidad del servicio recibido tras la pandemia. **Materiales y métodos:** A través de un muestreo no probabilístico de inclusión por conveniencia, se incluyeron 290 adultos mayores de Valdivia, 29 hombres y 261 mujeres. La edad promedio de las mujeres fue de $71,1 \pm 4,9$ años, mientras que la de los hombres fue de $77,8 \pm 6,2$ años. Los participantes provinieron del Cesfam Las Ánimas, Angachilla y Cesfam Externo. Se llevó a cabo una encuesta para evaluar la percepción de los usuarios sobre la calidad de los servicios y su satisfacción. La encuesta constaba de 19 preguntas, cada una con 4 niveles de satisfacción: 1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 De acuerdo, 4 Muy de acuerdo. **Resultados:** Un 58% de los usuarios adultos mayores están muy de acuerdo con la calidad de atención, Un 23% de los usuarios adultos mayores están de acuerdo, un 10% de los usuarios adultos mayores expresan desacuerdo con la calidad de atención y un 9% de los usuarios adultos mayores están muy en desacuerdo con la calidad de atención en el sistema de salud. Un 81% estaban están satisfechos con los servicios expresando niveles altos de acuerdo. Sin embargo, un 19% muestra algún grado de insatisfacción. **Conclusiones:** A partir de los datos obtenidos, se observó que un 58% de los adultos mayores encuestados indicaron estar “Muy de acuerdo” con la calidad de atención de salud, reflejando una percepción mayoritariamente positiva. Sin embargo, un 23% se mostró “De acuerdo”, mientras que un 10% expresó “Desacuerdo” y un 9% “Muy en desacuerdo”, lo que indica la presencia de opiniones divergentes y algunas preocupaciones respecto a la calidad. Palabras clave: Confiabilidad, disposición, protección, comprensión, servicio.

ABSTRACT



Palabras Claves:

Confiabilidad; Disposición;
Protección; Comprensión;
Servicio.

Keywords:

Reliability; Responsiveness;
Safety; Understanding; Service.

Objective: To determine the perception of elderly users regarding the quality of public health care in the city of Valdivia during the post-pandemic period, focusing on accessibility, staff treatment, waiting times, and the quality of services received after the pandemic. Materials and Methods: A non-probabilistic convenience sampling method was employed to include 290 elderly participants from Valdivia, consisting of 29 men and 261 women. The average age of the women was 71.1 ± 4.9 years, while for the men, it was 77.8 ± 6.2 years. Participants were recruited from Cesfam Las Ánimas, Angachilla, and Cesfam Externo. A survey was conducted to evaluate users' perceptions of service quality and their satisfaction. The survey consisted of 19 questions, each with 4 levels of satisfaction: 1 Strongly disagree, 2 Disagree, 3 Agree, 4 Strongly agree. Results: Of the elderly users surveyed, 58% were “Strongly agree” regarding the quality of care, 23% were “Agree,” 10% expressed disagreement, and 9% were “Strongly disagree” with the quality of care in the health system. Overall, 81% expressed satisfaction with the services, indicating high levels of agreement. However, 19% showed some degree of dissatisfaction. Conclusions: Based on the data obtained, 58% of the surveyed elderly indicated they were “Strongly agree” with the quality of health care, reflecting a predominantly positive perception. However, 23% were “Agree,” while 10% expressed “Disagreement” and 9% “Strongly disagree,” indicating divergent opinions and some concerns regarding quality.



Copyright © 2024 Este es un artículo open-access distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License (CC BY). El uso, distribución o reproducción en otros foros esta permitido, siempre que el/los Autor/es y el/los dueño/s de los derechos de autor sean acreditados y que la publicación original sea citada, en concordancia con la práctica académica aceptada. No usar, distribuir o reproducir si no se cumplen con estos términos.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflicto de interés

Financiamiento. Los autores declaran ser funcionarios del Instituto de Salud Pública, no habiendo obtenido remuneración ni compensación económica alguna por la elaboración de este artículo.

INTRODUCCIÓN

La situación de los adultos mayores en Chile refleja una realidad demográfica significativa. Este grupo representa el 18% de la población total del país, lo que equivale a 3.449.362 individuos, y constituye el 17,3% de la población regional, con un total de 63.615 personas. Su presencia es fundamental en la estructura social y económica del país. A medida que la esperanza de vida aumenta, alcanzando actualmente los 80,7 años, se evidencia un progreso en términos de bienestar y desarrollo. Sin embargo, este crecimiento poblacional también presenta desafíos importantes, especialmente en lo que respecta a la atención de la salud y el bienestar económico, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) y el Instituto Nacional de Estadísticas. Los desafíos incluyen la necesidad de mejorar la calidad al acceso a servicios de salud adecuados, garantizar una atención integral que contemple tanto las necesidades físicas como mentales, y asegurar un sistema de pensiones que brinde seguridad económica a este grupo vulnerable. La tercera edad, desde un punto de vista biológico, resulta de la acumulación de diversos daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo. Este proceso lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedades y, en última instancia, a la muerte, según la Organización Mundial de la Salud (OMS). La calidad de la atención en salud se define como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener los resultados de salud deseados y se basan en la evidencia científica, y en el contexto de la atención centrada en el paciente (3). Honey et al. (4) argumentan que la diversidad observada en la vejez, en términos de salud, capacidades funcionales y estilos de vida, no es aleatoria. Esta diversidad se debe en gran medida a los entornos físicos y sociales en los que las personas se desenvuelven. Dichos entornos influyen significativamente en las oportunidades y hábitos relacionados principalmente con la salud de los individuos, afectando así su calidad de vida y bienestar en la tercera edad.

La salud se ha convertido en un tema prioritario tanto en la agenda gubernamental como en la conciencia social. A pesar de los esfuerzos realizados, persisten numerosos desafíos en la cobertura, accesibilidad, disponibilidad y calidad de los servicios de salud destinados a la tercera edad (5). Estos desafíos incluyen la falta de recursos, la escasez de personal capacitado, las largas esperas para la atención, y la disparidad en el acceso a servicios de calidad, especialmente en áreas rurales o marginadas. La Organización Mundial de la Salud (6) ha enfatizado la necesidad de abordar estos problemas de manera integral, proponiendo medidas

que mejoren la calidad de la atención en salud. Sin embargo, la globalización ha tenido un impacto significativo en la cohesión social de muchos países, lo que ha revelado deficiencias en sus sistemas de salud. Este fenómeno ha generado un creciente descontento entre los usuarios, quienes perciben que las autoridades no satisfacen adecuadamente las demandas de salud ni cumplen con las expectativas de la población (6). Por lo tanto, es esencial que se implementen reformas que no solo aborden las deficiencias actuales, sino que también promuevan una atención más equitativa y accesible para la población mayor.

En este contexto, múltiples estudios han evidenciado deficiencias en diversos sistemas de salud, lo que subraya la urgente necesidad de implementar medidas y políticas que garanticen una atención de calidad y equitativa para toda la población (7, 8, 9). Para abordar estas carencias, se han promulgado leyes y normativas, como la Ley 20.984, que establece protocolos y normas de seguridad del paciente y calidad en la atención de salud en Chile (10). La calidad de vida y la salud de la población son elementos fundamentales en este esfuerzo. Mejorar la calidad de vida y la salud requiere un enfoque integral que aborde diversos aspectos, como la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida saludables, la creación de entornos más saludables y el acceso equitativo a servicios de salud de calidad. Además, es crucial fomentar y mantener relaciones sociales saludables en la vejez, ya que el aislamiento y la falta de redes de apoyo representan una nueva amenaza para la calidad de vida de la población mayor (11, 12). La pandemia ha dejado como lección la importancia de considerar las relaciones sociales en la vejez como un pilar esencial para promover un envejecimiento positivo e integral (13). En Chile, la calidad de la atención en salud presenta variaciones significativas dependiendo del sector de la población y del tipo de proveedor de servicios de salud (14).

Tanto el sector público como el privado enfrentan desafíos en términos de equidad y calidad de atención. A pesar de los esfuerzos realizados, persisten barreras para el acceso a la atención, especialmente en las regiones más alejadas y menos desarrolladas del país (15). En la Región de Los Ríos, específicamente en Valdivia, la población de adultos mayores es considerable, lo que subraya su relevancia en la demografía local. Este grupo no solo representa una parte significativa de la población valdiviana, sino que también es fundamental considerar sus necesidades particulares al momento de planificar políticas y servicios públicos (16). La situación de la salud pública en esta región plantea un desafío importante, especialmente durante la pandemia, debido a la vulnerabilidad de los adultos mayores frente al

COVID-19. La calidad de la atención en salud se vuelve crucial para este grupo demográfico, dado su mayor riesgo de complicaciones y su necesidad de cuidados específicos. Garantizar una atención de calidad para los adultos mayores ha sido una prioridad esencial para proteger su salud y bienestar durante y después de la crisis sanitaria (17-20). Uno de los principales retos post pandemia ha sido asegurar el acceso continuo a la atención médica, lo que ha requerido adaptar los servicios de salud mediante alternativas como consultas virtuales y visitas domiciliarias. Estas medidas buscan ofrecer atención sin que los adultos mayores se expongan a riesgos innecesarios. Además, la salud mental y el bienestar emocional de este grupo han cobrado especial relevancia en este contexto (21, 22). La comunicación efectiva también ha sido crucial para mantener la calidad de atención a los adultos mayores post pandemia (23, 24). Es fundamental proporcionar información clara y accesible sobre las medidas de prevención, los síntomas del virus y las pautas de cuidado. A la vez, es necesario asegurar que los adultos mayores puedan acceder a esta información, considerando las barreras tecnológicas y de comunicación, como la falta de acceso a internet o la dificultad para utilizar herramientas digitales (25, 26). La continuidad en la atención médica ha representado un desafío considerable, ya que muchos adultos mayores padecen enfermedades crónicas o condiciones que requieren un seguimiento constante y cuidados específicos (27, 28). En resumen, la calidad de la atención en salud ha sido un desafío persistente durante la pandemia y sigue siéndolo en el periodo post pandemia, debido a la vulnerabilidad y las necesidades particulares de los adultos mayores.

