



**Facultad de Medicina**  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo  
Enfermería

**BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD  
EN SALUD PRIMARIA AUTORREPORTADOS POR ADULTOS MAYORES  
EN PROVINCIA DE MAIPO 2025.**

POR: NATALY RODRÍGUEZ PEÑA  
AGUSTINA TENAILLON PIZARRO  
SOFÍA VILLARROEL CONSTANCIO  
ISADORA SEPÚLVEDA OJEDA.

Tesis presentada a la Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del  
Desarrollo para optar al título profesional de Enfermería.

PROFESOR GUÍA:

Sr. ENRIQUE DÍAZ OLGUÍN

Julio, 2025

SANTIAGO

## Índice

I. Resumen	4
II. Introducción	5
III. Marco teórico	6
a. Problema.	7
b. Relevancia.	7
c. Investigación.	8
1. Adultos mayores y Servicio Nacional del Adulto Mayor.	8
2. Determinantes sociales de salud. (DSS)	9
3. Atención Primaria en Salud	11
4. Accesibilidad y aceptabilidad	12
5. Ruralidad.	14
d. Vacío de conocimiento	14
e. Anexo tabla según modelo de Burns and Grove, capítulo 4	15
IV. Pregunta de investigación	34
V. Objetivos generales	34
VI. Objetivos específicos	34
VII. Metodología	35
a. Tipo y diseño	35
b. Universo de estudio	35
c. Criterios de inclusión	36
d. Criterios de exclusión	36
e. Muestra	36
f. Validez y/o confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	36
g. Estrategia de reclutamiento y selección de participantes	37
h. Variables del estudio.	37
i. Instrumentos de selección de datos	39
j. Plan de análisis	41

k. Limitaciones de estudio y riesgo de sesgos	42
l. Aspectos éticos.	43
m. Anexo encuesta de elaboración propia.	45
n. Anexo consentimiento informado	52
o. Anexo Acta de Aprobación del Comité de Ética	55
p. Anexo validación de encuesta.	57
VIII. Presentación y análisis de datos.	58
a. Información general	59
b. Acceso a la atención	59
c. Trato al usuario.	61
d. Recomendación.	63
e. Expectativas.	63
f. Satisfacción global	64
g. Anexo gráficos	65
h. Anexo tablas resultados	72
IX. Discusión	75
a. Barreras:	75
b. Facilitadores:	75
c. Económico:	76
d. Recursos:	77
e. Trato humano:	77
f. Anexo tablas discusión	79
X. Conclusión	81
XI. Referencias	83

## I. Resumen.

Introducción: La Organización de las Naciones Unidas prevé que para 2025 un 16% de la población mundial será mayor de 65 años. En la Provincia del Maipo, el 8,88% representan la población total de adultos mayores (44.052). Es importante identificar barreras y facilitadores en el acceso a Atención Primaria de Salud (APS) en zonas rurales para reducir inequidades. Objetivo general: Conocer las barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad en APS autorreportadas por adultos mayores que residen en la provincia rural de Maipo en el año 2025. Metodología: Investigación cuantitativa, observacional, descriptiva y transversal con una muestra de 60 adultos mayores residentes en la Provincia de Maipo, utilizando un set de preguntas libres divididas en 5 secciones realizadas por las investigadoras, previamente validadas. Resultados: Barreras identificadas: tecnológicas, comunicacionales, puntualidad de atención, desconfianza, administrativas, incomodidad, económicas, transporte, discriminación. Facilitadores identificados: transporte público, disponibilidad de insumos, tiempo de transporte, transporte mediante familiares, amabilidad y respeto, claridad en la entrega de información, comodidad y limpieza. Discusión: Resaltan las barreras económicas, dando espacio a discusión, especialmente por la existencia de políticas de gratuidad. Se reporta una alta disponibilidad de recursos, pero falta evaluar factores de acceso a ellos, demostrando falencias estructurales. Respecto al trato, destacan buenas valoraciones respecto a derechos frecuentemente vulnerados, aunque también una considerable proporción de personas con experiencias negativas. Conclusión: Se debe profundizar en el acceso a disponibilidad de insumos, analizar barreras económicas, siendo estas mismas las limitaciones del estudio realizado.

**Palabras clave:** adulto mayor, health care, accessibility, primary care, acceptability.

## II. Introducción.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU) menciona que el porcentaje de la población mundial mayor a 65 años se verá en aumento para el año 2050 de un 16%, según este artículo, en ese mismo año el número de adultos mayores será el doble del número de niños menores de 5 años (United Nations, s/f).

En Chile, según el Censo 2017, hasta entonces había 2.003.356 adultos mayores (11,4%) en el país, siendo la Región Metropolitana (RM) donde hay mayoría de personas de 65 años; y un 15% de ellos residen en zonas rurales. (Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 15 abril de 2020). Siendo así, Chile es el segundo país más longevo de las Américas, después de Canadá (Universidad de Chile, 03 de octubre del 2022). En el caso de ser más específicos, en la Provincia del Maipo, el 8,88 representan la población total de adultos mayores (44.052) (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, BCN, 2021).

Según un estudio titulado “Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico sanitario del siglo XXI” realizado en el 2020 por Leiva, A. M., et al., se estima que Chile será el único país latinoamericano que para el 2050 tendrá más de un 30% de su población mayor a 60 años, aproximadamente entre el año 2015 y 2050 el incremento será de un 109,5%, superando el 74,7% proyectado para la población mundial.

Desde una perspectiva de salud pública, para reducir inequidades en una población que puede presentar vulnerabilidad en salud por edad y por el hecho de vivir en zonas rurales, las cuales pueden tener menor accesibilidad de servicios básicos como Atención en Salud Primaria (APS), es relevante conocer las barreras ya sean las distancias, tiempos de desplazamiento (Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, Subdere, 23 de enero del 2015), entre otras cosas fuera de lo físico como podrían ser el poco conocimiento de las redes de asistencia o motivos para consultar, la influencia de la familia en la toma de

decisiones a nivel de la salud y falta de necesidad sentida por las personas (Shidhaye, Rahul, et al., Front. Public Health, 16 de agosto de 2022), además es esencial reconocer los facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad.

La finalidad de realizar esta investigación se basa en: identificación de problemas en una población que puede experimentar vulnerabilidad social (adultos mayores de 60 años) en zonas de menor cobertura de servicios básicos (comunas rurales, específicamente en la Provincia de Maipo), mejora en la calidad de atención y facilidad de acceso, información para la toma de decisiones en relación con las necesidades, contribución al conocimiento de las figuras políticas sobre esta problemática y para futuras investigaciones y planes de acción para reducir brechas.

La información está dividida en introducción, explicada anteriormente con la importancia y relevancia de este informe, para luego seguir con el marco teórico donde se describe la problemática de esta investigación y se hace una revisión de literatura. Se presenta la pregunta de investigación y se termina por la presentación del objetivo general y objetivos específicos.

### **III. Marco teórico.**

En el marco teórico se comenzará con la explicación de por qué el presente estudio es relevante para Chile y para la profesión de Enfermería. Luego de esto se presentarán definiciones de los conceptos clave y una revisión de literatura exhaustiva con datos nacionales e internacionales para identificar el vacío de conocimiento. Esto, con el propósito de crear una investigación observacional descriptiva que abarque las barreras que tienen los adultos mayores para atenderse en salud y cuáles son los facilitadores disponibles.

### **a. Problema.**

Esta investigación tratará sobre accesibilidad y aceptabilidad en APS, en adultos mayores residentes en la Provincia de Maipo, ubicada en el centro sur de la RM, Chile y cuyas comunas son San Bernardo, Calera de Tango, Buin y Paine. Existen muchas barreras cuando se trata de acceder a centros de salud, aunque, también se encuentran facilitadores que mejoran este problema. Aun así, a veces no funcionan estos facilitadores por error práctico. Como se muestra en Subdere, 23 enero 2015 sobre Arica y Parinacota, donde se han esforzado por mejorar las desigualdades de zonas aisladas, sin embargo, se ha reducido levemente. Por esto, es importante investigar las formas en que se puede mejorar esta problemática.

### **b. Relevancia.**

La APS en Chile es primordial para todo el país, al ser el primer recurso al que se recurre, estando este compuesto por consultorios, Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF) y postas rurales (Ministerio de Salud, MINSAL, s/f). Al existir barreras geográficas, de transporte, económicas, entre otras, se ve dificultada la atención en caso de seguimientos de tratamiento sobre patologías base y controles de prevención. Según el estudio de Atención Primaria de la Universidad de Córdoba del 2022, una barrera importante es el deseo y el nivel de proactividad del adulto mayor para revertir su situación, es decir, su motivación. Asimismo, el estudio “Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa” del 2013, menciona que las barreras de accesibilidad son principalmente los costos de medicamentos y consultas médicas, los horarios de atención, las distancias, el transporte y las largas listas de espera.

Es un derecho recibir atención de salud de calidad y un trato digno en su atención en salud según protocolos establecidos declarado en la Ley N°20.584

(Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile, s/f). Una buena atención, según la ONU, s/f, implica eficacia, seguridad y es centrada en las personas, lo que significa brindar una asistencia basada en evidencia, oportuna, íntegra y eficiente.

Esta temática es importante para enfermería, ya que, de acuerdo con los valores inculcados en la profesión, se trata a todos los pacientes como personas y no solo la enfermedad, por lo que se debe tener calidad de atención en todos los centros de salud del país que ayude a esta población que se puede ver vulnerada. Asimismo, los profesionales y técnicos que se encuentran actualmente tratando a la población rural deben mostrar una real preocupación por los pacientes, especialmente aquellos sobre los 60 años ya que son quienes más requieren de atención y educación sobre sus posibles diagnósticos, enfermedades, cuidados y condiciones de vida.

### **c. Investigación.**

#### **1. Adultos mayores y Servicio Nacional del Adulto Mayor.**

El adulto mayor se define por la Ley N°19.828 como toda persona que ha cumplido los 60 años, sin diferencia entre hombres y mujeres. (SENAMA, s/f).

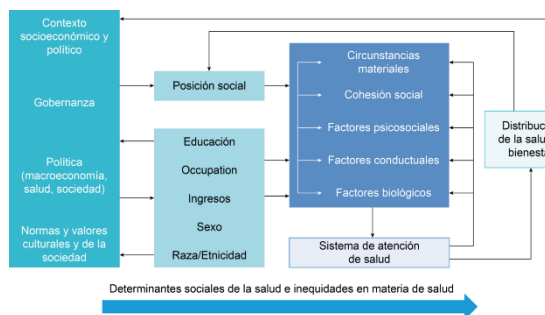
En base a esta misma, se crea el SENAMA en septiembre del 2002, como un servicio público, funcionalmente descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio que se encuentra sometido a una supervisión del presidente de la República a través del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF). Tiene como misión “Promover y contribuir a un envejecimiento digno, activo y saludable mediante implementación de políticas, programas y articulación intersectorial, para fomentar la autonomía, independencia y participación de las personas mayores”. (SENAMA, s/f).

En la Provincia de Maipo, según el Censo 2017, residen 44.052 adultos mayores, representando 8,88% de la población (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017).

## 2. Determinantes sociales de salud (DSS).

Los DSS son los ejes en torno a los cuales se articulan las desigualdades sociales en salud (Ruiz et al., 2022). El *gráfico 1* señala los DSS que afectan la distribución de la salud y el bienestar y el cómo se relacionan unos con otros conceptos. (OMS/OPS, s/f)

*Gráfico 1*



*Marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Rescatado de OMS/OPS.*

Las barreras y facilitadores se definen como aquellos factores que impiden o facilitan, total o parcialmente, el acceso y la aceptabilidad en los centros de salud (León, J. C., 24 marzo del 2015). Estos factores pueden ser de acceso, organizativas, de disponibilidad, aceptabilidad y de tipo geográficas (OPS, s/f). Según un estudio titulado “El envejecimiento de la población chilena y los desafíos para la salud y el bienestar de las personas mayores” en 2020, menciona que según la Encuesta Nacional de Dependencia (EDEAM), la dependencia funcional alcanza un 21,1%, lo que aumenta en beneficiarios del sistema público, personas con menor escolaridad y principalmente en zonas rurales.

En el estudio denominado “How social determinants of health affects diabetes self-management education for seniors” (Camargo-Plazas et al., 2022), en la sección de ruralidad, los individuos entrevistados mencionan que es difícil acceder a servicios tales como centros de salud, consultas y farmacias ya que muchos no poseen modos de transporte, por lo que prefieren no ir. En la discusión de este mismo estudio se hace notar como la ruralidad es un DSS importante en el momento de adherir a tratamientos, ir a controles y consultar por inquietudes ya que, no tienen cómo desplazarse a estos centros.

Desde una perspectiva de DSS, los adultos mayores pueden experimentar diferentes grados de vulnerabilidad social, lo cual puede tener un impacto en sus resultados de salud y acceso a servicios de salud que cumplan con sus necesidades y expectativas.

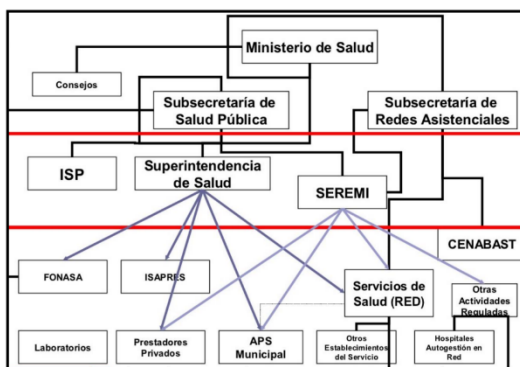
En un trabajo enfocado en la comuna de San Bernardo, se recabó información respecto a los determinantes sociales de la salud identificados tanto por funcionarios de la comuna y la propia comunidad, y se encontraron varios determinantes divididas en 3 categorías principales; siendo ambiente socio-cultural (delincuencia, Violencia intrafamiliar, indigencia y personas en situación de calle, adultos mayores en situación de abandono, tenencia irresponsable de mascotas), físico (Problemas de accesibilidad a centros de salud, Basurales, vertederos y microbasurales, problemáticas con trabajo con EFE, congestión vehicular, falta de vigilancia policial, hacinamiento, falta de infraestructura vial y peatonal, contaminación ambiental) y los estilos de vida (consumo y tráfico de drogas, consumo de alcohol, embarazos múltiples, postrados, obesidad, obesidad infantil, embarazo adolescente, prostitución).

Además, se hace mención respecto a la violencia intrafamiliar (VIF) hacia adultos mayores, siendo el 19,8% refieren haber sido víctimas de VIF, ya sea violencia física leve o grave (3,59% y 3,27% respectivamente) o violencia Psicológica leve

o grave (18,96% y 4,21% respectivamente) (Municipalidad de San Bernardo, 2015).

Los determinantes sociales detectados por la municipalidad de Buin, considerando a la población de la comuna, se detectaron como problemas el consumo problemático de sustancias ilegales vulneración de derechos de menores de edad, falta áreas verdes, luminarias, espacios de encuentro, mantenimiento de calles, y veredas, escaso control de delincuencia y violencia, y descoordinación de las organizaciones presentes en el sector. A nivel de satisfacción, los participantes de la encuesta realizada por la municipalidad mencionan la información limitada del funcionamiento de las farmacias, mencionando la dificultad de desplazamiento además de la escasa información respecto al funcionamiento y prestaciones realizadas en SAPU (Corporación Desarrollo Social Buin, 2021).