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es determinar la percepción de los usuarios adultos mayores sobre la calidad de atención de salud pública en la ciudad de Valdivia, en el período post pandemia. En términos de accesibilidad, trato del personal, tiempos de espera y calidad del servicio recibido tras la pandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

El diseño de investigación utilizado fue descriptivo de corte transversal, enfocado en el análisis de información cuantitativa. Se empleó un muestreo no probabilístico por conveniencia para la inclusión de los participantes. Población.

La población estudiada estuvo constituida por adultos mayores usuarios del sistema público de salud en la comuna de Valdivia, Chile. Se incluyeron tanto usuarios inscritos en Centros de Salud Familiar (CESFAM) como aquellos que reciben atención en otros niveles del sistema público de salud. Los criterios de inclusión requerían que los participantes fueran adultos mayores

de 65 años o más, asegurando así la representatividad de este grupo etario en la región.

Muestra y recolección de datos.

La muestra estuvo conformada por 290 adultos mayores residentes en Valdivia, de los cuales 29 fueron hombres y 261 mujeres. La edad promedio de las mujeres fue de $71,1 \pm 4,9$ años, mientras que la de los hombres fue de $77,8 \pm 6,2$ años. Los participantes fueron reclutados principalmente en los centros de salud Cesfam Las Ánimas, Angachilla y Cesfam Externo. La convocatoria se realizó a través de invitaciones directas y campañas informativas dentro de los mismos centros de salud, durante un periodo de tres meses (especificar si fuera necesario). La selección de la muestra no siguió un diseño probabilístico, sino que se basó en la accesibilidad y disposición de los usuarios para participar.

Instrumentos de recolección de datos.

Para obtener los datos, se diseñó y utilizó una encuesta estructurada compuesta por 19 preguntas enfocadas en evaluar la percepción de los participantes sobre la calidad de los servicios de salud recibidos. Cada pregunta utilizaba una escala de Likert con cuatro niveles de respuesta: 1. Muy en desacuerdo, 2. En desacuerdo, 3. De acuerdo y 4. Muy de acuerdo. La encuesta se realizó de manera presencial por un equipo de internos de kinesiólogía de la Universidad Santo Tomás, quienes fueron previamente capacitados para la correcta aplicación del instrumento, garantizando la neutralidad y el anonimato de los participantes. El proceso de recolección de datos comenzó con el reclutamiento de los participantes en los CESFAM de Las Ánimas, Angachilla y Cesfam Externo, en Valdivia. Los internos de kinesiólogía contactaron directamente a los adultos mayores en las salas de espera de los centros de salud, explicándoles el propósito del estudio y resolviendo dudas antes de solicitar su participación. Posteriormente, aquellos que aceptaron participar firmaron un consentimiento informado, el cual detallaba el propósito, la confidencialidad de los datos, y la posibilidad de retirarse en cualquier momento sin repercusiones.

Tasa de respuesta y seguimiento.

Para maximizar la tasa de respuesta, se realizaron seguimientos periódicos a aquellos participantes que no pudieron completar la encuesta en el momento inicial, a través de llamadas telefónicas y visitas programadas en los centros de salud. De las 350 encuestas distribuidas, 290 fueron completadas, lo que representa una tasa de respuesta del 82.9%. El número total de encuestas distribuidas y completadas fue registrado, y los datos se almacenaron en una base de datos digital, con acceso restringido a los investigadores principales,

garantizando la confidencialidad y seguridad de la información.

Criterios de exclusión e inclusión.

Para ser elegibles en el estudio, los participantes debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser adultos mayores de 65 años o más, tanto hombres como mujeres, inscritos en un CESFAM (Centro de Salud Familiar) o que recibieran atención en otros niveles del sistema público de salud en Valdivia. Además, era un requisito haber utilizado los servicios de salud en el último año para asegurar que los participantes tuvieran experiencias recientes con el sistema de atención, lo que garantizaría respuestas basadas en experiencias recientes y relevantes. Todos los participantes debían firmar un consentimiento informado previamente a su participación, asegurando que comprendían el propósito y el procedimiento del estudio, así como sus derechos.

Criterios de exclusión.

Se excluyeron del estudio a aquellas personas en situación de interdicción, es decir, aquellas que habían sido declaradas judicialmente incapaces de tomar decisiones por sí mismas, dado que no podrían otorgar el consentimiento informado necesario para participar. Además, se excluyó a las personas con enfermedades mentales graves o condiciones cognitivas avanzadas, como demencia severa, que dificultaran la comprensión o la participación en la encuesta de manera adecuada.

Instrumentos de medición.

Para la recopilación de datos, se diseñó una encuesta estructurada de 19 preguntas orientadas a evaluar diversos aspectos clave relacionados con la experiencia de los adultos mayores en los diferentes niveles del sistema público de salud, incluyendo los CESFAM (Centros de Salud Familiar) y otros centros de atención secundaria. Las preguntas abordaban múltiples dimensiones de la atención en salud, destacando específicamente:

Accesibilidad a los servicios: Evaluando la facilidad para obtener citas, la proximidad del centro de salud y la adecuación de los horarios de atención. **Calidad de la atención médica:** Enfocándose en la percepción de los participantes sobre la competencia profesional del personal médico y la eficacia del tratamiento recibido.

Trato y respeto del personal de salud: Valorando el nivel de cortesía, respeto y amabilidad en el trato por parte de médicos, enfermeras y otros trabajadores de salud.

Satisfacción con los tiempos de espera: Midiendo el nivel de satisfacción con el tiempo que los pacientes debieron esperar para ser atendidos, tanto en la consulta médica como para acceder a exámenes o tratamientos.

Disponibilidad de medicamentos: Indagando si los

pacientes percibían que los medicamentos prescritos estaban disponibles y si existían problemas de desabastecimiento. **Comunicación entre pacientes y profesionales de salud:** Evaluando si los

pacientes comprendieron las indicaciones médicas, si las explicaciones fueron claras y si sintieron que podían expresar sus preocupaciones. **Atención a las necesidades específicas de los adultos mayores:**

Considerando la percepción de los participantes sobre si el sistema de salud atendió adecuadamente a sus necesidades relacionadas con la edad, como movilidad reducida, tratamiento de enfermedades crónicas y soporte emocional. **Continuidad de la atención médica:** Examinando si los pacientes sentían que recibían un seguimiento adecuado y continuo en su tratamiento, especialmente aquellos con enfermedades crónicas.

El proceso de elaboración de las preguntas se fundamentó en una revisión exhaustiva de la literatura académica y en modelos de encuestas utilizados en estudios previos de satisfacción del paciente, tanto en Chile como a nivel internacional. Se consultaron instrumentos de medición de organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Ministerio de Salud de Chile, adaptando estos modelos a las particularidades del contexto local y a las características de la población de adultos mayores. El diseño final del cuestionario fue validado por un panel de expertos en salud pública, gerontología y metodología de investigación, quienes aportaron correcciones y sugerencias para asegurar que las preguntas fueran comprensibles, culturalmente apropiadas y alineadas con los objetivos del estudio. Cada una de las preguntas se estructuró con una escala Likert de 4 puntos, que permitió a los participantes expresar su nivel de acuerdo o desacuerdo con afirmaciones específicas sobre los servicios de salud recibidos. Las opciones de respuesta fueron las siguientes:

- 1. Muy en desacuerdo**
- 2. En desacuerdo**
- 3. De acuerdo**
- 4. Muy de acuerdo**

Esta escala fue elegida por su simplicidad y su capacidad para captar gradaciones en la satisfacción de los pacientes, lo que facilitó el análisis cuantitativo de los datos. Adicionalmente, se incluyó una pregunta abierta al final de la encuesta, permitiendo a los participantes expresar cualquier otra opinión o sugerencia que no hubiera sido cubierta por las preguntas cerradas. La encuesta fue aplicada de manera presencial por personal capacitado, garantizando el anonimato de los participantes y el cumplimiento de las normativas éticas vigentes. Los encuestadores, principalmente

internos de kinesiología de la Universidad de Santo Tomás, recibieron formación específica sobre cómo abordar a los participantes, explicarles el propósito del estudio, y obtener el consentimiento informado. Los datos recopilados fueron digitalizados y almacenados en una base de datos encriptada para asegurar la confidencialidad y protección de la información.

Medición de la calidad de atención en salud.

La medición de la calidad de atención de mediante encuestas es una práctica válida y efectiva que proporciona información valiosa sobre las experiencias y percepciones de los pacientes. Este enfoque permite identificar áreas de fortaleza y oportunidades de mejora en los servicios de salud, contribuyendo así a la mejora continua de la atención ofrecida. Al recopilar datos directamente de los usuarios, las encuestas facilitan una comprensión integral de la calidad de atención y ayudan a guiar las decisiones administrativas y clínicas, asegurando que las necesidades de los pacientes

se aborden de manera adecuada y oportuna.

Fortalezas de la Encuesta:

Amplia Cobertura de Temas : La encuesta incluye 19 preguntas que abordan diferentes aspectos de la atención en los CESFAM, como la calidad del servicio, el trato del personal, la comunicación y la satisfacción general. Esto permite una evaluación integral de la experiencia del paciente.

Perspectiva del Paciente: Al recopilar datos directamente de los usuarios, se obtiene una visión realista de sus experiencias y percepciones. Esto es crucial para entender cómo los pacientes valoran la atención recibida y qué áreas necesitan mejoras.

Estandarización: La aplicación de un protocolo estandarizado en la encuesta garantiza la uniformidad en la recopilación de datos, lo que minimiza los sesgos y asegura que las respuestas sean comparables. Esta estandarización también permite una interpretación más precisa de los resultados.

Identificación de Oportunidades de Mejora: Al analizar las respuestas, se pueden identificar áreas específicas donde se pueden implementar mejoras. Esto no solo beneficia a los

Tabla 1. Instrumento de medición.

Preguntas	1	2	3	4
1. ¿Considera que recibe una atención de calidad cuando asiste al CESFAM?				
2. ¿Está satisfecho con el tipo de atención que recibe en su CESFAM?				
3. ¿El personal de salud le trata con respeto y amabilidad?				
4. ¿Existe una comunicación clara y efectiva con el personal de salud?				
5. ¿Está conforme con el trato que recibe de los profesionales de la salud?				
6. ¿Se siente satisfecho con las soluciones ofrecidas para sus problemas de salud en el CESFAM?				
7. ¿Cree que sus necesidades relacionadas con su enfermedad son atendidas de manera adecuada?				
8. Para personas con dificultades para moverse, ¿las alternativas ofrecidas por el centro de salud son satisfactorias?				
9. ¿Considera que las personas en estado de dependencia (postradas) reciben una atención adecuada?				
10. En el caso de la atención domiciliaria, ¿está satisfecho con la calidad de la atención recibida en su hogar?				
11. ¿Cree que las estrategias implementadas para evitar la dependencia en personas mayores son adecuadas?				
12. ¿Piensa que las personas con dolencias crónicas están siendo bien atendidas?				
13. ¿Está conforme con los resultados obtenidos tras la atención recibida de los profesionales de salud?				
14. ¿Considera que la atención de salud satisface sus necesidades de manera eficaz?				
15. Si recibe atención domiciliaria, ¿cree que esta satisface adecuadamente sus necesidades de salud?				
16. ¿Siente que la atención de salud le permite mantener o mejorar su autonomía?				
17. ¿Considera que el tiempo dedicado a su atención es suficiente y adecuado?				
18. ¿Cree que los profesionales de salud cuentan con las herramientas necesarias para brindarle una atención de calidad?				
19. ¿Está satisfecho con la educación proporcionada por los profesionales a las personas que cuidan de pacientes en condición de discapacidad?				

Nota: Las opciones de respuesta fueron las siguientes: 1. Muy en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. De acuerdo 4. Muy de acuerdo.

pacientes, sino que también contribuye a la efectividad y eficiencia del sistema de salud.

Facilitación de la Toma de Decisiones: Los resultados obtenidos de la encuesta pueden servir como base para la toma de decisiones administrativas y clínicas, asegurando que las políticas y prácticas de atención se alineen con las necesidades y expectativas de los pacientes.

Fomento de la Responsabilidad y Transparencia: La utilización de encuestas de satisfacción refuerza la responsabilidad de los centros de salud en la calidad de atención, promoviendo una cultura de mejora continua y transparencia en la comunicación con los pacientes.

En resumen, la encuesta no solo mide la calidad de atención de manera cuantitativa, sino que también permite una comprensión profunda de la experiencia del paciente, guiando a los centros de salud hacia la mejora continua y la optimización de los servicios prestados.

Tratamiento de Datos en la Encuesta

El tratamiento de datos es un proceso fundamental para asegurar la calidad y la integridad de la información recopilada en la encuesta. Inicialmente, se realizó una revisión minuciosa de los datos para identificar cualquier entrada inconsistente en las respuestas, como un encuestado que indicaba estar satisfecho con la atención, pero a la vez mencionaba que el personal no lo trataba con respeto. Además, se verificaron errores de formato, asegurándose de que las respuestas cumplieran. Una vez identificados los datos erróneos, se procedió a realizar la corrección o eliminación de estas entradas no válidas. Este proceso incluyó la eliminación de respuestas que no cumplían con las normas establecidas, como encuestas con múltiples selecciones en preguntas de respuesta única, lo que hubiera distorsionado el análisis posterior. Además, se abordaron errores tipográficos, donde se consultaron los registros originales o el contexto de las respuestas para determinar la intención del encuestado. Esta consulta se llevó a cabo para asegurar que las correcciones fueran precisas y reflejaran fielmente las opiniones de los participantes. El tratamiento de los valores faltantes fue otro aspecto crucial del proceso de tratamiento de datos. Se emplearon diversas técnicas de imputación de datos para abordar esta problemática. Por ejemplo, se utilizó interpolación para estimar valores faltantes en preguntas donde las respuestas eran adyacentes y podían inferirse lógicamente. Además, se aplicó la imputación basada en valores vecinos, que permitió utilizar patrones observados en las respuestas de encuestados similares para estimar los datos faltantes. En situaciones donde se indique necesario, se emplearon medidas de tendencia central, como la media o la mediana, para asignar valores a preguntas con respuestas incompletas. Sin embargo, se reconoce que este enfoque podría introducir sesgos; por lo tanto, se realizó una evaluación cuidadosa de cuándo y cómo se imputaron los valores, evitando la imputación en casos donde la falta de respuesta se debía a que la pregunta no era relevante para

el encuestado. Para garantizar la calidad y la confiabilidad de los datos, se llevó a cabo una verificación exhaustiva de la consistencia de los datos limpios. Esto incluye la realización de análisis descriptivos iniciales para identificar cualquier anomalía. Se llevó a cabo una validación cruzada entre preguntas correlacionadas, asegurando que no hubiera contradicciones significativas en las respuestas. Esta validación fue fundamental para confirmar que los datos reflejaban una representación precisa de las percepciones de los encuestados. El manejo de la no respuesta fue tratado de manera exhaustiva para preservar la integridad de los datos y minimizar posibles sesgos en el análisis estadístico. Se calculó la tasa de respuesta como el porcentaje de encuestas completadas respecto al total de encuestas distribuidas, proporcionando una medida clara del compromiso y la participación de los encuestados. Esta tasa no solo ayudó a evaluar la representatividad de los resultados, sino que también brindó una base para considerar la validez del análisis posterior.

A lo largo de todo el proceso de tratamiento de datos, se mantuvieron consideraciones éticas rigurosas. Se aseguró la confidencialidad de las respuestas y la información personal de los encuestados, y se garantizó que todos los participantes comprenderían cómo se utilizarían sus datos mediante un proceso de consentimiento informado. Esta atención a la ética no solo protegió a los encuestados, sino que también fortaleció la credibilidad del estudio. En resumen, el tratamiento de datos fue un proceso riguroso y sistemático que no solo garantizaba la integridad y la confiabilidad de la información recopilada, sino que también permitió identificar áreas de mejora en la calidad de la atención en el CESFAM. Este enfoque detallado y cuidadoso es fundamental para la validez de los análisis y las conclusiones que se derivan de los resultados de la encuesta.

Análisis estadístico.

Resultados por Género : Se presentaron los resultados de la muestra total ($n = 290$) en función del género (Hombres y Mujeres) para cada pregunta (P1 a P19), utilizando una escala de 1 a 4. Análisis Descriptivo : Se realizó un análisis descriptivo de las variables, incluyendo el cálculo de la media, mediana, desviación estándar, varianza, mínimo y máximo para hombres y mujeres. Además, se aplicó la prueba de Shapiro-Wilk para evaluar la normalidad de los datos. Fiabilidad de la Encuesta : Se evaluó la confiabilidad de la encuesta mediante el cálculo del Alfa de Cronbach, determinando el número de elementos en la escala y proporcionando un coeficiente que indica la consistencia interna de la medida. Todos los datos fueron analizados utilizando el software estadístico SPSS, versión 15.0.

RESULTADOS.