### 3. Atención Primaria en Salud.



(Superintendencia de salud, Gobierno de Chile, s/f)

La APS, se define según la OPS y la OMS, s/f, como “Un enfoque de salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objetivo garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo, desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos”.

En Chile, según el MINSAL y el Servicio de Salud Metropolitano Norte, la APS representa el primer nivel de contacto de los individuos, familia y comunidad con el sistema público de salud brindando una atención ambulatoria (Servicio de Salud Metropolitano Norte, s/f).

La población usuaria de FONASA residente en San Bernardo es de un total de 210.422. En el Tramo A hay un 36% de usuarios, en el Tramo B, un 28%, y finalmente hay un 28% en el Tramo C como en el Tramo D.

Respecto a los centros de salud disponibles en la comuna de San Bernardo hay 2 hospitales, 18 centros de Salud Ambulatorios, 0 postas rurales, 7 CESFAM, 3 CECOF y 1 COSAM (Municipalidad de San Bernardo, 2015).

De acuerdo con el Plan de Salud de la municipalidad Buin se ha presenciado un aumento considerable de inscripciones a FONASA, llegando a un número de 87632 usuarios de FONASA en 2021, siendo la mayoría de estos pertenecientes al sector urbano de la comuna. Respecto a los establecimientos de salud disponibles en la comuna, hay 9 CESFAM, 2 CECOSF, 1 SAPU y 4 Hospitales que pertenecen a la red de atención de la municipalidad. (Corporación Desarrollo Social Buin, 2021)

#### **4. Accesibilidad y aceptabilidad.**

Según la OPS y OMS, s/f, el acceso universal a salud y cobertura universal implican que todas las personas y comunidades tengan acceso sin discriminación, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos y de calidad. Requieren de la implementación de políticas y acciones con enfoque multisectorial para abordar los DSS y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar. Más específicamente en Chile, la accesibilidad es definida por La Superintendencia de Salud como la capacidad y posibilidad de las personas de utilizar servicios de salud integrales, adecuados,

oportunos y de calidad cuando sean necesarios, sin barreras de ingreso, económicas, culturales o geográficas.

Alrededor de un 29,3% de la población de los países de las Américas reportaron no buscar atención cuando lo necesitaron debido a múltiples barreras de acceso. Un 17,2% de ellos, atribuyó su decisión a barreras organizativas, 15,1% a barreras financieras, 8,4% a disponibilidad inadecuada de recursos, 8% a barreras de aceptabilidad y 5,4% a barreras geográficas. (OPS, s/f).

A pesar de la conectividad que sirve a la RM y al país, las condiciones de transporte público no son análogas, identificándose problemas en los altos valores, y frecuencia del servicio. (Rojas et al., julio de 2022). Lo que puede ser dificultoso para los habitantes de estas comunas el acceso a APS al tratar sus patologías base y asistir a controles enfocados en estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

Según un estudio realizado por la Facultad de Economía y Negocios (FEN), s/f, de la Universidad de Chile, se encontró que las principales barreras para acceder a sistemas de salud son: desconocimiento de los programas, distancias, falta de disponibilidad de más centros de salud primaria, largos tiempos de espera, costos y la centralización de atención médica en la RM. Posteriormente, los encuestados, definieron una lista de programas que pudieran ofrecer soluciones: invertir en infraestructuras, ampliar las coberturas, aumentar el número de profesionales y mejorar la comunicación médico/paciente, invertir en sistemas informáticos, entre otros.

La aceptabilidad, según la OMS, s/f, se define como el “respeto a la ética médica y a lo que resulta apropiado desde un punto de vista cultural”. Requiere que los establecimientos, bienes, servicios y programas de salud se centren en la persona y den respuesta a las necesidades.

Según la Revista Panamericana de Salud Pública, la aceptabilidad es de las principales barreras en acceso a la atención de salud; las causas son diversas, pero destacan el temor o la vergüenza al atenderse en un servicio de salud, la incompatibilidad cultural entre usuario y equipo de salud, desconfianza en equipo de salud y tratamiento prescrito y por último el estigma social.

De acuerdo con Social Protection Humans Rights en un artículo titulado “Estándares de accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad” del 09 de enero del 2019, menciona como ejemplo de las principales barreras de aceptabilidad: el caso de las dificultades de comunicación respecto a lengua materna en los pueblos indígenas, actitudes patriarcales hacia las mujeres, llevándolas a no ser tratadas con respeto. por lo que se debe prestar especial atención a los grupos que sufren discriminación estructural, para cumplir con las obligaciones de los derechos humanos.

### **5. Ruralidad.**

Con relación a zona de residencia, un 14,8% de la población se encuentra en ruralidad (Rojas et al., septiembre de 2022), la cual se define, según la ONU – Hábitat, 25 de enero del 2021, como zonas constituidas principalmente por áreas con baja densidad de población o deshabitadas.

Durante este informe, se utilizará la definición de la BCN, marzo 2019, la cual refiere zona rural al asentamiento humano con población igual o menor a 1.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes donde más del 50% que declara haber trabajado se dedica a actividades productivas de extracción y obtención de materias primas.

#### **d. Vacío de conocimiento.**

Existen variados estudios sobre las barreras y facilitadores fuera de la RM, como se muestra en el artículo “La participación en organizaciones sociales de personas mayores que viven en zonas rurales del sur de Chile y su efecto sobre

la salud” (Muñoz et al., 2020), se utilizaron como muestra Forrahue, Pucatrihue y Neltume, territorios rurales del sur de Chile. También existe el estudio “Epidemiología del estado de salud periodontal en la VII Región del Maule, Chile” (Giacaman et al., 2016) realizada en la VII Región de Chile. Por esto, se busca estudiar la RM, ya que no existen los suficientes estudios que traten con sus zonas rurales.

Está enfocado además en APS debido a que constituye la base del sistema público chileno, debe ser integral, oportuno, de calidad, resolutivo y culturalmente aceptado por la población. (Pesse K et al., 2019)

Como se muestra en la sección de DSS, las comunas de Buin y San Bernardo, pertenecientes a la Provincia del Maipo, hicieron investigaciones con el propósito de saber cómo se podía mejorar la atención en sus centros de salud, individuos residentes de dichas comunas comunicaron sus opiniones al respecto, basados en sus experiencias personales en los centros de salud. Sin embargo, no se especifica los grupos etarios de quienes participaron en estas investigaciones, y tampoco se encontró un seguimiento a los objetivos que se plantearon en los informes, por lo tanto, no se sabe si estos cambios o mejoras fueron exitosas hasta el presente año 2025.

**e. Anexo tabla según modelo de Burns and Grove, capítulo 4.**

Autor (es) y año	Propósito	Muestra	Mediciones	Tratamiento	Resultados cuantitativos	Resultados cualitativos
Ana Maria Leiva, Claudia Troncos, Maria	Describir el perfil socio demográfico, epidemio	(i) Personas mayores en Chile (> 60 años)	Revisión narrativa generada a partir de buscador	No presenta	Chile es unos los países latinoamericanos que ha	Las PM en Chile viven más, consecuentement

<p>Adela Martinez, Gabriela Nazar, Yenny Concha, Miquel Martorell, Karina Martinez, Fanny Peterman, Igor Cigarroa, Ximena Diaz, Carlos Celis (2020)</p>	<p>lógico y sociocultural de las personas mayores en Chile, identificando programas y políticas públicas orientadas a mejorar su calidad de vida</p>	<p>(ii) Informes y reportes de entidades de salud nacionales e internacionales (iii) Informes y reportes de organismos gubernamentales y de centros de estudios.</p>	<p>es Web of Science, Medline, Scopus, Scielo y Google Scholar y buscadores específicos de los Ministerios de Salud y Desarrollo Social de Chile, bases de datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y Organización Panamericana de la Salud (OPS)</p>		<p>experimentado un acelerado incremento de su población adulta mayor, esperándose que hacia el 2040, sobre 20% de la población supere los 60 años y 6% alcance los 80 años</p>	<p>e, presenta una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, con una gran carga de morbilidad y pérdida de años de vida ajustados por discapacidad. Han aumentado su nivel educacional, están más organizados y activos que generaciones pasadas y presenta una mayor satisfacción con su</p>
---	--	--	---	--	---	---



						<p>vida. La valorización del envejecimiento, suscribiendo acuerdos internacionales y una política integral, con numerosos programas, ha contribuido a reforzar sus capacidades y responder a las necesidades de las PM. Una debilidad de la política es la falta de evaluación de los programas en</p>
--	--	--	--	--	--	--

						<p>términos de resultados sanitarios. La dimensión social de la política, en cuanto a número de programas, ha logrado un mayor desarrollo respecto la dimensión salud. En este sentido, el foco en los próximos años debe estar en acciones más integradas de todos los sectores, centrada</p>
--	--	--	--	--	--	--

						s en un modelo socio-comunitario que ponga el centro en la calidad de vida de las personas mayores.
Manuel Monroy Uarac, Carmen Muñoz Muñoz. (2020)	Describir el contexto histórico cultural de Forrahue, Pucatrihue y Neltume y su influencia en las condiciones de vida de las personas mayores que pertenecen a organizaciones sociales de	18 personas : 3 hombres y 15 mujeres. Integrantes de tres agrupaciones de personas mayores, pertenecientes a las localidades rurales del sur de Chile: Forrahue y Pucatrihue y Neltume.	Entrevistas cualitativas individuales.	No presenta.	No presenta.	Las discusiones con las tres organizaciones sociales participantes evidencian que sus formas de funcionamiento no responden propiamente al modelo de actividad (que data del año 1961), en

	personas mayores.					la medida que la participación social no es una adhesión continua a actividades o actitudes como una sustitución de roles con el objeto de mantener un sentido positivo de sí mismo, de manera antagónica al declive o la desvinculación
Karen Pesse-Sorensen, Alejandro	Analizar, desde la perspectiva del proveído	Ciento nueve profesionales (51% de	Estudio descriptivo o cuantitativo	No presenta.	La mayoría (55,1%) de los profesio	No presenta.

<p>ra Fuentes-García, Juan Illabaca. (2019)</p>	<p>r, la estructura y el funcionamiento de los centros de salud, para determinar el logro de las funciones principales de la APS.</p>	<p>los invitados ) de cuatro Centros de Salud Familiar, dos Centros de Salud Comunitarios y un Centro de Salud Mental Comunitario, respondieron al cuestionario en línea.</p>	<p>realizado en los centros APS de Conchalí, Región Metropolitana. Se envió un mensaje inicial y dos recordatorios posteriores a sus correos electrónicos</p>		<p>ales que contestaron la encuesta trabajaba en APS desde hacía más de cinco años, 77,1% lo hacía en jornada completa y 85,3% recibía su remuneración como sueldo. El 90,8% reportó ser elegible para los estímulos al desempeño por buen trato y por cumplimiento de metas sanitarias. El</p>	
---	---	---	---	--	---	--

					<p>puntaje global obtenido por el sistema APS de Conchalí en el PCAT fue de 3,12 puntos (IC<sub>95</sub>%: 3,06-3,17), el puntaje esencial fue 3,08 (IC<sub>95</sub>%: 3,02-3,13). La valoración más alta corresponde al dominio enfoque familiar que obtuvo un promedio de 3,48 (IC<sub>95</sub>%: 3,39-3,57); cercano al de</p>	
--	--	--	--	--	---	--

					coordinación en sistema de información (3,36; IC <sub>95%</sub> : 3,26-3,45).	
Mario Ociel (2022)	¿Qué tan saludables son estos años de longevidad logrados?	Personas mayores de 60 años que hayan sido parte del Censo 2017	Estudio descriptivo o cuantitativo	No presenta	Cambios del proceso de envejecimiento. Aumento en la población chilena de adultos mayores en comparación con el resto del mundo	No presenta
José Hernández-Ascanio, Luis Ángel Perulade Torres, Manuel	Identificar los principales condicionantes que los profesionales de atención	Desarrollada en 13 centros de atención primaria del Distrito Sanitario	Investigación cualitativa con análisis Sistemático de Teoría Fundamentada y	No presenta.	No presenta.	Persisten imágenes deformadas sobre la soledad/ aislamiento social y el vivir

<p>Rich-Ruiz, Ana María Roldán-Villalobos, Carlos Perulade Torres, Pedro Emilio Ventura Puertos, además de los autores, el equipo de trabajo que ha participado en el proyecto de investigación asociado a este artículo (Grupo colaborativo del estudio ASyS) (2022)</p>	<p>primaria indican a la hora de implementar y desarrollar intervenciones sobre el aislamiento y la soledad.</p>	<p>Córdoba y Guadalupe, abarcando zonas urbanas y rurales. Se identificaron 3 perfiles: medicina de familia/atención comunitaria, enfermería comunitaria y enfermería de gestión de casos. La selección se llevó a cabo entre aquellos que mostraron mayor motivación y compromiso con</p>	<p>Diseño narrativo de tópicos. Muestreo intencional. El trabajo se fundamentó en entrevistas en profundidad individual es, en grupos focales y entrevistas dialógicas.</p>			<p>solo que dificultan su identificación. Los principales determinantes disruptivos en la estructura y organización del sistema de atención tienen que ver con la ausencia de programas de detección, la hegemonía del modelo biomédico y el déficit de recursos. Los principales facilitadores se</p>
---	--	--	---	--	--	--

		una intervención sobre aislamiento/soledad.				vinculan con el rol enfermero, privilegiado para estas intervenciones según los participantes. Es necesario contar con componentes personales, tanto de la persona mayor como de los profesionales.
Macarena Hirmas, Lucy Poffald, Anita María Jasmen, Ximena Aguilera, Iris Delgado y	Determinar si las barreras y los elementos facilitadores de acceso a la atención de salud	Literatura publicada durante el periodo 2000-2010	Revisión sistemática cualitativa de literatura. fuentes internacionales: : Fuente Académica,	No presenta	No presenta	Se identificaron 230 barreras y 35 facilitadores en países con diferentes contextos

<p>Jeanette Vega (2013)</p>	<p>son transversales a distintas poblaciones, países y patologías, e identificar en qué etapas del proceso de acceso a la atención sanitaria se presentan con más frecuencia</p>		<p>Medline en texto completo, Base de datos académica multidisciplinaria en texto completo (Academic Search Complete), PubMed, SciELO y LILACS</p>			<p>s y grados de desarrollo. Las 230 barreras se clasificaron acorde al modelo de Tanahashi: 25 corresponden a la dimensión de disponibilidad, 67 a accesibilidad, 87 a aceptabilidad y 51 a contacto. La mayor proporción de barreras correspondió a la dimensión de aceptabilidad y de accesibilidad</p>
-----------------------------	--	--	--	--	--	--

						dad. Los elementos facilitadores identificados tienen relación con factores personales, relación entre prestadores y usuarios, apoyo social, información sobre la enfermedad y adaptación de los servicios al paciente
Miguel Ruiz Álvarez, Adrián Hugo Aginagalde Llorente, Juan E	Estudiar las aportaciones realizadas en la investigación sobre el	La mayoría de los artículos incluidos fueron estudios transversales	Se realizó una revisión exploratoria de la literatura. Dos revisores	No presenta.	No presenta.	A mayor desventaja social en cualquiera de los DSS se hallaron peores