El análisis general de resultados Tabla 2 describe el comportamiento de la muestra relacionadas con la

Tabla 2. Resultados hombres y mujeres.

Preguntas	Genero/Items	1	2	3	4
P1	H	1	27	8	124
	M	27	2	105	18
P2	H	8	3	8	120
	M	2	40	92	16
P3	H	8	2	5	21
	M	1	14	88	151
P4	H	8	27	5	134
	M	12	6	88	17
P5	H	1	2	4	150
	M	6	11	64	22
P6	H	2	5	5	17
	M	22	44	95	100
P7	H	3	1	10	15
	M	11	24	104	122
P8	H	2	6	4	17
	M	3	25	18	213
P9	H	1	6	5	17
	M	6	19	20	216
P10	H	0	1	7	21
	M	4	7	22	228
P11	H	2	0	5	22
	M	4	6	39	221
P12	H	1	0	6	22
	M	2	15	49	199
P13	H	1	1	2	25
	M	2	4	48	207
P14	H	1	2	5	21
	M	5	14	47	195
P15	H	0	0	8	23
	M	1	1	39	220
P16	H	0	0	7	22
	M	1	11	29	220
P17	H	1	3	4	21
	M	6	13	42	200
P18	H	1	2	5	21
	M	2	4	46	209
P19	H	0	0	10	19
	M	2	5	55	202

Nota: Respuestas al cuestionario de hombres y mujeres.

percepción de la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes en el CESFAM. La muestra total es de 290 encuestados, con una clara mayoría de mujeres (261) en comparación con hombres (29). Esta disparidad de género puede influir en la interpretación de los resultados, ya que las percepciones de atención en salud pueden variar entre estos grupos.

Resultados por preguntas más relevantes relacionadas con la percepción de la calidad de atención y la satisfacción de los pacientes en el CESFAM.

P1: Atención de calidad: Hombres: 1 (Muy en desacuerdo),

27 (En desacuerdo), 8 (De acuerdo), 124 (Muy de acuerdo). Mujeres: 27 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 105 (De acuerdo), 18 (Muy de acuerdo). Interpretación: La mayoría de los hombres (96%) percibe que recibe una atención de calidad, mientras que una proporción considerable de mujeres (11%) manifiesta insatisfacción. Esto sugiere una posible diferencia en la experiencia de atención según el género.

P2: Satisfacción con la atención: Hombres: 8 (Muy en desacuerdo), 3 (En desacuerdo), 8 (De acuerdo), 120 (Muy de acuerdo). Mujeres: 2 (Muy en desacuerdo), 40 (En desacuerdo), 92 (De acuerdo), 16 (Muy de acuerdo). Interpretación: Una mayoría abrumadora de hombres (90%) está satisfecha con el tipo de atención recibida. Sin embargo, muchas mujeres (15%) están insatisfechas, lo que puede reflejar una discrepancia en las experiencias de atención.

P3: Respeto y amabilidad del personal: Hombres: 8 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 5 (De acuerdo), 21 (Muy de acuerdo). Mujeres: 1 (Muy en desacuerdo), 14 (En desacuerdo), 88 (De acuerdo), 151 (Muy de acuerdo). Interpretación: La percepción del respeto y amabilidad es alta en ambos géneros, pero es notable mayor en mujeres (58% están muy de acuerdo) en comparación con hombres (72%).

P4: Comunicación clara y efectiva: Hombres: 8 (Muy en desacuerdo), 27 (En desacuerdo), 5 (De acuerdo), 134 (Muy de acuerdo). Mujeres: 12 (Muy en desacuerdo), 6 (En desacuerdo), 88 (De acuerdo), 17 (Muy de acuerdo). Interpretación: La mayoría de los hombres considera que la comunicación es clara y efectiva (84%), mientras que las mujeres tienen una percepción menos favorable (34% están muy de acuerdo).

P5: Trato de los profesionales de salud: Hombres: 1 (Muy en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 4 (De acuerdo), 150 (Muy de acuerdo). Mujeres: 6 (Muy en desacuerdo), 11 (En desacuerdo), 64 (De acuerdo), 22 (Muy de acuerdo). Interpretación: Un alto porcentaje de hombres (97%) se siente tratado adecuadamente por los profesionales de salud, en comparación con solo el 23% de mujeres que están muy de acuerdo.

P6: Satisfacción con soluciones a problemas de salud: Hombres: 2 (Muy en desacuerdo), 5 (En desacuerdo), 5 (De acuerdo), 17 (Muy de acuerdo). Mujeres: 22 (Muy en desacuerdo), 44 (En desacuerdo), 95 (De acuerdo), 100 (Muy de acuerdo). Interpretación: Aunque la satisfacción es alta en general, las mujeres parecen más críticas respecto a las soluciones ofrecidas, con un 25% de insatisfechas.

P7: Adecuación en la atención de necesidades: Hombres: 1 (Muy en desacuerdo), 1 (En desacuerdo), 2 (De acuerdo), 25 (Muy de acuerdo). Mujeres: 2 (Muy en desacuerdo), 4 (En desacuerdo), 48 (De acuerdo), 207 (Muy de acuerdo). Interpretación: Las mujeres (71%) sienten que sus necesidades son atendidas de manera adecuada en comparación con el 43% de los hombres.

Tabla 3. Análisis descriptivo.

Genero	N	Media	Mediana	DE	Varianza	Mínimo	Máximo	Shapiro-Wilk	
								W	p
Mujer	261	76.1	75	4.95	24.5	65	88	0.931	<.001
Hombre	29	77.8	77	6.20	38.4	65	88	0.916	0.024

Nota: Valores según criterio de sexo.

P8: Alternativas para personas con dificultades para moverse: Hombres: 0 (Muy en desacuerdo), 0 (En desacuerdo), 7 (De acuerdo), 22 (Muy de acuerdo). Mujeres: 1 (Muy en desacuerdo), 11 (En desacuerdo), 29 (De acuerdo), 220 (Muy de acuerdo). Interpretación: Las mujeres (76%) están mucho más satisfechas con las alternativas ofrecidas para las personas con dificultades para moverse, lo que puede indicar un enfoque más positivo hacia la atención inclusiva.

Diferencias de Género: Existe una clara discrepancia en la percepción de atención entre hombres y mujeres. Los hombres tienden a calificar atención la recibida de manera más positiva en comparación con las mujeres, quienes muestran niveles significativos de insatisfacción. Áreas de mejora: Las áreas con menor satisfacción, especialmente entre las mujeres, incluyen la satisfacción con soluciones a problemas de salud y la comunicación efectiva. Esto sugiere la necesidad de mejorar la formación del personal en comunicación y de abordar las preocupaciones de las mujeres en relación con la atención que reciben. Este análisis proporciona un panorama claro de la percepción de atención en el CESFAM, resaltando la importancia de la atención de calidad y la comunicación efectiva en la atención sanitaria.

La Tabla 3 presenta un análisis descriptivo de las variables relacionadas con la percepción de la atención en el CESFAM, desglosado por género. Este análisis proporciona información estadística relevante sobre las respuestas de hombres y mujeres en relación con la calidad de atención que reciben. La importancia del análisis por género en el contexto de la Tabla 3 y la percepción de la atención en el CESFAM (Centro de Salud Familiar) radica en varios aspectos clave: Identificación de diferencias en la percepción: El desglose por género permite identificar diferencias en la percepción de la atención recibida entre hombres y mujeres. Estas diferencias pueden incluir aspectos como: Satisfacción General : Los hombres y las mujeres pueden tener diferentes niveles de satisfacción con respecto a la calidad del servicio, la atención

del personal y los resultados de salud. Por ejemplo, un análisis que muestra que las mujeres son menos satisfechas con el tiempo de espera o la comunicación con el personal de salud puede señalar áreas específicas que requieren atención. Experiencias únicas: Las experiencias de salud y las necesidades pueden variar significativamente entre géneros. Por ejemplo, las mujeres pueden tener necesidades de salud relacionadas con la maternidad o enfermedades específicas, mientras que los hombres pueden estar más preocupados por condiciones como enfermedades cardiovasculares. Identificar estas diferencias permite a los proveedores de salud adaptar sus servicios.

Personalización de la atención: Las diferencias en la percepción pueden guiar a los proveedores de atención médica a adaptar sus servicios a las necesidades específicas de cada género. Por ejemplo, si las mujeres reportan menos satisfacción en ciertos aspectos, se podrían implementar mejoras específicas para abordar esas áreas.

Análisis de la variabilidad: La desviación estándar y la varianza, que indican la dispersión de las respuestas, permiten a los administradores de salud identificar cuán uniforme o diversa es la experiencia de atención en cada grupo. Un mayor grado de variabilidad en las respuestas de un género puede indicar la necesidad de un enfoque más individualizado en la atención.

Investigación y políticas de salud: Los resultados de este análisis pueden influir en la investigación y en la formulación de políticas de salud. La comprensión de cómo las percepciones varían por género puede ser fundamental para desarrollar programas de atención más inclusivos y equitativos.

Promoción de la equidad en salud: Analizar las percepciones por género es crucial para promover la equidad en salud. Si se observan diferencias significativas, esto puede señalar la necesidad de asegurar que tanto hombres como mujeres reciban la misma calidad de atención y que sus preocupaciones específicas sean abordadas adecuadamente.

Evaluación de resultados de atención: La comparación por género permite a los centros de salud evaluar el impacto de sus servicios en diferentes poblaciones. Esto no solo mejora la calidad de atención, sino que también puede aumentar la confianza del público en los servicios ofrecidos.

Mejora de la comunicación y la relación paciente-profesional: Comprender las diferencias en percepción

Tabla 4. Analisis de la confiabilidad.

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,979	290

Nota: Rango de Valores del Alfa de Cronbach: > 0,90 : Excelente consistencia interna. 0,80 - 0,90 : Buena consistencia interna. 0,70 - 0,80: Aceptable 0,60 - 0,70 : Cuestionable < 0,60 : Inaceptable.

puede llevar a una mejora en la comunicación entre los profesionales de salud y los pacientes. Esto es esencial para fomentar una relación de confianza y colaboración, lo que puede resultar en una atención más efectiva y satisfactoria. La importancia de analizar la percepción de la atención en el CESFAM por género se manifiesta en la capacidad de detectar diferencias significativas, personalizar la atención y promover la equidad en salud. Esto no solo mejora la experiencia del paciente, sino que también contribuye a un sistema de salud más eficiente y sensible a las necesidades de la comunidad.

El análisis de la confiabilidad de la escala utilizada, reflejado en el valor del Alfa de Cronbach, arroja un resultado de 0,979. Este valor es indicativo de una alta confiabilidad, lo que sugiere que la escala es capaz de medir de manera consistente los constructos que pretenden evaluar. Un coeficiente de Cronbach cercano a 1 indica una fuerte relación entre los elementos de la escalada, lo que refuerza la idea de que estos elementos están interrelacionados y miden un mismo fenómeno.

La muestra utilizada en el análisis es de 290 participantes. Este número no solo refleja la diversidad de la población evaluada, sino que también amplía la capacidad de evaluar la consistencia interna de la medición. Cuantos más elementos contengan la escalada, mayor será la posibilidad de obtener una imagen precisa y coherente de los aspectos que se están midiendo. La alta confiabilidad del Alfa de Cronbach, que es de 0,979, valida la escala utilizada y proporciona confianza en la interpretación de los datos recogidos. Esta robustez es crucial para la investigación y para la aplicación de resultados en contextos prácticos, asegurando que las decisiones basadas en estos datos sean fundamentadas y efectivas.

La figura 1 describe en % las respuestas de la muestra a través del cuestionario aplicado de 19 preguntas, los resultados en porcentaje ofrecen una visión valiosa sobre las

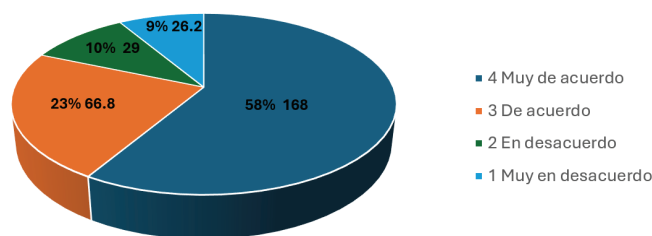


Figura 1. Datos generales que representan las respuestas de la muestra (n=290).

opiniones de los adultos mayores respecto a la calidad de la atención de salud recibida en el CESFAM. De acuerdo con los datos obtenidos, un 58% de los encuestados manifestó estar “Muy de acuerdo” con la calidad de atención, lo que sugiere que una mayoría significativa percibe la atención como adecuada y satisfactoria. Este porcentaje alto no solo refleja una percepción mayoritariamente positiva, sino que también puede ser indicativo de un sistema de atención de

salud que cumple, en gran medida, con las expectativas de sus usuarios.

Sin embargo, es fundamental prestar atención a los porcentajes que indican disconformidad. Un 23% de los encuestados se mostró “De acuerdo”, lo que implica que, aunque no están completamente satisfechos, reconocen ciertos aspectos positivos de la atención. Por otro lado, un 10% expresó “Desacuerdo” y un 9% “Muy en desacuerdo”. Estos datos revelan que existe una proporción considerable de adultos mayores que no se sienten plenamente satisfechos con la atención que reciben. Esta disconformidad puede surgir por diversas razones, como la falta de tiempo en las consultas, una comunicación ineficaz con el personal de salud, o la percepción de que sus necesidades no están siendo atendidas adecuadamente. La importancia de estos porcentajes radica en que no solo reflejan la percepción de la calidad de atención, sino que también son un indicador crucial de la experiencia del paciente. Comprender estas opiniones puede ayudar a identificar áreas específicas que requieren mejoras, lo cual es esencial para garantizar que el CESFAM satisfaga adecuadamente las necesidades de la población que atiende. Además, los resultados destacan la necesidad de implementar estrategias para abordar las inquietudes de los usuarios insatisfechos. Un enfoque proactivo en la atención al paciente podría incluir la capacitación del personal en comunicación y empatía, así como la evaluación de los procesos actuales de atención para asegurar que sean efectivos y centrados en el paciente. Al hacerlo, se puede mejorar la calidad de la atención y, en consecuencia, la satisfacción del paciente. En resumen, el análisis de las tendencias de opinión sobre la calidad de atención en el CESFAM revela no solo una percepción mayoritariamente positiva entre los adultos mayores, sino también la existencia de preocupaciones significativas que deben ser atendidas. Esto subraya la importancia de utilizar estos datos como un punto de partida para la mejora continua en la atención de salud, promoviendo así un sistema de salud más eficiente y sensible a las necesidades de la comunidad.

DISCUSIÓN

La calidad de la atención de salud para adultos mayores es un tema de creciente relevancia no solo en Chile, sino a nivel mundial. El aumento en la esperanza de vida, que ha alcanzado los 80,7 años en muchos países, refleja un progreso significativo en términos de salud pública y bienestar social. Sin embargo, este aumento también plantea importantes desafíos para los sistemas de salud, que deben adaptarse a las necesidades específicas de una población que la envejece (31). En el contexto global, se reconoce que la atención a los adultos mayores debe ser integral y centrada en el paciente. Las condiciones crónicas, la multimorbilidad y los cambios en la salud mental son comunes en esta etapa de la vida, lo que requiere un enfoque multidisciplinario que incluya no solo atención médica, sino también apoyo social y psicológico (32). A medida que los adultos mayores se convierten en

una parte cada vez más significativa de la población, es fundamental garantizar que reciban servicios de salud de alta calidad que aborden sus necesidades únicas (33). Ante estos desafíos, la garantía de una atención de calidad se ha vuelto fundamental. En respuesta a la pandemia de COVID-19 y la creciente demanda de servicios accesibles, ha sido necesario adaptar los sistemas de salud implementando alternativas como consultas médicas virtuales y visitas domiciliarias (34). Este enfoque no solo busca mejorar la accesibilidad, sino también responder a las necesidades particulares de una población que, debido a su edad, puede enfrentar dificultades de movilidad, aislamiento social y otras barreras para acceder a los servicios de salud (35). La atención de calidad para los adultos mayores debe ser una prioridad en la agenda de salud pública mundial. Es fundamental que los sistemas de salud continúen evolucionando y adaptándose para ofrecer cuidados integrales que respeten la dignidad y la individualidad de esta población (36). Un enfoque centrado en el paciente, que combina innovación en la prestación de servicios con un enfoque humanizado, contribuirá a mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y fortalecerá la cohesión social en nuestras comunidades (OMS) (37).

Actualmente, existe una creciente preocupación a nivel global sobre la atención de los adultos mayores, especialmente en relación con la necesidad de implementar enfoques más centrados en el paciente. Estos enfoques buscan integrar innovaciones tecnológicas y, al mismo tiempo, respetar la dignidad y autonomía de los mayores como pilares fundamentales para mejorar su calidad de vida y optimizar los sistemas de salud (38). El estudio de Beard et al. (39) examina los principios del Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la OMS, subrayando la importancia de enfoques integrales que permitan a las personas mayores vivir de manera autónoma y saludable.

Los autores destacan que los sistemas de salud deben ser más flexibles, con un enfoque centrado en la persona que no solo aborde las enfermedades físicas, sino también las necesidades sociales y emocionales de los adultos mayores. Esto implica la promoción de políticas que fomenten el envejecimiento saludable a través de la prevención, la rehabilitación y la atención a largo plazo, todo lo cual resulta esencial para garantizar una vida digna a medida que envejece la población. Siguiendo esta misma línea, Bettio y Verashchagina (40) examinan cómo los países europeos han comenzado a implementar políticas destinadas a mejorar la atención a largo plazo para los ancianos. Estos autores resaltan que, con el rápido envejecimiento de la población, la demanda de estos servicios aumentará considerablemente. Para enfrentar este reto, los sistemas de salud deben adaptarse para proporcionar cuidados de calidad que respeten tanto la autonomía como la dignidad de los adultos mayores.