Del Llano Señarís.	efecto de los DSS en la salud o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021.	(70%) y revisiones (12%).	ciegos realizaron la búsqueda, cribado e inclusión de los artículos			resultados en salud, siendo estos peores cuando se superponían varios ejes de desigualdad
Alicia Nuñez (2019)	Se habla de equidad, cuando se le da a cada persona lo que merece en base a su condición o mérito, e inequidad cuando existen diferencias injustas que podrían evitarse, generando	Usuarios de servicios de salud de regiones II, VIII y región metropolitana	2 encuestas cualitativas	No presenta	Un 34,7% cree que el programa que tiene mayor urgencia y prioridad de ser implementado es el que tiene relación con el aumento del número de médicos y	La principal barrera tiene que ver con el desconocimiento de los distintos programas de salud, distancia que existe para llegar a los servicios de salud; la falta de disponibilidad de consultor

	<p>o un incremento de las desventajas sociales. Provee información valiosa generada por y para la comunidad que sirve para determinar barreras de acceso a la salud, priorizar soluciones y entregar una hoja de ruta que permita mejorar el acceso hacia los servicios de salud del país</p>				<p>especialistas disponibles en el país y mejorar la comunicación médico-paciente. En segundo lugar, un 16,5% de las preferencias se inclina por invertir en nueva infraestructura hospitalaria para facilitar el acceso de los pacientes a la atención y, por último, el 15,7% de los encuestados prefiere</p>	<p>ios rurales, postas, centros de referencia o de salud mental, entre otros; largos tiempos de espera para atención médica; un elevado costo de los servicios; y la centralización de la atención médica en la Región Metropolitana. Lista de programas que pudieran ofrecer una</p>
--	---	--	--	--	---	---

					<p>ampliar la cobertura de los seguros de salud.</p>	<p>solución para superar las barreras identificadas en la primera encuesta . Entre ellos, se encuentra el invertir en nueva infraestructura de salud; ampliar la cobertura de los seguros de salud; aumentar el número de médicos/especialistas disponibles en el país y mejorar la comunicación médico-</p>
--	--	--	--	--	--	--

						paciente; invertir en sistemas informáticos para hacer más fácil y rápida la reserva de horas médicas; mejorar la distribución de los programas de salud; y mejorar la disponibilidad de medicamentos.
Pilar Camargo-Plaza, Madison Robertson, Beatriz Alvarado, Geneviève C Paré, Idevania G Costa, Lenora Duhn	El objetivo de esta revisión de alcance fue mapear la evidencia disponible sobre la	Estudios que involucran a personas mayores con diabetes tipo 1 (T1D) y	marco metodológico de la JBI para revisiones de alcance, y nos adherimos a la lista de verificación de la	No presenta.	No presenta.	Los investigadores definieron la Educación en Autogestión de la Diabetes (DSME) como un compone

(2023)	Educación en Autogestión de la Diabetes (DSME, por sus siglas en inglés) para personas de 65 años y mayores en países occidentales.	tipo 2 (T2D).	Extensión de los Elementos de Informe Preferidos para Revisiones Sistemáticas y Metaanálisis en Revisiones de Alcance (PRISMA-ScR).			nte esencial de la atención centrada en el paciente y un proceso colaborativo utilizado para facilitar el conocimiento necesario, las prácticas de autocuidado, las habilidades de afrontamiento y las actitudes para modificar el comportamiento y prevenir o retrasar con éxito complicaciones.
Miguel Ruiz,	Estudiar las	Estudios transvers	Revisión explorato	No presenta	La informaci	Los resultado

<p>Adrian Aginagalde, Juan del Llano (2022)</p>	<p>aportaciones realizadas en la investigación sobre el efecto de los DSS en la salud o sus factores intermedios en la población española desde el año 2010 hasta 2021</p>	<p>ales (70%) y revisiones (12%)</p>	<p>ria de la literatura</p>		<p>ón extraída se agrupó en cada uno de los DSS: lugar de residencia (5 artículos), raza/etnia/origen (9), ocupación (3), sexo/género (4), nivel educativo (7), estatus socioeconómico (15), capital social/apoyo social (1) y diversidad afectivo-sexual y de género (6). Los desenlac</p>	<p>s coinciden con la literatura publicada: a mayor desventaja social en cualquiera de los DSS se hallaron peores resultados en salud, siendo estos peores cuando se superponían varios ejes de desigualdad</p>
---	--	--------------------------------------	-----------------------------	--	---	---

					es en salud más reportados fueron la salud mental (40%) y el estado autopercebido de salud (30%)	
--	--	--	--	--	--	--

#### **IV. Pregunta de investigación.**

¿Cuáles son las barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad en atención de salud primaria autorreportados por adultos mayores que residen en la Provincia de Maipo en el año 2025?

#### **V. Objetivos generales.**

Conocer las barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad en Atención Primaria en Salud autorreportadas por adultos mayores que residen en la Provincia rural de Maipo en el año 2025.

#### **VI. Objetivos específicos.**

1. Determinar las barreras de accesibilidad y aceptabilidad autorreportadas por adultos mayores en la Atención Primaria en Salud de la Provincia de Maipo en el año 2025.
2. Determinar los facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad autorreportadas por adultos mayores a acceder a la Atención Primaria en Salud de la Provincia de Maipo en el año 2025.

3. Precisar las recomendaciones autorreportadas por adultos mayores para mejorar la accesibilidad en Atención Primaria en Salud de la Provincia de Maipo en el año 2025.
4. Precisar las recomendaciones autorreportadas por adultos mayores para mejorar la aceptabilidad en Atención Primaria en Salud de la Provincia de Maipo en el año 2025.

## **VII. Metodología.**

### **a. Tipo y diseño.**

El diseño elegido en este proyecto es de tipo observacional, descriptivo, transversal y cuantitativo.

Que sea cuantitativo significa que es perteneciente o relativo a la cantidad (Real Academia Española, 2014).

Observacional, es en el cual se observa a los individuos o se miden ciertos resultados. No se hace ningún intento de influir en el resultado (Instituto Nacional del Cáncer, s/f)

Que sea descriptivo, significa que analiza las características de una población o fenómeno sin entrar a conocer las relaciones entre ellas (Arias, E. R., 19 de marzo del 2014).

Según temporalidad, nuestro estudio es transversal, es el diseño de una investigación observacional, individual, que mide una o más variables, en un momento dado (s./f., McGraw Hill Medical).

### **b. Universo de estudio.**

El universo de estudio de esta investigación corresponde a los usuarios mayores de 60 años residentes en la Provincia de Maipo, que según el Censo de 2017 corresponden al 8.88% de la población, tratándose de 44.052 personas. (Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, 2017).

**c. Criterios de inclusión.**

Los participantes del estudio deben ser: Adultos mayores de 60 años nacionales y/o extranjeros, residentes de la Provincia de Maipo durante el año 2025, usuarios de servicios de Atención Primaria en Salud, personas inscritas en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), personas que firmen el consentimiento informado.

**d. Criterios de exclusión.**

Los criterios de exclusión de este proyecto son: residentes de menos de 2 años en la Provincia de Maipo, personas extranjeras menores de 60 años con residencia menor a 5 años, para que puedan tener la experiencia necesaria.

**e. Muestra.**

La muestra de esta investigación son 60 adultos mayores de 60 años residentes de la Provincia de Maipo que se atienden en servicios de Atención Primaria en Salud.

**f. Validez y/o confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos.**

La recolección de información correspondiente para esta investigación se hará con el set de preguntas libres para medir la aceptabilidad, accesibilidad y satisfacción al usuario al momento de ser atendido. El “set de preguntas” fue validado por 3 profesionales de la salud con experiencia en Atención Primaria en Salud utilizando una tabla en la que calificaron cada pregunta según “claridad de redacción, coherencia interna, inducción a la respuesta (sesgo), lenguaje adecuado con el nivel del informante, mide lo que pretende, el instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario, permiten el logro del objetivo de la investigación, están distribuidos en forma lógica y secuencial, el número es suficiente para recoger la información” (*Anexo validación de encuesta*).

#### g. Estrategia de reclutamiento y selección de participantes.

La estrategia de reclutamiento será mediante dos metodologías; “bola de nieve” la cual trata de un patrón consistido en pasar la voz mediante conocidos y se complementa con una difusión activa por redes sociales bajo un muestreo autoselectivo voluntario. La idea es que un grupo pequeño de participantes les comenten el proyecto a otras personas y así sucesivamente hasta tener el tamaño de muestra deseado y necesario para la investigación. Simultáneamente, se utilizarán las redes sociales tales como Instagram, WhatsApp y Facebook, para llegar a los individuos de manera más eficiente, y mediante un “post” o “afiche” se darán a conocer los criterios de inclusión para ser partícipe del estudio, en la parte inferior del afiche se mostrará un código QR el cual, al ser escaneado, llevará al usuario directamente al formulario de Google donde tendrá primeramente que aceptar el Consentimiento Informado, una vez el participante lo acepte y firme, podrá realizar la encuesta desde su dispositivo electrónico.

#### h. Variables del estudio.

Variable	Tipo de Variable	Definición Operacional	Instrumento de medición
Distancias	Independiente cuantitativa	La medida en kilómetros o tiempo de viaje, el medio de transporte ya sea público, privado, caminata u otros	Set de preguntas libres

Experiencias pasadas	Independiente cuantitativa	Precisarán las barreras psicológicas como malas experiencias pasadas que pudiesen tener los adultos mayores de la Provincia del Maipo al momento de acceder a algún centro de atención de salud.	Set de preguntas libres
Accesibilidad auto reportada	Dependiente cuantitativa	La percepción personal dada por los adultos mayores sobre la facilidad o dificultad al momento de acceder a los servicios de atención a la salud.	Evaluada por encuestas en las cuales se verán criterios como tiempo de viaje, método de transporte, barreras económicas y tecnológicas, cantidad de conocimientos sobre las APS
Aceptabilidad auto reportada	Dependiente cuantitativa	Percepción personal dada por los adultos mayores sobre la calidad de los servicios de salud	Set de preguntas libres

### **i. Instrumentos de selección de datos.**

La primera parte del set de preguntas libres inicia con la recopilación de información general, que incluye, el número y la fecha de realización de la entrevista, el sexo, edad, previsión de salud del encuestado, comuna dentro de la Provincia de Maipo donde reside y consultar si viene acompañado a sus citas médicas.

Respecto a la segunda parte del set de preguntas libres, el acceso a la atención consiste en 15 preguntas. Las preguntas 1 (¿Es fácil contactar por teléfono al consultorio?), 2 (¿Le fue fácil conseguir la hora que usted necesitaba?), 3 (¿Las consultas médicas se atienden con puntualidad?) y 4 (¿Los medicamentos están oportunamente en la farmacia?) las respuestas a las preguntas se podrán evaluar calificando el grado de satisfacción con un puntaje del 1 al 7, siendo el 1 “Insatisfecho” y el 7 “Muy satisfecho”, a excepción de las preguntas 5 (Tiempo de espera para marcar una consulta), 6 (Tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención), 7 (Tiempo de espera para ser atendido en la realización de la consulta) y 8 (Duración de la atención), las cuales se clasifican según el grado de satisfacción del entrevistado, cuyas respuestas posibles son “Suficiente”, “Regular” e “Insuficiente”. La pregunta 9 que consulta por el medio de transporte utilizado, se responde con las respuestas, “Auto particular”, “Transporte público”, “A pie”. La pregunta 10, aborda el tiempo que requiere el paciente para llegar al consultorio, las respuestas son según unos rangos determinados, siendo estos “Menos de 30 minutos”, “Entre 30 minutos y una hora”, “Más de una hora”. Las preguntas 11 (¿Ha dejado de ir a controles por falta de transporte?), 12 (¿Ha dejado de atenderse en centros de salud por temas monetarios?), 13 (¿Se ha ido de una institución de salud porque se han demorado demasiado en atenderle?), 14 (¿Le es sencillo comunicarse con su médico tratante?) y 15 (¿Tiene algún

pariente que le haya facilitado el transporte al centro?), son cerradas y se responden con un “Sí” o “No”.

Continuando con la tercera parte de la encuesta, esta contiene preguntas cerradas respecto al trato recibido por parte del personal de salud hacia los usuarios. Se comienza con preguntas tales como la 16 (La amabilidad y respeto con que fue tratado(a) por los médicos), 17 (La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal de enfermería/auxiliares), 18 (La amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal administrativo (dación de horas, informaciones, etc.)), 19 (Claridad con que el personal de salud le informa su diagnóstico, las causas y su tratamiento.) y 20 (Comodidad y limpieza de la sala de espera, box, baños y pasillos.) Las respuestas serán medidas en una escala del 1 al 7, el usuario podrá calificar al personal de salud del centro de acuerdo con sus experiencias personales previas y actuales. Mientras que en las preguntas 21 (¿Ha tenido malas experiencias con el personal de salud antes que le impidió volver a atenderse en un centro de salud?), 22 (¿Alguna vez se ha ido de su control/consulta sin entender lo que le habían dicho? Si respondió Sí, ¿Le ha dado miedo o vergüenza pedir que le expliquen por miedo a ser tratado mal?), 23 (¿El personal de salud alguna vez lo ha hecho sentir incómodo? Si es así, ¿Le han dado ganas de no volver a tratar con ese personal?), 24 (¿Alguna vez el personal de salud ha hecho su estancia más grata?) y 25 (¿Se ha sentido discriminado por el personal de salud en algún momento?) se evaluarán con una simple respuesta de Sí/No las cuales ayudarán a responder los objetivos generales y específicos planteados en el estudio.

Para concluir la encuesta, en la quinta y final parte de la encuesta al usuario se harán las preguntas 26 (Si un familiar lo necesitara, ¿Le recomendaría este centro?), 27 (La atención que he recibido en este centro ha sido...) y 28 (Marque la alternativa va con el grado de Satisfacción Global con la atención de salud

recibida en este consultorio), con respecto a la satisfacción general del proceso de atención en su centro de salud y si se lo recomendaría a algún conocido. Las respuestas serán medidas con una escala del 1 al 7 donde se explicita el 1 como la peor nota o “Muy en desacuerdo” mientras que el 7 será la mejor nota o “Muy de acuerdo”, de esta forma se pueden cuantificar los resultados.

#### **j. Plan de análisis.**

Los tres tipos de análisis cuantitativos son descriptivo, inferencial y predictivo. El primero nos ayuda con una visión general de los datos, nos permite identificar patrones y tendencias. El segundo se emplea para realizar inferencias sobre una población a partir de una muestra, es decir, va más allá de la descripción de los datos. Para encontrar relaciones y hacer predicciones, se utilizan métodos como pruebas de hipótesis, intervalos de confianza y análisis de regresión. Por último, el predictivo, se enfoca en prever comportamientos o eventos futuros. Los datos pueden ser utilizados para hacer predicciones precisas, se utilizan modelos estadísticos y algoritmos de aprendizaje automático.

El plan de análisis cuantitativo descriptivo verificará la accesibilidad y aceptabilidad de los servicios de APS en la Provincia de Maipo para adultos mayores. Tiene un enfoque en las variables mencionadas, tales como, las distancias hasta el centro de atención, medios de transporte, barreras tecnológicas y económicas y características demográficas. Se utilizarán gráficos y estadísticas para poder tener un mejor entendimiento de los datos, de esta forma se facilita la comprensión y una conclusión más concreta de la información recolectada.