Además, el estudio enfatiza la relevancia de promover tanto el cuidado en el hogar como los servicios comunitarios, que

permiten a los mayores envejecer en sus propios entornos, favoreciendo así su bienestar físico, mental y emocional. Ambos estudios coinciden en la necesidad de que los sistemas de salud evolucionen para satisfacer las demandas de una población envejecida, mediante un enfoque humanizado y centrado en la persona, con políticas que respeten la individualidad y fortalezcan las redes de apoyo familiar y comunitario.

El informe de la Organización Mundial de la Salud (41) sobre la Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 establece una estrategia global para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores durante la próxima década. El documento identifica cuatro áreas clave de acción: el cambio de actitudes hacia el envejecimiento, la creación de comunidades amigables para los mayores, la adaptación de los sistemas de salud a las necesidades específicas de esta población y la mejora de los cuidados a largo plazo. Un elemento central del informe es la promoción de un enfoque humanizado y centrado en la persona, que garantice que los servicios de salud respeten la dignidad y autonomía de los adultos mayores. Este enfoque no solo es necesario para mejorar la calidad de vida de los ancianos, sino también para fortalecer la cohesión social y comunitaria. En la misma línea, el estudio de Tavares et al. (42) profundiza en la innovación en la atención geriátrica centrada en la persona, destacando la importancia de combinar tecnología con un enfoque humanizado.

Los autores argumentan que los sistemas de salud deben ofrecer cuidados individualizados que respondan a las necesidades médicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores. En este sentido, resaltan el valor de integrar tecnologías de salud digital, como el monitoreo remoto, para mejorar la atención. Sin embargo, enfatizan que esta innovación tecnológica no debe comprometer la calidad del contacto humano ni el respeto por la dignidad de los pacientes, subrayando la necesidad de que el uso de la tecnología se complemente con una atención personalizada y empática. Ambos enfoques, el de la OMS (41) y el de Tavares et al. (42), subrayan que la atención a los adultos mayores debe centrarse en la persona y su contexto, combinando innovación y tecnología con un cuidado humanizado.

Esto no solo garantizará una atención más eficiente y adaptada a las necesidades de los mayores, sino que también preservará su dignidad y autonomía, elementos esenciales para un envejecimiento saludable y respetuoso. El estudio de Rodríguez-Mañas et al. (43) destaca la relevancia de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) para los adultos mayores, especialmente aquellos que presentan comorbilidades o fragilidad. Los autores subrayan que los servicios de salud no deben limitarse únicamente al tratamiento de enfermedades, sino que deben enfocarse en mantener la capacidad funcional y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Proponen que la AICP se implemente mediante estrategias que involucren activamente a los

cuidadores y las comunidades, con el objetivo de crear una red de apoyo más sólida para esta población vulnerable. Esto es clave para asegurar que los adultos mayores reciban una atención que respete su autonomía y necesidades particulares, promoviendo un envejecimiento saludable y digno.

Por otro lado, Lloyd-Sherlock et al. (44) analizan las desigualdades en el acceso a la atención de salud para los adultos mayores en países de ingresos bajos y medios, donde los sistemas de salud enfrentan enormes desafíos para adaptarse al envejecimiento de la población. El estudio destaca que las comunidades rurales y marginadas son las más afectadas por la falta de acceso a servicios de calidad. Los autores argumentan que las políticas de salud deben centrarse en la equidad y accesibilidad, garantizando que los adultos mayores tengan acceso a cuidados que respeten su dignidad e individualidad, sin importar su situación socioeconómica o geográfica.

Ambos estudios coinciden en la necesidad de un enfoque más amplio y humanizado en la atención de los adultos mayores, que no solo trate las enfermedades, sino que también promueva la autonomía y el bienestar integral de esta población. Mientras que Rodríguez-Mañas et al. (43) abogan por un modelo de atención que incluya a cuidadores y comunidades, Lloyd-Sherlock et al. (44) subrayan la importancia de reducir las desigualdades en el acceso a servicios de calidad, especialmente en contextos más vulnerables. Estos enfoques, centrados en la persona y en la equidad, son esenciales para enfrentar los desafíos del envejecimiento poblacional a nivel global. La percepción de la calidad de atención en salud entre los adultos mayores es un tema crucial en la evaluación de los servicios de salud, especialmente en un contexto global de envejecimiento acelerado.

Garantizar una atención de calidad para esta población se ha convertido en una prioridad para los sistemas de salud y los responsables de la formulación de políticas. Diversos estudios han investigado cómo la percepción de los adultos mayores sobre la atención médica impacta su satisfacción y bienestar general, destacando la importancia de un enfoque humanizado y respetuoso (45).

El estudio de van der Heide et al. (46) analiza cómo los adultos mayores que se sienten tratados con dignidad y respeto en los entornos de atención médica reportan mayores niveles de satisfacción y bienestar. Este estudio resalta que la percepción positiva de la calidad de la atención tiene un impacto directo en la salud mental y general de los pacientes. Los autores concluyen que la percepción de trato digno y respetuoso está asociada con mejores resultados en términos de satisfacción y salud, mientras que los pacientes que enfrentan barreras o un trato deficiente tienden a reportar niveles más bajos de bienestar.

De manera similar, Cleary y McNeil (47) investigan la relación entre la percepción de la calidad de atención y la satisfacción

en adultos mayores, destacando que factores como la accesibilidad, el trato recibido por parte del personal de salud, la claridad en la comunicación y la adecuación de los tratamientos influyen significativamente en la experiencia del paciente. Este estudio encontró que la satisfacción de los adultos mayores con los servicios de salud no solo está ligada a la atención médica en sí, sino también a la percepción de empatía, respeto y apoyo emocional por parte del personal sanitario.

Otro estudio relevante es el de Hogan et al. (48), que examina cómo la percepción de la calidad de atención puede variar entre diferentes contextos de atención de largo plazo, como los hogares de ancianos y las residencias asistidas. Este trabajo encontró que los adultos mayores en entornos que promueven un enfoque centrado en la persona, con personal capacitado en atención geriátrica y que fomenta la autonomía, tienden a tener una percepción más positiva de la atención recibida. El estudio también sugiere que mejorar la calidad de la atención en estos entornos tiene un impacto significativo en la salud mental y el bienestar de los pacientes. En conjunto, estos estudios subrayan la importancia de garantizar que los servicios de salud para los adultos mayores no solo sean accesibles y efectivos desde una perspectiva técnica, sino que también ofrezcan un trato humanizado que respete la dignidad y las necesidades individuales de esta población. La percepción de la calidad de atención es, por lo tanto, un indicador crucial no solo de la efectividad de los servicios, sino también de la salud y el bienestar general de los adultos mayores (49).

La regulación de la calidad en la atención de salud para adultos mayores es un factor clave para garantizar que los servicios prestados cumplan con estándares adecuados (50). OMS (41) en su informe “Estrategia Global y Plan de Acción sobre Envejecimiento y Salud”, destaca la necesidad de desarrollar sistemas de salud que respondan a las demandas específicas de esta población, promoviendo un enfoque integral y personalizado que aborde tanto las necesidades físicas como las emocionales de los adultos mayores. En Chile, la Superintendencia de Salud desempeña un papel fundamental en la supervisión de la calidad de los servicios médicos, estableciendo estándares que deben cumplir los centros de salud, como los CESFAM (Centros de Salud Familiar), en términos de accesibilidad, trato digno y disponibilidad de recursos. Sin embargo, investigaciones como las de Guzmán et al. (51) han revelado que la implementación de estos estándares puede variar significativamente entre regiones, lo que genera disparidades en la percepción de la calidad de la atención entre los usuarios.

Es esencial que los sistemas de salud implementen mecanismos de retroalimentación continua para evaluar la calidad desde la perspectiva de los adultos mayores, quienes a menudo enfrentan dificultades adicionales, como limitaciones físicas y enfermedades crónicas, que requieren un enfoque diferenciado en la prestación de servicios (52).

Investigaciones como las de Torres et al. (53) enfatizan la importancia de incluir la perspectiva del paciente en las evaluaciones de calidad, lo que permite identificar deficiencias y áreas de mejora en los sistemas de salud.

El enfoque humanizado en la atención, que pone al paciente en el centro del proceso, se convierte en un elemento crucial para mejorar la calidad de la atención (53-58). De acuerdo con Leung et al. (59), un enfoque centrado en el paciente, que respeta las preferencias individuales, fomenta la comunicación clara y promueve la toma de decisiones compartidas, no solo mejora la percepción de la atención, sino que también conduce a resultados de salud más positivos. Para los adultos mayores, esto implica reconocer su autonomía y dignidad, así como adaptar los servicios a sus necesidades físicas, emocionales y sociales. La investigación de Harrington et al. (60) sugiere que los adultos mayores valoran especialmente el trato personalizado y la continuidad en la relación con los profesionales de la salud, lo que genera confianza y mejora la satisfacción con los servicios.