La preparación de datos será en base a una recolección mediante encuestas estructuradas, limpieza de datos y codificación de respuestas. En el análisis descriptivo, se detalla la muestra con estadísticas descriptivas y variables clave. Posteriormente, en la exploración de variables, se harán cálculos de estadísticas

descriptivas y presentación de frecuencias. Luego, en la presentación se crearán tablas para resultados descriptivos y gráficos de barra para variables categóricas. Por último, en la interpretación de resultados, se realizarán análisis de patrones emergentes en los datos descriptivos y comparación de grupos evaluando diferencias en las características demográficas y variables clave entre los subgrupos de la muestra.

#### **k. Limitaciones de estudio y riesgo de sesgos.**

Las limitaciones que podrían surgir en la aplicación de este proyecto varían, como no llegar a comprender el cómo y el porqué del problema en cuestión ya que al ser este trabajo una investigación cuantitativa puede llevar a una recolección de datos incompleta, unos resultados menos significativos y más superficiales. Considerando que no es una investigación cualitativa, es probable que existan errores en el análisis de datos ya que no se considera el contexto cultural e histórico de cada individuo (Santander Open Academy, 5 de junio del 2024).

También, estaría previsto no alcanzar el quórum de individuos al no encontrar suficientes adultos mayores, ya que llegaremos a ellos mediante redes sociales. Por último, otra limitación es el interés de cada individuo a colaborar con la investigación, lo cual puede afectar negativamente, ya que dependiendo de su contribución se obtendrán los resultados necesarios para analizar los datos y llegar a una conclusión precisa y correcta.

Este es un estudio con fines recopilatorios, por lo que no supone un riesgo para los implicados en el proyecto. Y el estudio puede resultar beneficioso para visibilizar el problema y que la información pueda ser utilizada para proyectos a futuro que busquen una solución a dicha problemática.

### **I. Aspectos éticos.**

Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre-Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad Del Desarrollo (CEC PG).

Dentro del consentimiento informado (*Anexo consentimiento informado*), se encuentra especificado que la información que será entregada por los participantes se mantendrá de manera confidencial y que únicamente será utilizada para el estudio presente. No se expondrán sus nombres ni datos personales dentro del estudio. Al momento de estudiar las respuestas entregadas por los participantes, la información personal se mantendrá anónima, al momento de realizar las transcripciones y el traspaso de información. Al ser un estudio realizado por estudiantes de pregrado, no podemos dar una compensación económica, sin embargo, podemos dar un poster con información para los participantes.

Dentro de cualquier investigación con seres humanos en la medicina y las ciencias de la conducta se deben regir principios bioéticos. Es por esto que, Beauchamp y Childress distinguen 4 principios (Aparisi, J. C. S, Marzo del 2010). El primero, autonomía, se define como “Necesidad de respetar, en acciones y actitudes, a la capacidad y derecho que poseen las personas para decidir entre las opciones que a su juicio son las mejores entre las diferentes posibilidades de las que se les haya informado”, se relaciona debido a que se promueve que los participantes comprendan los propósitos, beneficios y posibles riesgos del estudio y en base a esto tomar sus propias acciones. El segundo, beneficencia, se describe como “Necesidad de evaluar las ventajas y las desventajas, los riesgos y los beneficios de los tratamientos propuestos, o de los procedimientos de investigación, con el objeto de maximizar los beneficios y disminuir los riesgos”, se vincula ya que el fin de este proyecto es servir para futuros estudios

que puedan desarrollar una solución para el problema establecido. El tercero, justicia, se determina como “La distribución de los beneficios, los riesgos y los costos en la atención sanitaria o en la investigación, se realicen en forma justa”. Es decir, que se distribuyan equitativamente se enlaza debido a que la investigación identificará las barreras y facilitadores, distribuyéndolos así de manera justa. El último, no maleficencia, se explica simplemente por “No se debe infligir daño o hacer mal” se asocia debido a que en este proyecto no se presentan riesgos para el participante (Secretaria de Salud Hospital Juárez, s/f).

Además de estos, existen los ocho criterios de Ezequiel Emanuel, que la mayoría de los Comités de Ética Científicos (CEC) utilizan para revisar y aprobar protocolos de investigación. El primero, relación de sociedad colaborativa, se define como “Involucrar a la comunidad donde se realiza la investigación”, se relaciona al involucrar activamente a los adultos mayores en la investigación. El segundo, valor social o científico, se describe como “Evaluación de intervención que signifique beneficios para la comunidad en que se realiza, o que aporte nuevos conocimientos”, se vincula debido a que esta investigación aborda un problema que está afectando a una población en específico. El tercero, validez científica, se determina como “Rigurosidad del método científico que asegure validez de resultados”, se enlaza debido a que este proyecto pasa por un Comité de Ética que lo validará. El cuarto, selección equitativa de sujetos, se explica por “No inclusión de sujetos vulnerables en investigación de riesgo, beneficios no preferentes para los más privilegiados de la comunidad”, se correlaciona con el principio de justicia, ya que se garantiza la no discriminación al seleccionar participantes. El quinto, relación riesgo-beneficio favorable, se caracteriza por “Riesgos para el individuo proporcionales a los beneficios para el individuo y la sociedad” se conecta ya que se garantiza que los riesgos no existen y se evidenciarán los beneficios. El sexto, revisión independiente, se refiere a

“Revisión por personas no vinculadas”, se correlaciona con el de validez científica. El séptimo, consentimiento informado, se delimita por “Información y comprensión de objetivos, método, riesgos y beneficios de la investigación, así como alternativas”, el cual se presenta en anexos, dentro del consentimiento informado. El último, respeto por los seres humanos, se especifica por “Respeto a posibilidad de retirarse de la investigación, confidencialidad, información de nuevas alternativas o riesgos, información de resultados”, este también se presenta en anexos, dentro del consentimiento informado (Instituto de Salud Pública, s/f).

**m. Anexo encuesta de elaboración propia.**

**Encuesta cuantitativa “Barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad de salud primaria autorreportados por adultos mayores en Provincia de Maipo en 2025.” Proyecto de tesis Grupo 8.**

Esta encuesta busca evidenciar desde su punto de vista qué factores considera barreras y facilitadores sobre accesibilidad y aceptabilidad al momento de atenderse en el consultorio que le corresponda. Para contestar se le dan una serie de posibles respuestas, donde debe escoger la alternativa con la que usted se sienta identificado o sienta que es más acorde a su situación.

**Datos personales.**

1. Fecha:
2. Sexo:
3. Edad:
4. Previsión de salud:
5. ¿Acude solo o acompañado?:

6. Comuna de residencia en la Provincia de Maipo:

### Acceso a la atención

1. ¿Cuánto tiempo en promedio tardas en contactarte por teléfono con el centro de salud?

De 1 a 3 minutos	Entre 3 a 5 minutos	Entre 5 a 10 minutos	Más de 10 minutos
------------------	---------------------	----------------------	-------------------

0. ¿Cuán eficiente es el proceso de comunicación en términos de espera y atención al contactar por teléfono?

Muy ineficiente (muy malo, más de 20 minutos)	Ineficiente (Malo, entre 15 y 20 minutos)	Regular (entre 10 y 15 minutos)	Aceptable (Bueno, entre 5 y 10 minutos)	Eficiente (Excelente, menos de 5 minutos)
--	--	------------------------------------	--	--

3. ¿Le fue fácil conseguir la hora que usted necesitaba?

1 Muy difícil	2	3	4	5	6	7 Muy fácil
---------------	---	---	---	---	---	-------------

4. ¿Las consultas médicas se atienden con puntualidad?

1 Muy impuntual	2	3	4	5	6	7 Muy puntual
-----------------	---	---	---	---	---	---------------

5. ¿Los medicamentos se encuentran disponibles en el momento necesario en la farmacia?

Siempre disponibles	Generalmente disponibles (pocas excepciones)	Disponibles con algunas demoras	Frecuentemente no disponibles	No disponible
---------------------	--	---------------------------------	-------------------------------	---------------

6. Tiempo de espera para marcar una consulta

Eficiente (Menos de 5 minutos)	Aceptable (entre 5 y 10 minutos)	Regular (entre 10 y 15 minutos)	Insuficiente (Entre 15 y 20 Minutos)	Muy insuficiente (más de 20 minutos)
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

7. Tiempo de espera entre marcar la consulta y la atención

Eficiente (Excelente, entre 10 y 15 minutos)	Aceptable (Bueno, entre 15 y 20 minutos)	Regular (entre 20 y 25 minutos)	Insuficiente (Malo, entre 25 y 30 minutos)	Muy ineficiente (muy malo, más de 30 minutos)
--	--	---------------------------------	--	---

8. Tiempo de espera para ser atendido en la realización de la consulta

Eficiente (Menos de 5 minutos)	Aceptable (entre 5 y 10 minutos)	Regular (entre 10 y 15 minutos)	Ineficiente (Entre 15 y 20 minutos)	Muy ineficiente (muy malo, más de 20 minutos)
--------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	---

9. Medio de transporte utilizado para llegar a la unidad de salud

Auto particular	Transporte público	A pie	Bicicleta	Otro
-----------------	--------------------	-------	-----------	------

10. Tiempo necesario para llegar a la unidad de salud

Menos de 30 min	Entre 30 min a 1 hora	Más de 1 hora	Otro
-----------------	-----------------------	---------------	------

11. ¿Ha dejado de ir a controles por falta de transporte?

SI	NO
----	----

12. ¿Ha dejado de ir a atenderse en centros de salud por temas monetarios?

SI	NO
----	----

13. ¿Se ha ido de una institución de salud porque se han demorado demasiado en atenderle?

SI	NO
----	----

14. ¿Le es sencillo comunicarse con su médico tratante?

SI	NO
----	----

15. ¿Tiene algún pariente que le haya facilitado el transporte al centro de salud?

SI	NO
----	----

**Trato al usuario**

16. Califique la amabilidad y respeto con que fue tratado(a) por los médicos del centro de salud al que asiste.

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------

17. Califique la amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal de enfermería/auxiliares del centro de salud al que asiste

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------

18. Califique la amabilidad y respeto con que lo o la ha tratado el personal administrativo del centro de salud al que asiste (dación de horas, informaciones, etc.)

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------

19. Califique la claridad con que el personal de salud le informa su diagnóstico, las causas y su tratamiento.

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------

20. Califique la comodidad y limpieza de la sala de espera, box, baños y pasillos.

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------

21. ¿Ha tenido malas experiencias con el personal de salud antes que le impidió volver a atenderse en un centro de salud?

SI	NO
----	----

Si respondió **SI** en la pregunta anterior, ¿Qué tipo de experiencias? (posibilidad de respuesta múltiple)

Poco profesional o descortés	Falta o errores en la comunicación	Tiempo de espera excesivo	Calidad de servicio deficiente	Problemas de gestión de citas o coordinación	Falta de empatía o comprensión	Otros
------------------------------	------------------------------------	---------------------------	--------------------------------	--	--------------------------------	-------

22. ¿Alguna vez se ha ido de su control/consulta sin entender lo que le habían dicho?

SI	NO
----	----

Si respondió **SI**, ¿le ha dado miedo o vergüenza pedir que le expliquen por miedo a ser tratado mal?

SI	NO
----	----

23. ¿El personal de salud alguna vez lo ha hecho sentir incómodo?

SI	NO
----	----

si es así, ¿le han dado ganas de no volver a tratarse con ese personal?

SI	NO
----	----

24. En la mayoría de los casos, ¿el personal de salud ha hecho su estancia más grata?

SI	NO
----	----

25. ¿Se ha sentido discriminado por el personal de salud en algún momento?

SI	NO
----	----

**Recomendación, en escala del 1 al 7**

26. Si un familiar lo necesitara, ¿Le recomendaría el centro de salud al que usted asiste?

1 No recomendable	2	3	4	5	6	7 Muy recomendable
-------------------	---	---	---	---	---	--------------------

**Expectativas, en escala del 1 al 7**

27. ¿Cómo clasificaría su experiencia en el centro de salud al que asiste?

1 Muy mala	2	3	4	5	6	7 Excelente
------------	---	---	---	---	---	-------------



**Satisfacción Global, en escala del 1 al 7**

28. ¿Cómo calificaría su nivel de satisfacción considerando la atención recibida (en todos sus aspectos) por el centro de salud al que asiste?

1 Muy insatisfecho	2	3	4	5	6	7 Muy satisfecho
--------------------	---	---	---	---	---	------------------

## n. Anexo consentimiento informado.



INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO: "BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE SALUD PRIMARIA AUTORREPORTADOS POR ADULTOS MAYORES EN PROVINCIA DE MAIPO EN 2025"

### CONSENTIMIENTO INFORMADO - INFORMACIÓN A LOS PARTICIPANTES

#### Nombre de los Investigadores y Tutor responsables de la investigación/estudio

Estudiantes de Enfermería de 4to y 5to año: Nataly Rodríguez Peña, Sofía Villarroel Constancio, Agustina Tenaillon Pizarro, Isadora Sepúlveda Ojeda.  
Tutor Enrique Díaz Olguín  
Facultad de Medicina - Universidad Del Desarrollo

#### Introducción y Objetivo

En esta investigación, realizada por estudiantes de Enfermería de cuarto y quinto año de la Universidad del Desarrollo, se busca encontrar las razones por las que adultos mayores de 60 años que residen en zonas rurales se les dificulta la accesibilidad y aceptabilidad a la Atención Primaria en Salud de la Provincia de Maipo

Mediante este estudio se busca conocer la opinión de las personas mayores, según sus experiencias personales en su lugar de residencia, sobre las dificultades (barreras) que han llegado a tener al momento de llegar a un centro de salud primaria y al ser atendidos, junto con las formas en las que se han buscado solucionar algunas de estas complicaciones y si es que han sido efectivas.

**¿Quiénes pueden participar en este estudio?** En el presente estudio pueden participar personas mayores residentes de la Provincia de Maipo en el año 2025 que se atienden en Atención Primaria en Salud.

#### Procedimientos del estudio

El estudio consiste en que los participantes respondan un set de 28 preguntas libres de respuestas cortas, por lo que no debería tomar más de 40 minutos, para determinar las barreras y facilitadores, así como precisar las recomendaciones personales de este grupo etario que concurre a dichos centros de salud para mejorar el acceso y la aceptabilidad.

#### Riesgos y beneficios

Adoptaremos todas las medidas de seguridad para evitar riesgos o pérdidas de antecedentes de quienes participan en este proyecto de tesis. En caso de encontrar efectos negativos en el estudio se decidirá la suspensión del proyecto. El beneficio principal será identificar posibles problemas existentes en el acceso y aceptabilidad aportando información a futuros proyectos que traten de encontrar soluciones a los inconvenientes.

#### Costos para el participante

No existen costos monetarios para el participante en ninguna etapa de la investigación, tampoco se le otorgará a Ud. compensación económica.



Facultad de Medicina  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO: "BARRERAS Y FACILITADORES DE ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE SALUD PRIMARIA AUTORREPORTADOS POR ADULTOS MAYORES EN PROVINCIA DE MAIPO EN 2025"

#### Participación voluntaria y confidencialidad

Su participación es libre y voluntaria, la negativa a participar o su retiro del estudio no altera aspecto alguno de su atención de salud. La información sensible entregada se utilizará de forma anónima, confidencial y sin otro propósito ajeno a los de este estudio. Al finalizar la investigación, se les comunicará a los participantes, si es de su interés, los resultados generales que se obtengan

Más información: Investigador responsable: Sofía Villarroel Constancio  
[sofiafernanda762@gmail.com](mailto:sofiafernanda762@gmail.com)

Aprobación: Este proyecto ha sido aprobado por el Comité de Ética Científico de Pre-Grado de la Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo (CEC PG)

A quién puede consultar en caso de duda: Teléfono de la carrera de Enfermería Sede Santiago +56223279110, Tesista Sofía Villarroel Constancio  
[sofiafernanda762@gmail.com](mailto:sofiafernanda762@gmail.com) y al CEC PG UDD Sra. Alejandra Valdés al email [cecpg@udd.cl](mailto:cecpg@udd.cl)

Esta información es para usted, guárdela una vez leída.



Facultad de Medicina  
Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo



INVESTIGACIÓN DE PRE-GRADO: "BARRERAS Y FACILITADORES DE  
ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD DE SALUD PRIMARIA AUTORREPORTADOS POR  
ADULTOS MAYORES EN PROVINCIA DE MAIPO EN 2025"



**REGISTRO EXPRESIÓN DE VOLUNTAD - CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Reconocimiento del Participante en la investigación:

- 1● He leído y he entendido la información escrita en este formulario de Consentimiento Informado del proyecto de investigación llamado "Barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad en salud primaria auto reportados por adultos mayores en Provincia de Maipo el año 2025".
- 2● He tenido la oportunidad de formular preguntas respecto a esta investigación las que han sido respondidas en forma satisfactoria.
- 3● Entiendo que recibiré una copia firmada y con fecha de este formulario de CI.
- 4● Consiento en el uso y divulgación de la información del estudio según lo que se describió en este formulario. La información sensible será usada de manera estrictamente confidencial y sin ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento.
- 5● Entiendo que puedo retirar y/o rechazar mi participación en este estudio en cualquier momento sin que se vea alterada la atención de mi salud en esta institución, sin sanción o pérdidas de los beneficios a los cuales en otras circunstancias tendría derecho.
- 6● He sido informado que, en el caso de no participar en este estudio, ello no afectará mi acceso y aceptabilidad a atención en salud primaria en la Provincia de Maipo.
- 7● Declaro que libremente mi decisión es (marque su decisión):

- Acepto participar en este proyecto de investigación.
- Rechazo participar en este proyecto de investigación

Nombre Participante: \_\_\_\_\_

Firma Participante: \_\_\_\_\_ Fecha: / /

Declaración del Investigador:

El suscrito declara que ha explicado en forma total y cuidadosa la naturaleza, propósito, riesgos y beneficios de esta investigación al participante que está firmando este formulario de consentimiento y que ha contestado las preguntas y dudas de manera satisfactoria.

Nombre del investigador que toma CI: \_\_\_\_\_

Firma del investigador: \_\_\_\_\_ Fecha firma: \_\_\_\_\_

Autoridad institucional que autoriza: \_\_\_\_\_

## o. Anexo Acta de Aprobación del Comité de Ética.

FACULTAD DE MEDICINA  
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO – CLINICA ALEMANA  
COMITE DE ETICA CIENTIFICO  
PROYECTO DE PRE-GRADO

### ACTA DE APROBACION

PG\_2024-82

Santiago, 25 de marzo de 2025

Autores responsables: Agustina Tenaillon, Sofia Villarroel, Nataly Rodriguez, Isadora Sepúlveda.

Tutor: Enrique Díaz

Institución: **Carrera de Enfermería, Facultad de Medicina Clínica Alemana Universidad del Desarrollo.**

Los siguientes documentos han sido analizados a la luz de los postulados de la declaración de Helsinki, de la Guía Internacional de Ética para la Investigación Biomédica que involucra sujetos humanos CIOMS 2016, y de las Guías de Buena Práctica Clínica de ICH 1996:

- 1) Proyecto de Investigación: "Barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad de salud primaria autorreportados por adultos mayores en Provincia de Maipo en 2025"
- 2) Currículum vitae de las investigadoras y su Tutor.
- 3) Compromiso de Tutor y colaborador directo de la investigación.
- 4) Consentimiento Informado
- 5) Material que se utilizará como, por ejemplo: encuestas, métodos de reclutamiento de participantes, material que se entregará a los participantes, entre otros

Link encuesta: <https://forms.gle/jjxWB5EcUv5iy5Rb8>

Sobre la base de esta información, el Comité se ha pronunciado de la siguiente manera sobre los siguientes aspectos éticos:

- **Justificación Social:** Aportar con información reportada por adultos mayores, que residen en la Provincia rural de Maipo en el año 2025, con relación a las barreras y facilitadores de accesibilidad y aceptabilidad en Atención Primaria en Salud.
- **Evaluación riesgo/beneficio:** sin riesgos superiores al mínimo asociados al estudio.

- Existe protección a los participantes en cuanto a:
  - a. Población vulnerable.
  - b. Libertad para participar.
  - c. Confidencialidad.
  - d. Cobertura de costos del estudio.
  - e. Cobertura de eventuales eventos adversos serios.

Por lo tanto, el Comité de Ética considera que el estudio está bien justificado, que no hay objeciones para la realización del estudio propuesto y por ende otorga su aprobación.

Conjuntamente, el comité recuerda al investigador que debe:

- Solicitar la autorización correspondiente a la Autoridad de la institución en donde plantea llevar a cabo la investigación.
- Utilizar el formulario de consentimiento informado aprobado por el comité.
- Reportar los eventos adversos serios en un plazo inferior a 48 horas de ocurrido.
- Entregar oportunamente las enmiendas que se deseen incorporar al protocolo.
- Entregar un informe con los resultados, una vez finalizado el proyecto o en caso de suspensión anticipada.



Digitally signed by ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS VALDÉS  
DN: cn=Alejandra Valdés, o=Metropolitana, ou=San Diego, ou=e-Digital, ou=e-Digital, cn=ALEJANDRA VICTORIA VALDÉS VALDÉS, email=avaldesv@u99.cl  
Reason: Sign CEDULA 7942506-3 - 50047254634  
Location: e-Digital App  
Date: 25.03.2025 16:05:28 -0300

Sra. Alejandra Valdés V.  
Vicepresidenta  
Comité de Ética Científico  
Facultad de Medicina Clínica Alemana  
Universidad del Desarrollo

### p. Anexo validación de encuesta.

VALIDEZ				
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/> x	NO APLICABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APLICABLE ATENDIENDO A LAS INSTRUCCIONES:				
<p>Se sugiere revisar nuevamente el planteamiento general de las preguntas, aplicando esta encuesta a personas fuera del estudio y cuyo nivel sea de usuario.</p> <p>Se sugiere revisar duración de la aplicación para evitar dificultad de aplicación.</p> <p>Se sugiere añadir en el ítem trato usuario, preguntas asociadas a la Ley 20.584 tales como el porte de identificación por parte del personal y si fue informado de su diagnóstico y opciones de tratamiento.</p>				
Validado por:	Fernanda Belmar S.			
Licenciatura / Grados académicos	Nutricionista, Magíster en Salud Pública con mención en Gestión de Servicios de Salud.			
RUT:	18.170.791-7			
Fecha:	02/09/2024			
Teléfono:	996677568			
Email:	<a href="mailto:Fernanda.belmar@live.cl">Fernanda.belmar@live.cl</a>			
Firma:				

VALIDEZ				
APLICABLE	<input checked="" type="checkbox"/> x	NO APLICABLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
APLICABLE ATENDIENDO A LAS INSTRUCCIONES:				
<p>Estimadas:</p> <p>-El instrumento recoge los ítems fundamentales para medir percepción en la atención de salud de APS: tiempo de espera, accesibilidad, tiempo de espera.</p> <p>-Sugiero revisar la redacción de las preguntas, pues la mayoría queda a la interpretación del lector.</p> <p>-Agrupar las que se miden son si/no, regular/irregular/del 1 al 7.</p> <p>Es importante que revisen sobre todo la redacción de las preguntas y que analicen si lo que están preguntando va a responder lo que quieren medir. Por eso sugiero volver a revisar la redacción para evitar interpretaciones personales. Una ayuda para esto es aplicarle la encuesta completa a una persona e ir recogiendo las respuestas y preguntar que haga el entrevistado con respecto a la encuesta.</p>				
Validado por:	Paula Concha			
Licenciatura / Grados académicos	Grado de Magíster			
RUT:	18.168.723-1			
Fecha:	01/09/2024			
Teléfono:	976244758			
Email:	<a href="mailto:p.concha@udd.cl">p.concha@udd.cl</a>			
Firma:	Paula Andre Concha Gacitúa			

ASPECTOS GENERALES		SI	NO
EL INSTRUMENTO CONTIENE INSTRUCCIONES CLARAS Y PRECISAS PARA RESPONDER EL CUESTIONARIO			X Al menos para los encuestados, no se evidencian instrucciones (sí para un evaluador)
LOS ÍTEM PERMITEN EL LOGRO DEL OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN		X	
LOS ÍTEM ESTÁN DISTRIBUIDOS EN FORMA LÓGICA Y SECUENCIAL		X	
EL NÚMERO DE ÍTEM ES SUFICIENTE PARA RECOGER LA INFORMACIÓN. EN CASO DE SER NEGATIVA SU RESPUESTA SUGIERA LOS ÍTEMS A AÑADIR		X	
VALIDEZ			
APLICABLE	X	NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIENDO A LAS INSTRUCCIONES: SÍ			
Validado por:	M. Jesús Golusda Cortés		
Licenciatura / Grados académicos	Enfermera universitaria		
RUT:	19.137.599-8		
Fecha:	31/08/2024		
Teléfono:	+569 53966371		
Email:	Mjesus.golusda@udd.cl		

### VIII. Presentación y análisis de datos.

Esta investigación se realizó durante el primer semestre del año 2025, se utilizó el recurso de bola de nieve que comenzó desde un grupo pequeño de adultos mayores que cumplían con los criterios, respondían la encuesta y luego la compartían con sus conocidos, simultáneamente, se complementó con una difusión activa por redes sociales bajo un muestreo autoselectivo voluntario para llegar a una mayor cantidad de adultos mayores. De la encuesta utilizada se obtuvieron un total de 61 respuestas. Sin embargo, en la etapa de análisis al realizar una limpieza de datos se optó por descartar una respuesta ya que no cumplía con los criterios de inclusión del estudio, específicamente, el usuario que respondió la encuesta no cumplía con el requisito de edad mínima de 60 años

establecido para participar. Por esta razón, en el análisis de resultado se utilizaron un total de 60 respuestas válidas.

#### **a. Información general.**

A partir del plan de análisis descriptivo de la primera sección de información general, se creó la tabla N°1 (*Ver anexo tablas de resultados: N°1*):

Demostrando las siguientes tendencias, del total de participantes, el 100% declaró aceptar libremente participar en el presente proyecto de investigación (*Ver anexo de gráficos: N°1*). En cuanto a la distribución por sexo, en su mayoría (63.3%) corresponden a mujeres (*Ver anexo de gráficos: N°2*). Respecto a la previsión de salud, la mayoría se encuentra afiliada a FONASA (86.7%) (*Ver anexo de gráficos: N°3*). En relación con la forma de acudir al centro de salud, la mayor parte (78.3%) lo hace sin acompañante (*Ver anexo de gráficos: N°4*). Y, en cuanto a la comuna de residencia dentro de la provincia del Maipo, la mayoría reside en San Bernardo (78.3%), seguida por Calera de Tango (13.3%) (*Ver anexo de gráficos: N°5*).

#### **b. Acceso a la atención.**

La segunda sección, de “Acceso a la atención”, contenida en 15 preguntas, donde se pudo visualizar que, en relación con el acceso telefónico, la mayoría de los participantes (65%) indicó que demora más de 10 minutos en lograr contactarse, evidenciando una tendencia marcada hacia tiempos prolongados de espera (*Ver anexo de gráficos: N°7*). Esta percepción se refuerza aún más al analizar la eficiencia del proceso de comunicación telefónica, donde un 51.7%, calificó negativamente con la puntuación más baja (1, en una escala del 1 al 5), señalando una experiencia insatisfactoria (*Ver anexo de gráficos: N°8*). En cuanto a la facilidad para obtener una hora médica, la mayor proporción de respuestas (26.7%) se concentraron en la puntuación máxima (7, en una escala del 1 al 7) y

un 18.3 entregando la puntuación mínima (*Ver anexo de gráficos: N°9*). Sucediendo lo mismo, en relación con la puntualidad en la atención de las consultas médicas, un 40% entregó la puntuación más alta, mientras que un 16.7% la más baja, reflejando cierta variabilidad en las experiencias reportadas (*Ver anexo de gráficos: N°10*).

Respecto a la disponibilidad de medicamentos en la farmacia del centro de salud, el 35% señaló que estos siempre se encuentran disponibles, siendo esta la opción más frecuente, seguida por un 28.3% que declaró que están disponibles en general, con pocas excepciones. No obstante, un 26.6% reportó algún grado de dificultad, indicando que los medicamentos están frecuente o raramente disponibles (*Ver anexo de gráficos: N°11*).

En lo que refiere al tiempo de espera para marcar una consulta, la mayoría (38.3%) lo calificó como muy ineficiente (Más de 15 minutos), lo que refuerza la tendencia general hacia percepciones negativas en el acceso telefónico (*Ver anexo de gráficos: N°12*). Así mismo, el tiempo de espera entre marcar la consulta y recibir la atención fue considerado muy ineficiente (Más de 30 minutos) por el 30% de los encuestados, aunque un 31.7% lo calificó como eficiente (10 a 15 minutos), mostrando una distribución más equilibrada (*Ver anexo de gráficos: N°13*). Al momento de la atención, el 26.7% reportó esperar más de 30 minutos (Muy ineficiente), mientras que un 25% fue atendido en menos de 5 minutos (Eficiente), reflejando nuevamente experiencias dispares (*Ver anexo de gráficos: N°14*).

A partir de los datos recién explicadas del plan de análisis, se crea esta tabla para evaluar tiempos de espera en relación con los siguientes procedimientos previos al inicio de una consulta y atención (*Ver anexo tablas de resultados: N°2*):

En cuanto al medio de transporte utilizado para acudir a la unidad de salud, la opción más mencionada fue el transporte público (46.7%), seguido por el uso de auto particular (25%), el desplazamiento a pie (23.3%), otro (3.3%) y uso de bicicleta (1.7%) (*Ver anexo de gráficos: N°15*). La mayoría de los encuestados (73.3%) manifestó que el tiempo necesario para llegar a la unidad de salud es menor a 30 minutos, un 23.3% entre 30 minutos a 1 hora y un 3.3% más de 1 hora (*Ver anexo de gráficos: N°16*). Sin embargo, el 28.3% reconoció haber dejado de asistir a controles médicos por dificultades de transporte (*Ver anexo de gráficos: N°17*). En términos económicos, un 28.3% afirmó haber dejado de atenderse en centros de salud por motivos monetarios (*Ver anexo de gráficos: N°18*), representando barreras significativas de acceso, transporte y económicas. Además, el 46.7% reportó haberse retirado de una institución de salud debido a demoras excesivas en la atención (*Ver anexo de gráficos: N°19*). En relación con la comunicación con el médico tratante, un 51.7% señaló que no le resulta sencillo mantener contacto, superando levemente al 48.3% que indicó lo contrario (*Ver anexo de gráficos: N°20*).

Finalmente, respecto al apoyo familiar en el traslado, las respuestas son completamente iguales para ambos lados, señalando un 50% que recibió ayuda de algún pariente para llegar al centro de salud y un 50% que no (*Ver anexo de gráficos: N°21*).