A pesar de los avances en la atención de los adultos mayores, persisten desafíos significativos. Uno de los mayores retos es la equidad en el acceso a los servicios de salud. Según Arbaje et al. (61), las poblaciones más vulnerables, incluidas las personas mayores de bajos ingresos o que viven en áreas rurales, a menudo enfrentan mayores barreras para acceder a una atención de calidad. Estas disparidades deben ser abordadas mediante políticas públicas que promuevan la distribución equitativa de los recursos y el acceso universal a los servicios de salud (62-73). Además, la formación y capacitación continua de los profesionales de la salud es fundamental para mejorar la calidad de la atención. Marshall et al. (74) destacan la necesidad de que los profesionales médicos estén capacitados no solo en el manejo técnico de las enfermedades geriátricas, sino también en la comunicación efectiva y el trato humanizado, elementos esenciales para la atención de los adultos mayores.

En conclusión, la regulación y control de la calidad en la atención de salud para adultos mayores son cruciales para garantizar que esta población reciba una atención digna, accesible y centrada en sus necesidades. Las políticas de salud deben continuar evolucionando para abordar las disparidades existentes y asegurar una atención de calidad que respete la dignidad de los adultos mayores. Futuros estudios deben seguir explorando las experiencias de esta población en diferentes contextos para identificar áreas de mejora y promover un enfoque más inclusivo y equitativo.

POTENCIAL PRESENCIA DE CONFLICTOS DE INTERÉS.

El presente trabajo declara no tener conflictos de intereses.

FINANCIACIÓN.

Departamento de kinesiología Universidad Santo Tomás

Valdivia.

AGRADECIMIENTOS.

Dedicado a todos aquellos colegas docentes que han sido parte importante en mi formación profesional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Ministerio de Desarrollo Social y Familia, Gobierno de Chile. Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN) 2022. Santiago: Ministerio de Desarrollo Social y Familia; 2022. <https://www.senama.gob.cl/pub-envejecimiento-vejez>
2. Instituto Nacional de Estadísticas. (2024). Proyecciones de Población. Recuperado de <https://www.inec.cl/estadisticas/sociales/demografia-y-vitales/proyecciones-de-poblacion>
3. Organización Mundial de la Salud. (2022). Envejecimiento y salud. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Honey-Roses, J., Anguelovski, I., Bohigas, J., Chireh, V., Daher, C., Konijnendijk, C., ... & Oscilowicz, E. (2020). The impact of COVID-19 on public space: a review of the emerging questions. <https://doi.org/10.31219/osf.io/rf7xa>
5. Biblioteca del Congreso Nacional. (2015.). Biblioteca del Congreso Nacional. www.bcn.cl/leychile. Retrieved from 10, 2023, April <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
6. Organización Mundial de la Salud. Bloques Básicos de un Sistema de Salud. [Internet]. Ginebra: OMS; 2010 [citado el día de acceso]. Disponible en: <https://www.paho.org/derechoalaSSR/wp-content/uploads/Documentos/Bloques-Basicos-de-un-Sistema-de-Salud-OMS.pdf>
7. Waibel, S., Vargas, I., Aller, M.-B., Coderch, J., Farré, J., & Vázquez, M. L. (2016). Continuity of clinical management and information across care levels: perceptions of users of different healthcare areas in the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1696-8>
8. Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2018). The patient perspective in health care networks. *BMC Medical Ethics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0298-x>
9. Waibel, S., Vargas, I., Coderch, J., & Vázquez, M.-L. (2018). Relational continuity with primary and secondary care doctors: a qualitative study of perceptions of users of the Catalan national health system. *BMC Health Services Research*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3042-9>
10. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Ley 20.984, sobre protocolos y normas de seguridad del paciente y calidad en la atención de salud en Chile. [Internet]. Santiago: BCN; 2017 [citado el día de acceso]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1039348>
11. Puts, M. T. E., Toubasi, S., Andrew, M. K., Ashe, M. C., Ploeg, J., Atkinson, E., & Mcgilton, K. (2017). Interventions to prevent or reduce the level of frailty in community-dwelling older adults: a scoping review of the literature and international policies. *Age and Ageing*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw24>
12. Antonucci, T. C., Ajrouch, K. J., & Birditt, K. S. (2014). The convoy model: explaining social relations from a multidisciplinary

- perspective. *The Gerontologist*, 54(1), 82–92. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt118>
13. Brito-Placencia, D., Burattini-Fredes, N., Martínez-Santana, D., Sánchez-Montecinos, S., Farías-Cancino, A., Contreras-Galvez, A., Sandoval-Zavala, M., Caffé, S., & Abakouk, Z. (2023). Experiencias de participación en salud de adolescentes y jóvenes en tiempos de la pandemia de COVID-19 en Chile [Adolescents' and young people's experiences of health participation during the COVID-19 pandemic in Chile]. *Experiências de participação de adolescentes e jovens na saúde em tempos de pandemia de COVID-19 no Chile*. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 47, e27. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.27>
14. Bautista Rodríguez, L. M. (2016). La calidad en salud un concepto histórico vigente. *Revista Ciencia y Cuidado*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.22463/17949831.731>
15. Cho, M., & Levin, R. (2022). Implementation of the plan of action for human resources for health and the COVID-19 pandemic response. *Implementação do plano de ação sobre recursos humanos para a saúde e a resposta à pandemia de COVID-19*. *Revista panamericana de salud pública. Pan American Journal of Public Health*, 46. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.52>
16. DIPRES. (2021). Monitoreo y Seguimiento Oferta Pública 2021. Envejecimiento Activo. Ministerio de Hacienda y Ministerio de Desarrollo Social y Familia; https://www.dipres.gob.cl/597/articulos-275907_doc_pdf.pdf
17. Paula, W. K. A. S. de, Samico, I. C., Caminha, M. de F. C., Filho, M. B., & Silva, S. L. da. (2016). Primary health care assessment from the users' perspectives: a systematic review. *Revista Da Escola de Enfermagem Da U S P*, 50(2), 335–345. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342016000200021>
18. Estabrooks, P. A., Brownson, R. C., & Pronk, N. P. (2018). Dissemination and implementation science for public health professionals: An overview and call to action. *Preventing Chronic Disease*, 15(180525), E162. <https://doi.org/10.5888/pcd15.180525>
19. Gallegos-Carrillo, K., García-Peña, C., Durán-Muñoz, C., Reyes, H., & Durán-Arenas, L. (2006). Autopercepción del estado de salud: una aproximación al los ancianos en México. *Revista de Saude Publica*, 40(5), 792–801. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000600008>
20. Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA). Impacto de la pandemia de COVID-19 en las personas mayores. Disponible en: https://www.senama.gob.cl/storage/docs/PANDEMIA_PERSONAS_MAYORES_2021.pdf
21. Tomblin Murphy, G., Puertas, E. B., Rigby, J., & Gladbach, K. (2023). Addressing the move toward universal health in the Caribbean through strengthening the health workforce. *Revista Panamericana de Salud Publica [Pan American Journal of Public Health]*, 47, e6. [doi:10.26633/RPSP.2023](https://doi.org/10.26633/RPSP.2023).
22. Hassell, T. A., Hutton, M. T., & Barnett, D. B. (2021). Civil society promoting government accountability for health equity in the Caribbean: The Healthy Caribbean Coalition. *Promoção, pela sociedade civil, da responsabilização do governo pela equidade em saúde no Caribe: a Coalizão do Caribe Saudável*. *Revista panamericana de salud pública. Pan American Journal of Public Health*, 45. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.10>
23. Sena, A. G. N., Schutt-Aine, J., Arenas, J., & Akaba, S. (2023). Milestones on the road to health equity at the Pan American Health Organization. *Momentos-chave no caminho rumo à equidade em saúde na Organização Pan-Americana da Saúde*. *Revista panamericana de salud pública. Pan American Journal of Public Health*, 47. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.42>
24. Pardo, C. (2019). Health care reform, adverse selection and health insurance choice. *Journal of Health Economics*, 67(102221), 102221. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2019.07.001>
25. Coss-Mandiola, J., Vanegas-López, J., Rojas, A., Carrasco, R., Dubo, P., & Campillay-Campillay, M. (2022). Characterization of communes with quality accredited primary healthcare centers in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9189. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159189>
26. Morton, S., Pencheon, D., & Squires, N. (2017). Sustainable Development Goals (SDGs), and their implementation. *British Medical Bulletin*, 1–10. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldx031>
27. Centro de Estudios de Conflicto y Cohesión Social (COES). Cohesión Social y Migración. Disponible en: <https://coes.cl/publicaciones/n1-elsoc-cohesion-social-y-migracion>
28. Herrera, S. (2023). Indicadores de cuidado de enfermería hospitalario orientados por modelo de práctica profesional. *Revista Ciencia y Cuidado*, 20(1), 94–104. <https://doi.org/10.22463/17949831.35236>
29. Bravo, P., Dois, A., Martínez, A., González-Aguero, M., Soto, G., Rioseco, A., Campos, S., Bustamante, C., Vargas, I., & Stacey, D. (2022). Advancing towards the implementation of patient-centred care in Chile: An opportunity to effectively practice shared decision-making. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 171, 30–35. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2022.04.022>
30. Bravo, P., Dois, A., Contreras, A., Soto, G., & Mora, I. (2018). Participación de los usuarios en las decisiones clínicas en la atención primaria de salud en Chile. *Revista panamericana de salud pública*, 42. <https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.133>
31. Departamento de Estadísticas en Salud, Ministerio de Salud. Base de Establecimientos Chile. Catastro Departamento de Estadísticas e Información en Salud. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 2017. [Acceso el 2 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.deis.cl>
32. Urzúa, M., & Chaqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61–71. <https://doi.org/10.4067/s0718-48082012000100006>
33. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance 1999-2013*. Disponible en: <https://www.oecd.org/social/health-at-a-glance-19991312.htm>.
34. Pezoa, G., M., & Superintendencia de salud (2013). Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf
35. Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 12–24. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
36. *Revista Médica de Chile*. (2010). *Rev. méd. Chile*, 138(3), 358–365. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>
37. World Health Organization. *Decade of Healthy Ageing 2021-2030*:

- Plan of Action. WHO Report. 2021. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
38. Navarrete-Navarro, S., Gómez-Delgado, A., Riebeling-Navarro, C., López-García, G. A., & Nava-Zavala, A. (2013). Research on quality of health care from the Mexican Social Security Institute: A bibliometric study. *Salud Pública de México*, 55, 564-571. <https://doi.org/10.21149/spm.v55i6.6763>
39. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, et al. The World Report on Ageing and Health: A policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145-54. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
40. Bettio F, Verashchagina A. Long-term care for the elderly: Provisions and providers in 33 European countries. European Commission Report. 2019. DOI: <https://doi.org/10.2777/13520>
41. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2021-2030: Plan of Action. WHO Report. 2021. Available from: <https://www.who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
42. Tavares NU, Luiza VL, Oliveira MA, et al. Innovative approaches to person-centered geriatric care: Balancing technology and human touch. *Int J Geriatr Care*. 2020;36(2):245-60. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.gercare.2020.04.003>
43. Rodríguez-Mañás L, Fried LP, Rockwood K. Frailty in the older adult: A multisystem risk factor for serious adverse health outcomes. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(8):836-46. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2013.04.018>
44. Lloyd-Sherlock P, Ebrahim S, McKee M, Prince M. Health care systems and the challenge of ageing populations in low-income and middle-income countries: A review. *Lancet*. 2017;385(9963):1509-19. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61591-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61591-6)
45. Cho, M., & Levin, R. (2022). Implementación del plan de acción de recursos humanos en salud y la respuesta a la pandemia por la COVID-19 [Implementation of the plan of action for human resources for health and the COVID-19 pandemic response]. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 46, e52. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.52>
46. Van der Heide, I., Francke, A. L., & van der Wees, P. J. (2019). The relationship between dignity, respect, and the quality of care in older people. *BMC Geriatrics*, 19(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12877-019-0935-4>
47. Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 2018;25(1):25-36. DOI: <https://doi.org/10.5032/inquiry.mcn.2018.0225>
48. Hogan DB, Maxwell CJ, Afilalo M, et al. Models, definitions, and outcomes of person-centered care in nursing homes: A review. *Can Geriatr J*. 2020;23(3):219-229. DOI: <https://doi.org/10.5770/cgj.23.449>
49. Heanoy, E. Z., Nadler, E. H., Lorrain, D., & Brown, N. R. (2021). Exploring People's Reaction and Perceived Issues of the COVID-19 Pandemic at Its Onset. *International journal of environmental research and public health*, 18(20), 10796. <https://doi.org/10.3390/ijerph182010796>
50. Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Publica*. 2004;30(1):17-36. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21430104>.
51. Guzmán G, Carrasco E, Medina J. Regional disparities in health services for the elderly in Chile. *Int J Geriatr Care*. 2020;39(4):329-335.
52. Severino, R., Espinoza, M. & Cabieses, B. Calidad de vida relacionada con la salud según ingreso de los hogares en Chile: un análisis de descomposición del índice de concentración. *Int J Equity Health* 21, 176 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01770-w>
53. Torres R, Martínez F, Rivera A. Patient-centered quality assessment in geriatric care: A qualitative study. *J Aging Health*. 2021;33(1):45-58.
54. Grantham-McGregor, S., Cheung, Y. B., Cueto, S., Glewwe, P., Richter, L., Strupp, B., & International Child Development Steering Group (2007). Developmental potential in the first 5 years for children in developing countries. *Lancet (London, England)*, 369(9555), 60-70. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60032-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60032-4)
55. Vlahov, D., Freudenberg, N., Proietti, F., Ompad, D., Quinn, A., Nandi, V., & Galea, S. (2007). Urban as a determinant of health. *Journal of urban health : bulletin of the New York Academy of Medicine*, 84(3 Suppl), i16-i26. <https://doi.org/10.1007/s11524-007-9169-3>
56. Tello, J. E., Barbazza, E., & Waddell, K. (2020). Review of 128 quality of care mechanisms: A framework and mapping for health system stewards. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 124(1), 12-24. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.11.006>
57. Tembo, D., Hickey, G., Montenegro, C., Chandler, D., Nelson, E., Porter, K., Dikomitis, L., Chambers, M., Chimbari, M., Mumba, N., Beresford, P., Ekiikina, P. O., Musesengwa, R., Staniszewska, S., Coldham, T., & Rennard, U. (2021). Effective engagement and involvement with community stakeholders in the co-production of global health research. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n178. <https://doi.org/10.1136/bmj.n178>
58. Urzúa M, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista Médica de Chile*, 138(3). <https://doi.org/10.4067/s0034-98872010000300017>
59. Leung DY, Leung AY, Chi I. Humanized and patient-centered approaches in elderly care: A review. *Geriatr Gerontol Int*. 2019;19(8):691-699.
60. Harrington C, Olney B, Carrillo H, Kang T. Person-centered care in nursing homes: Implications for quality of care. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(5):457-475.
61. Arbaje AI, Wolff JL, Powe NR, et al. Challenges in accessing quality health care for low-income and rural older adults: A qualitative study. *Health Aff*. 2018;37(12):2076-2084.
62. Raus, K., Mortier, E., & Eeckloo, K. (2018). The patient perspective in health care networks. *BMC Medical Ethics*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-018-0298-x>
63. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Panorama Social de América Latina 2014*. Santiago: Naciones Unidas, 2014. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37626-panorama-social-america-latina-2014>
64. Alves, L. C., & Rodrigues, R. N. (2005). Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panamericana de Salud Publica [Pan American Journal of Public Health]*, 17(5-6). <https://doi.org/10.1590/s1020-49892005000500005>
65. Bitrán, R., Escobar, L., & Gassibe, P. (2010). After Chile's health

reform: increase in coverage and access, decline in hospitalization and death rates. *Health Affairs (Project Hope)*, 29(12), 2161–2170. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2010.0972>

66. Pezoa, G., M., & Superintendencia de salud (2013). Satisfacción y Calidad Percibida en la Atención de Salud Hospitalaria: Ranking de Prestadores Informe Global. Recuperado de http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-9005_recurso_1.pdf

67. Hermitaño, M.T., & Dávila, V., R. (2010). Satisfacción del usuario de los servicios de consulta externa de pediatría del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú, 2007. *Revista Científica de Ciencias de la Salud*, 3(1), 55-61. doi: <https://doi.org/10.17162/rccs.v3i1.154>

68. Forrellat Barrios Mariela. Calidad en los servicios de salud: un reto ineludible. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter* [Internet]. 2014 Jun [citado 2024 Jun 12]; 30(2): 179-183. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So864-02892014000200011&lng=es.

69. Dachs, J. N., Ferrer, M., Florez, C. E., Barros, A. J., Narváez, R., & Valdivia, M. (2002). Inequalities in health in Latin America and the Caribbean: descriptive and exploratory results for self-reported health problems and health care in twelve countries. *Revista panamericana de salud pública = Pan American journal of public health*, 11(5-6), 335–355. <https://doi.org/10.1590/s1020-49892002000500009>

70. Díaz Herrera, C., & Galán Torres, G. (2019). Modernización de centros de salud familiar. Tensión entre gestión, calidad y condiciones estructurales. *Atencion primaria*, 51(6), 390–391. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.019>

71. Coss-Mandiola, J., Vanegas-López, J., Rojas, A., Carrasco, R., Dubo, P., & Campillay-Campillay, M. (2022). Characterization of communes with quality accredited primary healthcare centers in Chile. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(15), 9189. <https://doi.org/10.3390/ijerph19159189>

72. Palma T, Oliva C, Araya C, Fernández V, Lobos C. Calidad del servicio de salud basado en intangibles, en pacientes sin discapacidad y discapacitados, CESFAM Hualqui. [Tesis de pregrado]. Concepción: Universidad de Concepción; 2019. Disponible en: <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/1651>

73. González, G., & Vives, A. (2019). Work Status, Financial Stress, Family Problems, and Gender Differences in the Prevalence of Depression in Chile. *Annals of work exposures and health*, 63(3), 359–370. <https://doi.org/10.1093/annweh/wxy107>

74. Marshall EG, Clarke B, Ploeg J, et al. The importance of geriatric-specific training for health professionals: A review of the literature. *J Geriatr Educ*. 2019;40(3):205-217.