### **c. Trato al usuario.**

En cuanto a la sección de trato al usuario, contenida en 10 preguntas, se pesquisaron tendencias, tales como, en la pregunta de trato recibido por parte del equipo de salud, la mayoría de los participantes calificó con la puntuación máxima (7, en una escala del 1 al 7) la amabilidad y el respeto por parte de los médicos (56.7%) (*Ver anexo de gráficos: N°22*) y del personal de enfermería y

auxiliares (56.7%) (*Ver anexo de gráficos: N°23*), lo que refleja una percepción ampliamente positiva en estos aspectos. De igual forma, la atención del personal administrativo fue evaluada como muy satisfactoria por el 33.3% de los encuestados, aunque en este caso se observa una mayor dispersión en las calificaciones, con un 6.7% que calificó su experiencia con la puntuación más baja (*Ver anexo de gráficos: N°24*).

Con respecto a estos datos obtenidos del plan de análisis, se crea la tabla N°3 de resultados para evaluar en conjunto la percepción del trato al usuario de los profesionales del centro de salud (*Ver anexo tablas de resultados: N°3*):

Respecto a la claridad de la entrega de información sobre diagnósticos, causas y tratamientos, el 50% de los participantes otorgó la calificación más alta, mientras que un 10% entregó la más baja, lo que sugiere que, aunque predomina la satisfacción, existen aún áreas de mejora en la comunicación clínica (*Ver anexo de gráficos: N°25*). En relación con las condiciones del entorno físico del centro de salud, el 50% de los encuestados evaluó positivamente (7) la comodidad y limpieza de la sala de espera, box, baños y pasillos, seguido de un 20% que calificó con un 5, lo que refleja una valoración mayoritariamente favorable (*Ver anexo de gráficos: N°26*). Por otro lado, el 40% de los participantes señaló haber tenido experiencias negativas previas con personal de salud que les impidieron volver a atenderse (*Ver anexo de gráficos: N°27*), siendo las situaciones más reportadas: actitudes poco profesionales o descorteses (60%), tiempos de espera excesivos (52%), calidad deficiente del servicio (52%) y errores en la comunicación (32%), falta de empatía o comprensión (32%), problemas de gestión de citas o coordinación (20%) y otros (8%) (*Ver anexo de gráficos: N°28*). En relación con la comprensión durante la atención, el 28.3% de los encuestados indicó haberse retirado alguna vez de su control o consulta sin

entender lo que se les había explicado (*Ver anexo de gráficos: N°29*). De ese grupo, un 40% manifestó haber sentido miedo o vergüenza de pedir una explicación adicional por temor a ser maltratado, lo que revela un sentimiento de inseguridad o desconfianza hacia el personal de salud (*Ver anexo de gráficos: N°30*). Además, un 35% reportó haber sido incomodado en algún momento por parte del personal (*Ver anexo de gráficos: N°31*), y dentro de ese subgrupo, el 66.7% reconoció que esa experiencia les provocó ganas de no volver a tratarse con dicho profesional (*Ver anexo de gráficos: N°32*). Sin embargo, en contraposición, un 68.3% de los encuestados reconoció que el personal de salud ha contribuido a hacer su estancia más grata en algún momento, lo que indica un predominio de interacciones positivas (*Ver anexo de gráficos: N°33*). Por último, el 20% de los participantes señaló haberse sentido discriminado por parte del personal de salud, frente a un 80% que no reportó este tipo de experiencia (*Ver anexo de gráficos: N°34*).

#### **d. Recomendación.**

En la sección de recomendación, que solo incluye 1 pregunta, respecto a la disposición de los usuarios a recomendar el centro de salud al que asisten, el 48.3% de los encuestados indicó la puntuación más alta (7, en una escala del 1 al 7), lo que refleja una actitud mayoritariamente favorable. Viéndose reforzada por un 15% que otorgó puntuación de 6. No obstante, un 18.3% evaluó con la calificación más baja, lo que evidencia que, si bien predomina una percepción positiva, aún persisten experiencias negativas que podrían afectar la recomendación del servicio (*Ver anexo de gráficos: N°35*).

#### **e. Expectativas.**

En la penúltima sección de expectativas, que también solo abarca 1 pregunta, en relación con la experiencia general en el centro de salud al que asisten, la

mayoría de los participantes manifestó una evaluación positiva, destacándose que el 33.3% otorgó la calificación máxima (7, en una escala de 1 al 7) y un 28.3%, evaluó con un 6. Estas cifras indican que más del 60% de los encuestados percibe su experiencia como buena o muy buena. Sin embargo, también se observaron calificaciones bajas, como un 8.3% que valoró su experiencia con un 1, y un 6.7% con un 3, lo que evidencia la existencia de experiencias menos satisfactorias dentro del grupo evaluado (*Ver anexo de gráficos: N°36*).

#### **f. Satisfacción global.**

Finalmente, en la sección de satisfacción global, en cuanto al grado de satisfacción global con la atención de salud recibida se observa una tendencia mayoritariamente positiva, con un 28.3% de los encuestados que calificó su satisfacción con la puntuación más alta (7, en una escala de 1 al 7), seguido por un 26.7% que la evaluó con un 6. Estas respuestas indican que más de la mitad de los participantes expresó un alto nivel de satisfacción con los servicios recibidos. No obstante, un 13.3% entregó la calificación más baja (1), lo que evidencia que aún persisten brechas en la calidad percibida por una parte de la población usuaria (*Ver anexo de gráficos: N°37*).

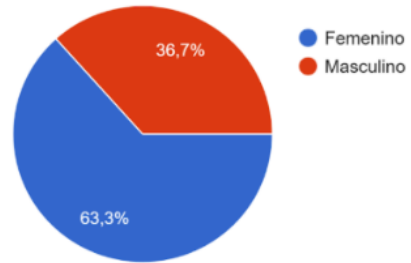
En relación con las últimas tres secciones, de recomendación, expectativas y satisfacción global, se crea una sola tabla con las tres percepciones evaluadas por los usuarios de los centros de salud (*Ver anexo tablas de resultados: N°4*).

**g. Anexo de gráficos.**

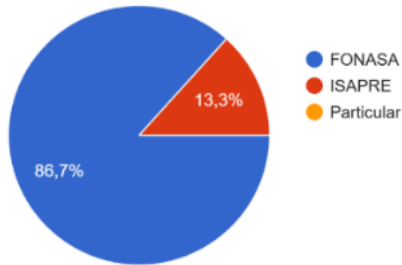
**Gráfico 1: Declaro que libremente mi decisión es:**



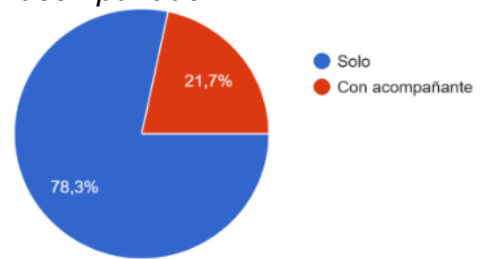
**Gráfico 2: Sexo femenino o masculino**



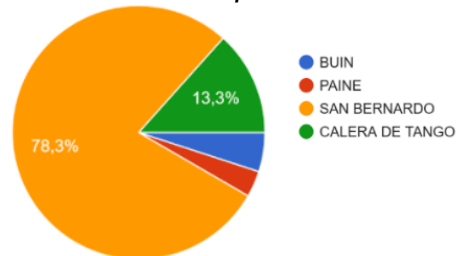
**Gráfico 3: Previsión de salud**



**Gráfico 4: Acude solo o acompañado**



**Gráfico 5: Comuna en que reside**



**Gráfico 6: Grupo etario**

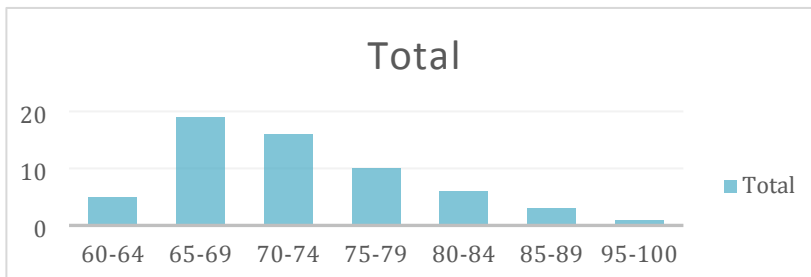


Gráfico 7: Tiempo que tarda en contactar por teléfono

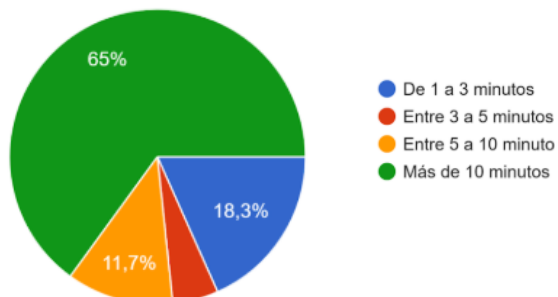


Gráfico 8: Eficiencia del proceso de comunicación

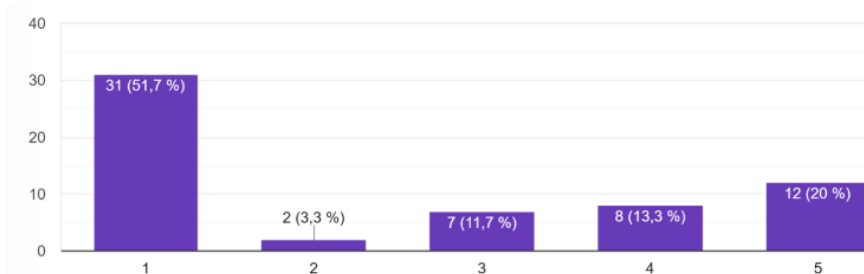


Gráfico 9: Facilidad para conseguir hora

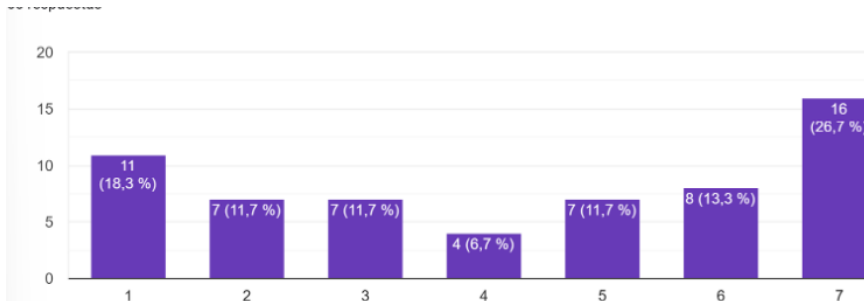


Gráfico 10: Facilidad para conseguir hora

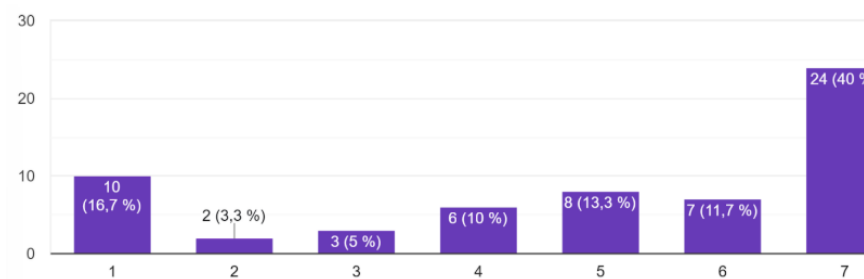


Gráfico 19: Se ha ido de una institución porque se demoran en atenderle

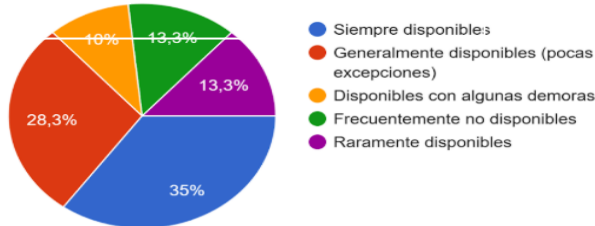


Gráfico 20: ¿Le es sencillo comunicarse con su médico tratante?

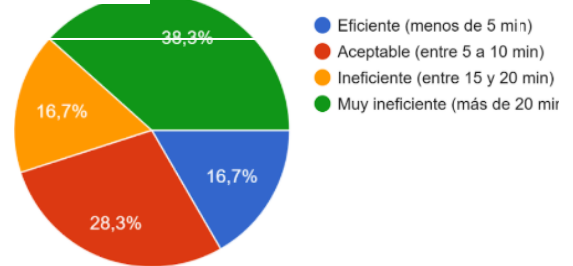


Gráfico 13: Tiempo de espera entre marcar consulta y la atención

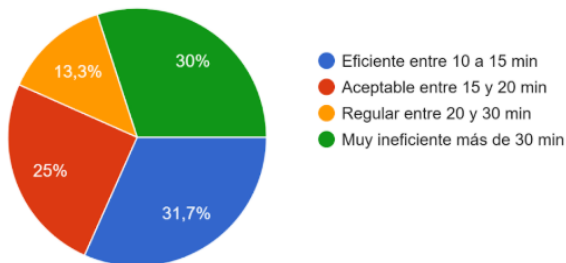


Gráfico 14: Tiempo de espera para ser atendido en la realización de consulta

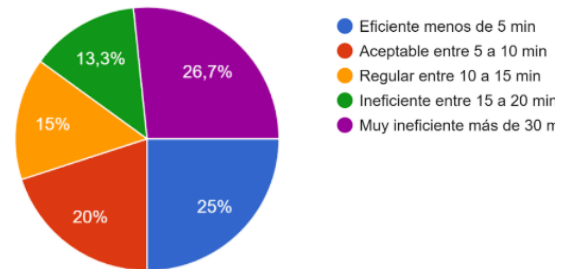


Gráfico 15: Medio de transporte

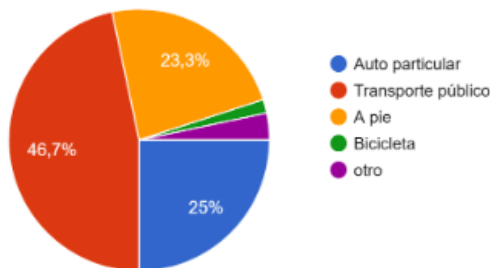


Gráfico 16: Tiempo para llegar a la unidad



Gráfico 17: Ha dejado de ir por transporte

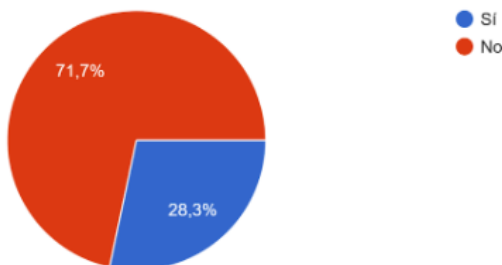
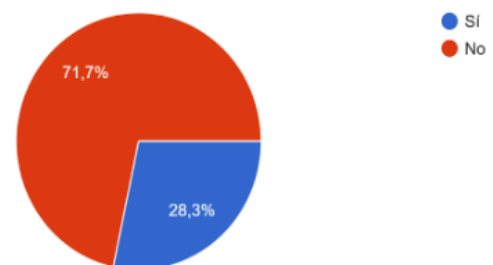
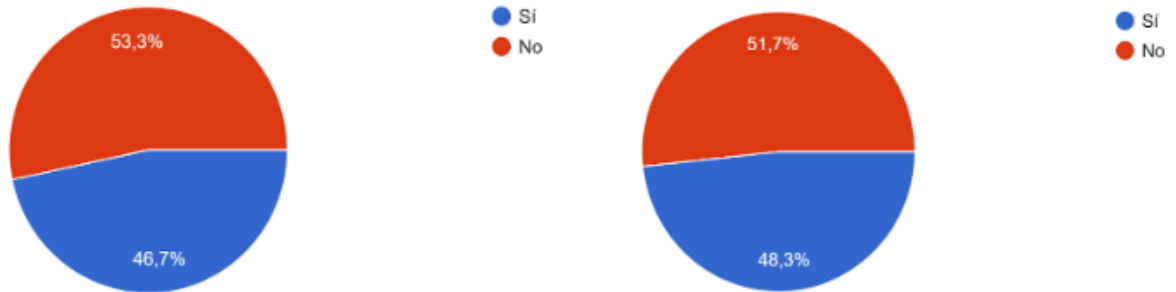


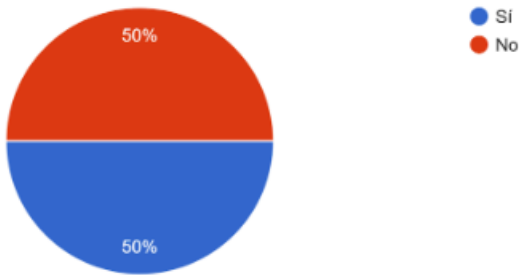
Gráfico 18: Ha dejado de ir por temas monetarios



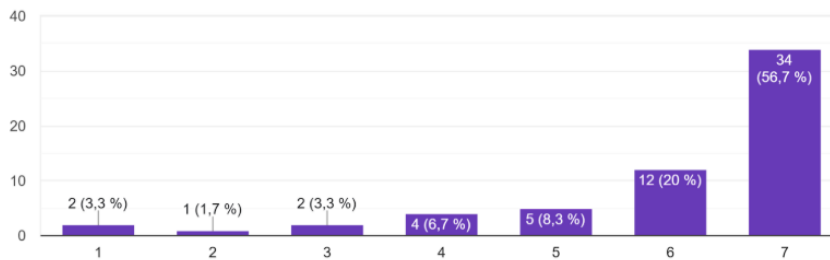
**Gráfico 24: Calificación de amabilidad y respeto por parte del personal administrativo**



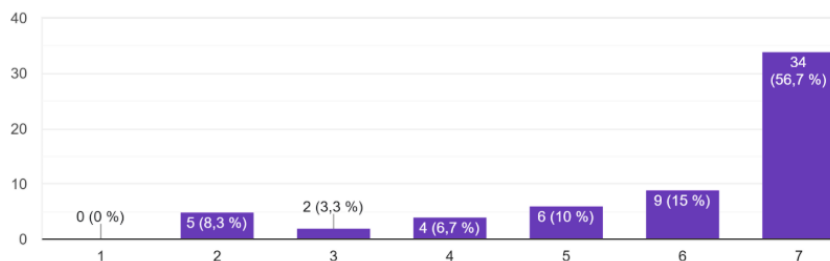
**Gráfico 21: Tiene algún pariente que le haya facilitado el transporte**



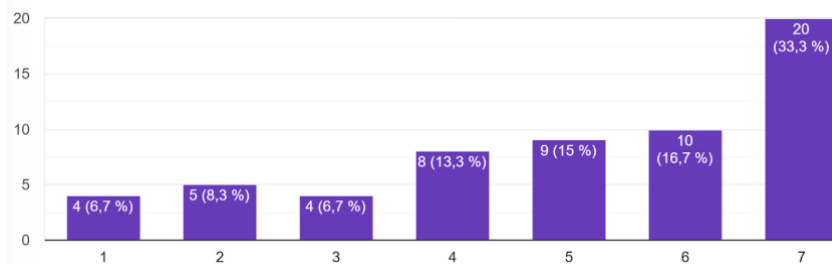
**Gráfico 22: Calificación de amabilidad y respeto por parte de los médicos**



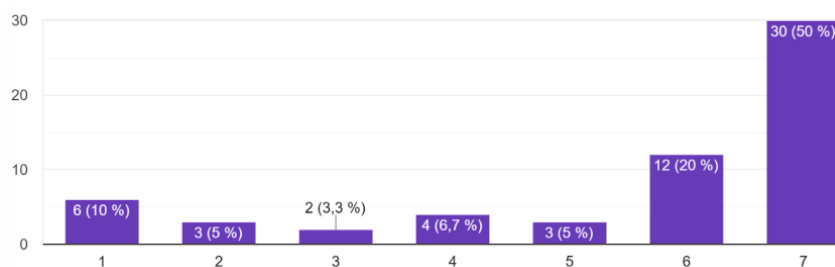
**Gráfico 23: Calificación de amabilidad y respeto por parte del personal de enfermería/auxiliares**



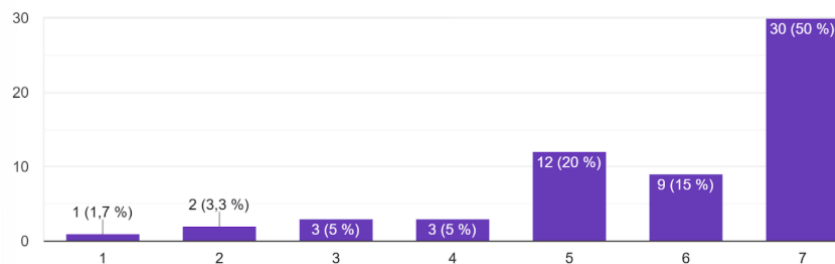
**Gráfico 28: Tipo de experiencias**



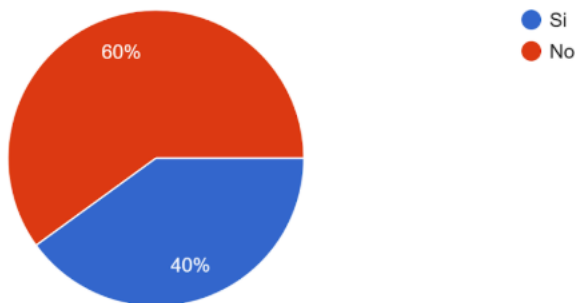
**Gráfico 25: Claridad con la que el personal le indica su diagnóstico**

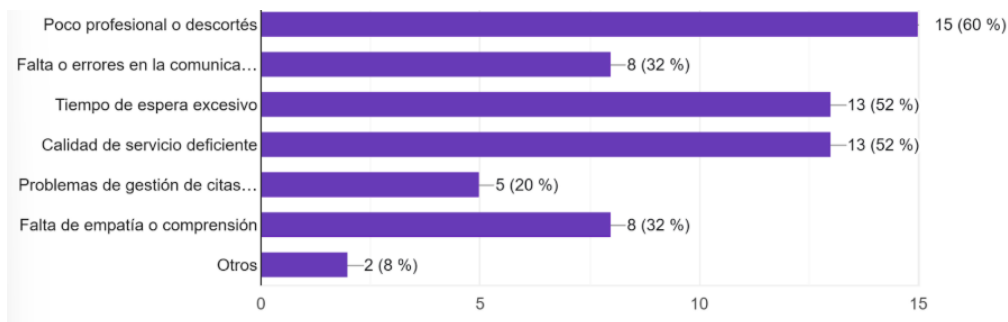


**Gráfico 26: Comodidad y limpieza del centro de salud**

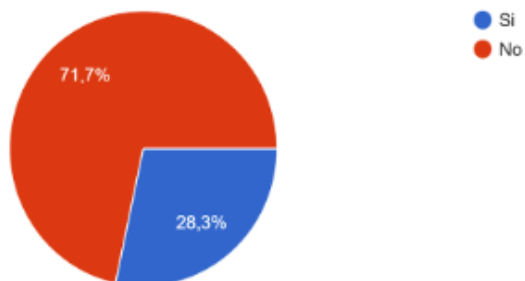


**Gráfico 27: Ha tenido malas experiencias con el personal de salud**

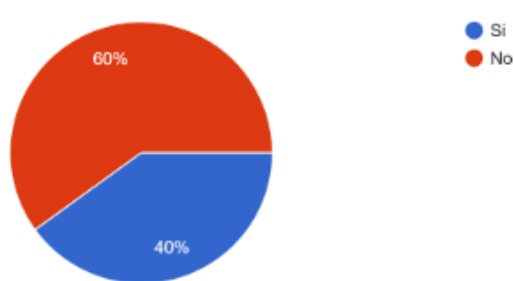




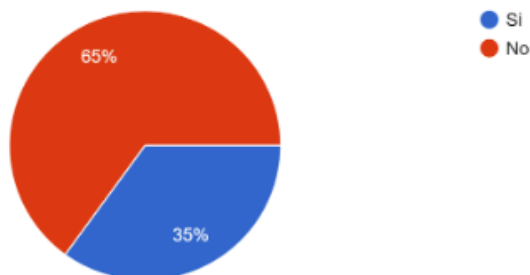
*Gráfico 29: Se ha ido de consulta sin entender*



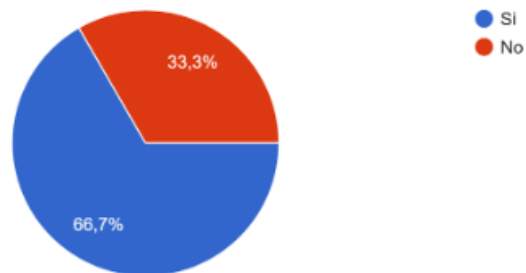
*Gráfico 30: Miedo o vergüenza a preguntar*



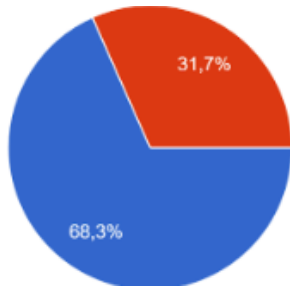
*Gráfico 31: Se ha sentido incómodo por el personal de salud*



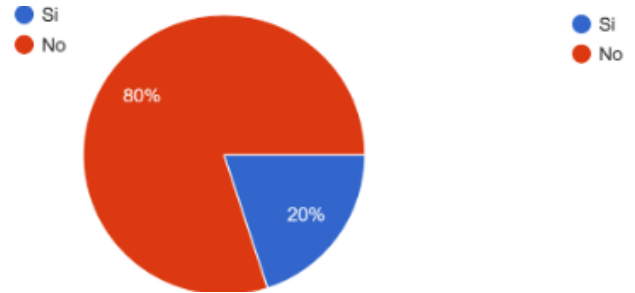
*Gráfico 32: No ha querido volver a tratarse con ese personal*



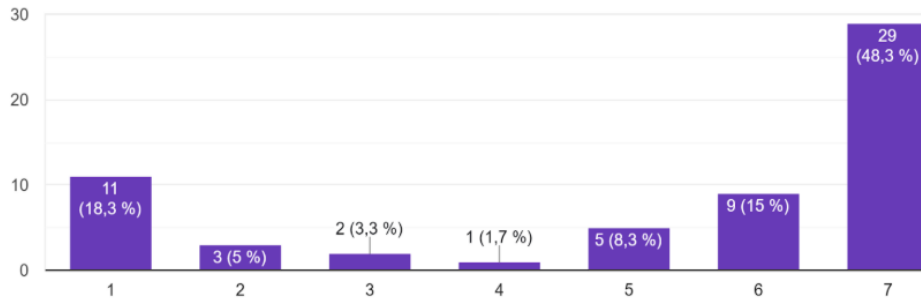
**Gráfico 33: El personal ha hecho su estancia más grata**



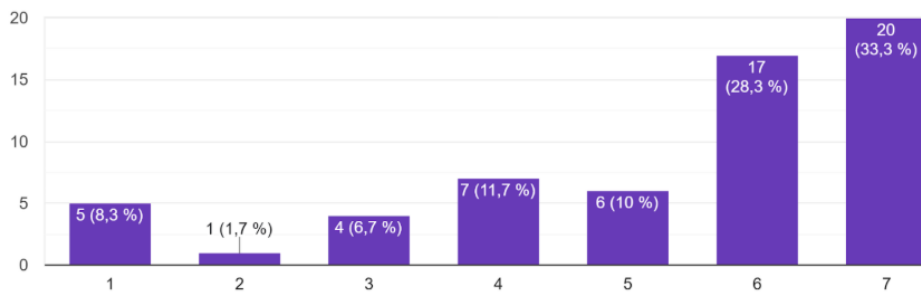
**Gráfico 34: Se ha sentido discriminado por el personal**



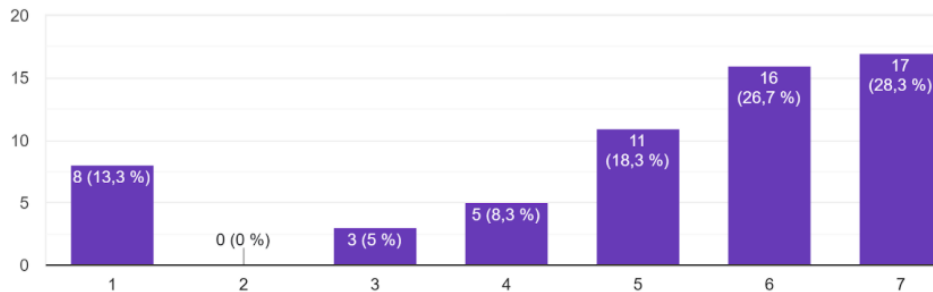
**Gráfico 35: Le recomendaría el centro de salud a un familiar suyo**



**Gráfico 36: Su experiencia en el centro de salud al que asiste**



**Gráfico 37: Grado de Satisfacción global con la atención de salud recibida en el centro de salud al que asiste.**



### h. Anexo tablas de resultados.

**Tabla 2. Tiempos de espera**

<b>Categoría</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Tiempo</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Marcar una consulta</b>	Eficiente	Menos de 5 minutos	16.7%
	Aceptable	Entre 5 a 10 minutos	28.3%
	Ineficiente	Entre 15 a 20 minutos	16.7%
	Muy ineficiente	Más de 20 minutos	38.3%
<b>Marcar una consulta y la atención</b>	Eficiente	Entre 10 a 15 minutos	31.7%
	Aceptable	Entre 15 a 20 minutos	25%
	Regular	Entre 20 a 30 minutos	13.3%
	Muy ineficiente	Más de 30 minutos	30%
<b>Ser atendido en la consulta</b>	Eficiente	Menos de 5 minutos	25%

	Aceptable	Entre 5 a 10 minutos	20%
	Regular	Entre 10 a 15 minutos	15%
	Ineficiente	Entre 15 a 20 minutos	13.3%
	Muy ineficiente	Más de 30 minutos	26.7%

*Elaboración propia.*

**Tabla 3. Percepción de trato**

<b>Personal de salud</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>
<b>Médicos</b>	3.3%	1.7%	3.3%	6.7%	8.3%	20%	56.7%
<b>Personal de enfermería/Auxiliares</b>	0%	8.3%	3.3%	6.7%	10%	15%	56.7%
<b>Personal administrativo</b>	6.7%	8.3%	6.7%	13.3%	15%	16.7%	33.3%

*Elaboración propia*

**Tabla 4. Resumen de opiniones.**

<b>Categoría</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>

<b>Recomendación</b>	18.3%	5%	3.3%	1.7%	8.3%	15%	48.3%
<b>Experiencia</b>	8.3%	1.7%	6.7%	11.7%	10%	28.3%	33.3%
<b>Satisfacción global</b>	13.3%	0%	5%	8.3%	18.3%	26.7%	28.3%

*Elaboración propia.*

## IX. Discusión

### a. Barreras:

Según la OMS/OPS (s/f), en APS se debe incluir a la sociedad con una atención centrada en las necesidades, desde la promoción y prevención hasta el tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos que pueda llegar a requerir el individuo. El acceso debe ser de calidad, con trato digno, oportuno, sin discriminación, ni costos. En este contexto, la acreditación de los establecimientos de salud, regulada por MINSAL y fiscalizada por la Superintendencia de Salud, busca asegurar estándares mínimos de calidad y equidad en atención. Sin embargo, los resultados de esta investigación evidencian barreras de acceso frecuentes de tipo: comunicación telefónica, eficiencia de comunicación, puntualidad de atención, administrativas, económicas y transporte. En cuanto a aceptabilidad destaca: experiencias negativas, temor o vergüenza, incomodidad y discriminación. En base a esto, se crea la tabla N°5: un 65% demora más de 10 minutos en lograr contactarse por teléfono con su centro; un 51,7% da la calificación más baja en la eficiencia; sobre puntualidad de atención, un 46,7% ha abandonado una institución por demoras excesivas; un 40% ha tenido experiencias negativas con el personal y la misma proporción manifestó sentir miedo o vergüenza de pedir explicación adicional, demostrando una desconfianza institucional y al personal de salud; desde lo administrativo, un 38,3% considera muy ineficiente el tiempo de espera para marcar una consulta; un 35% se ha sentido incómodo; con respecto a economía y transporte, un 28,3% se ha visto obligado a dejar de atenderse; y un 20% se ha sentido discriminado alguna vez (*Ver anexo tablas de discusión N°5*).

### b. Facilitadores:

Según Heaman et al (2015), los facilitadores son factores externos que favorecen el acceso y uso de los servicios de APS. Se resalta la importancia de una buena

relación y un interés en su bienestar, para generar confianza y seguridad. Destaca que los profesionales “tengan habilidades de comunicación efectiva, que incluya escuchar, mostrar interés y no juzgar”, facilitando la educación y comprensión. En la revisión bibliográfica de M. Hirmas, et al (2013), los principales facilitadores identificados fueron: redes de apoyo social (26%), adaptación de servicios a necesidades del paciente (11%), confianza en tratamientos (6%) y calidad en la comunicación (9%). Coincidiendo con esta investigación, donde; un 50% reporta ser ayudado por familiares para acudir al centro, un 35% que los medicamentos en las farmacias están siempre disponibles, y un 50% calificó con nota máxima la claridad de entrega de información. Además, en este estudio, se determinan como facilitadores, la amabilidad y respeto por parte de médicos, personal de enfermería, auxiliares y personal administrativo, donde se califica con la puntuación más alta de 56,7%, 56,7% y 33,3% respectivamente; el tiempo de traslado inferior a 30 minutos (73,3%), y sobre infraestructura; se valoran con el puntaje máximo la limpieza y comodidad del centro de salud (50%). En torno a esto, se crea la tabla N°6 (*Ver anexo tablas de discusión: N°6*).

### **c. Económico:**

La encuesta realizada en esta investigación muestra que una minoría (28,3%) ha dejado de atenderse por motivos económicos (*Ver anexo de gráficos: N°18*). Coincidiendo con los resultados del artículo de revisión bibliográfica de M. Hirmas et al. (2013), donde se identifican como barreras más frecuentes: costo de medicamentos, consultas y exámenes (8,7%); temor o vergüenza al atenderse (7,6%) y desconfianza hacia el equipo de salud y hacia el tratamiento prescrito (6,1%). Resultan relevantes en Chile, ya que, según el Gobierno de Chile (2022), la política del Copago Cero busca asegurar la gratuidad a quienes se atienden en toda la red asistencial bajo la Modalidad de Atención Institucional (MAI) y son

afiliados a FONASA. A su vez, las cuatro garantías que entregan las Garantías Explícitas de Salud (GES) comprenden acceso, oportunidad, protección financiera y calidad, y son exigibles por ley para las personas afiliadas a FONASA e ISAPRE (Superintendencia de Salud, s/f).

**d. Recursos:**

En el estudio por A. Chutke et al, (2022), funcionarios perciben escasez de recursos, que dificulta el tratamiento adecuado de patologías crónicas. Sin embargo, un 35% de los encuestados refiere que los medicamentos están siempre disponibles y un 28,3% que están generalmente disponibles (*Ver anexo de gráficos: N°11*). No obstante, un informe de OMS/OPS (2024) sobre desafíos en el acceso a medicamentos para la hipertensión en América Latina y el Caribe, destaca que aún existen barreras de acceso a medicamentos (listas desactualizadas, prácticas de adquisición poco transparentes y falta de acceso a dosis). Sugiriendo que, pese a percepciones positivas, podrían existir falencias estructurales (desabastecimiento intermitente, problemas de protocolo o en la cadena de suministros). Sin embargo, esta investigación, no profundiza en los factores que afectan la disponibilidad de medicamentos.

**e. Trato humano:**

La Ley N°20.584 de Derechos y Deberes hace hincapié en que el paciente tiene derecho a información oportuna y comprensible, recibir un trato digno, ser atendido con amabilidad y recibir una atención de calidad y segura (Superintendencia de salud, s/f). Pero, según Superintendencia de Salud (2015), usuarios concuerdan en que la vulneración de derechos en salud es frecuente, especialmente falta de respeto a las horas de atención. Respaldando los resultados, un 46,7% declaró abandonar una atención por demoras excesivas (*Ver anexo de gráficos: N°19*). El segundo, trato amable, en la muestra un 56,7%

evaluó con nota 7 el trato recibido por parte de médicos y enfermería (*Ver anexo de gráficos: N°22-23*). Sin embargo, un 40% reportó experiencias negativas. (*Ver anexo de gráficos: N°27*), revelando que, a pesar de valoraciones positivas, persiste un recuerdo de malos tratos, afectando la percepción general de calidad, destacando trato poco profesional y/o descortés, calidad deficiente y tiempo de espera excesivo (*Ver anexo de gráficos: N°28*). También señala que los derechos más valorados son ser atendido con dignidad y oportuno, utilizar lenguaje comprensible y acceso a atención segura y de calidad. No obstante, una minoría calificó con nota 7 la puntualidad de atención (*Ver anexo de gráficos: N°10*), y un 46,7% declaró abandonar el centro por una demora excesiva (*Ver anexo de gráficos: N°19*). Un 40% señaló no realizar preguntas por temor o vergüenza (*Ver anexo de gráficos: N°30*). Solo un 50% calificó con nota 7 la claridad del diagnóstico entregado por el personal (*Ver anexo de gráficos: N°25*). Por último, el estudio percibe discriminación hacia ciertos sectores (adultos mayores, y pobladores rurales). Coincidiendo esta investigación; 35% reportó sentirse incómodo por el personal (*Ver anexo de gráficos: N°31*), 66,7% reconoció no querer volver a tratarse con el mismo profesional (*Ver anexo de gráficos: N°32*), y 20% señaló sentirse discriminado (*Ver anexo de gráficos: N°34*).

**f. Anexo tablas de discusión.**

**Tabla 5. Barreras identificadas**

<b>Barreras</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Comunicación telefónica</b>	65%
<b>Eficiencia de comunicación</b>	51,7%
<b>Puntualidad de atención</b>	46,7%
<b>Experiencias negativas</b>	40%
<b>Temor o vergüenza</b>	40%
<b>Administrativas</b>	38,3%
<b>Incomodidad</b>	35%
<b>Económicas</b>	28,3%
<b>Transporte</b>	28,3%
<b>Discriminación</b>	20%

*Elaboración propia.*

**Tabla 6. Facilitadores identificados**

<b>Facilitadores</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Tiempo de transporte</b>	73,3%
<b>Amabilidad y respeto de médicos</b>	56,7%

<b>Amabilidad y respeto de personal de enfermería y auxiliares</b>	56,7%
<b>Transporte mediante familiares</b>	50%
<b>Claridad de entrega de información</b>	50%
<b>Comodidad y limpieza</b>	50%
<b>Transporte público</b>	46,7%
<b>Disponibilidad de insumos</b>	35%
<b>Amabilidad y respeto de personal administrativo</b>	33,3%

*Elaboración propia.*

## X. Conclusión

La presente investigación, alcanzó su objetivo general, visibilizando la interacción que mantiene esta población con el sistema de salud público, aportando evidencia local y actualizada. Entre los resultados más relevantes se destacan las preguntas de amabilidad y respeto; se pesquisó una mayor dispersión hacia calificaciones más bajas en el personal administrativo en comparación al personal médico y de enfermería (*Ver anexo tablas de resultados: N°3*). Por esto, es necesario mencionar que, a pesar de la valoración positiva, un número significativo de personas ha experimentado episodios de discriminación, incomodidad, dificultad de comunicación y falta de comprensión en la atención (*Ver anexo de gráficos: N°25-29-31-34*). Además, el tiempo de espera en atención al usuario (*Ver anexo de gráficos: N°12*) es percibido como muy deficiente, manifestando alta disconformidad. Finalmente, la atención vía telefónica presenta una gran dificultad; destacando que un 51,7% reporta una deficiencia en el proceso (*Ver anexo de gráficos: N°8*).

Respecto a los alcances y limitaciones del estudio, se destaca que, aunque la metodología cuantitativa permitió identificar las frecuencias y modas de las barreras y facilitadores en APS, no se pudo profundizar específicamente en recomendaciones explícitas, ya que en el instrumento de encuesta no se incluyeron preguntas que dieran espacio a los participantes de dar su opinión o propuesta personal. Y, aunque se pueden inferir desde las respuestas, implicaría un juicio de valor. Además, se llegó al acuerdo de disminuir el tamaño de la muestra, de 100 a 60 personas, debido a dificultades en la recolección. Por último, en el área de información general, se incluye una pregunta sobre previsión de salud (*Ver anexo de gráficos: N°3*), generando una dificultad al analizar los resultados.

Como vacíos de conocimiento, se encuentra que un 28,3% reconoció dejar de atenderse en centros de salud por motivos monetarios (*Ver anexo de gráficos: N°18*), cayendo en la pregunta “¿Qué problemas monetarios existieron para dejar de atenderse en salud pública?”, asimismo; se resalta una alta disponibilidad de medicamentos, sin embargo, el acceso, profundizando en listas de espera y limitaciones de horarios, no fue un factor evaluado. Es por esto, que, como nuevas interrogantes, se sugiere explorar mediante metodologías cualitativas las barreras económicas descritas por pacientes FONASA, evidenciando puntos de mejora en los beneficios ofrecidos. También, se recomienda profundizar en el acceso a la disponibilidad de insumos.

En cuanto a las consideraciones para Enfermería y la salud, se reafirma que, al ser parte activa del sistema, es necesario que los profesionales trabajen con una comprensión profunda del concepto de calidad, entendida no solo como eficacia clínica, sino también como garantía de trato digno, acceso oportuno y comunicación efectiva que complementa nuestra gestión del cuidado humanizado. Los hallazgos de esta investigación precisan las necesidades de la población, contribuyendo a mejorar la práctica clínica y a generar evidencia para la orientación de políticas públicas sensibles, inclusivas y centradas en las personas; lo que resulta importante, especialmente, en la profesión de enfermería para el rol de promoción y prevención de salud.

## XI. Referencias

1. United Nations. (s. f.). *Envejecimiento | Naciones Unidas*.  
<https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
2. *Adultos mayores en Chile: ¿Cuántos hay? ¿Dónde viven? ¿Y en qué trabajan?* (2020, 15 abril). Instituto Nacional de Estadísticas.  
<https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/seguridad-publica-y-justicia/seguridad-ciudadana/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>
3. *Envejecimiento e inequidades socio sanitarias - Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos - Universidad de Chile*. (03 de octubre del 2022).  
<https://inta.uchile.cl/noticias/201746/envejecimiento-e-inequidades-socio-sanitarias>
4. Leiva, A. M., Troncoso-Pantoja, C., Martínez-Sanguinetti, M. A., Nazar, G., Concha-Cisternas, Y., Martorell, M., Ramírez-Alarcón, K., Petermann-Rocha, F., Cigarroa, I., Díaz, X., & Celis-Morales, C. (2020). *Personas mayores en Chile: el nuevo desafío social, económico y sanitario del Siglo XXI*. *Revista Médica de Chile*, 148(6), 799-809.  
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000600799>
5. *Arica y Parinacota: La segunda región con mayor porcentaje de localidades aisladas | Subdere*. (23 de enero del 2015).  
<https://www.subdere.gov.cl/documentacion/arica-y-parinacota-la-segunda-regi%C3%B3n-con-mayor-porcentaje-de-localidades-aisladas>
6. *Calidad de la atención*. (s/f). World Health Organization. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.who.int/es/health-topics/quality-of-care>

7. (S/f). Gob.cl. Servicio Nacional del Adulto Mayor. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.senama.gob.cl/servicio-nacional-del-adulto-mayor>
8. *Censos de Población y Vivienda*. (s/f) Instituto Nacional de Estadísticas. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/censos-de-poblacion-y-vivienda/censos-de-poblacion-y-vivienda>
9. *Seguridad ciudadana* (s/f). Instituto Nacional de Estadísticas. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.ine.gob.cl/estadisticas/sociales/seguridad-publica-y-justicia/seguridad-ciudadana/2020/04/15/adultos-mayores-en-chile-cu%C3%A1ntos-hay-d%C3%B3nde-viven-y-en-qu%C3%A9-trabajan>
10. Rojas, F. H., Rodríguez, L., Julibeth, C., & León, R. (n.d.). *Documentos de trabajo* (Septiembre, 2022). [https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=fa394551\\_2](https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/documentos-de-trabajo/envejecimiento-en-chile-evolucion-y-caracteristicas-de-las-personas-mayores.pdf?sfvrsn=fa394551_2)
11. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s.f.). *Atención primaria de salud*. <https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud>
12. *Servicio de Salud Metropolitano Norte*: (s/f). Ssmn.cl. Recuperado el 21 de abril de 2024, de [https://www.ssmn.cl/atencion\\_primaria.ajax.php](https://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php)
13. *Salud Universal*. (s/f). Paho.org. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/salud-universal>
14. *Accesibilidad*. (s/f). Observatorio de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 21 de abril de 2024, de

<https://www.superdesalud.gob.cl/observatorio/674/w3-propertyvalue-7984.html>

15. *Barreras de acceso en salud*. (02 de diciembre del 2019). Facultad de Economía y Negocios. <https://fen.uchile.cl/es/columnaopinion/ver/barreras-de-acceso-en-salud>
16. *Ley de derechos y deberes*. (s/f). Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.superdesalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html>
17. *Municipalidad San Bernardo (Octubre 2015), Diagnóstico Territorial Participativo en Salud San Bernardo* [https://www.corsaber.cl/interiores/salud/pdf/Diagnostico\\_Participativo.pdf](https://www.corsaber.cl/interiores/salud/pdf/Diagnostico_Participativo.pdf)
18. *Corporación Desarrollo Social de Buin (2021), Plan de Salud*. <https://www.corporacionbuin.cl/wp-content/uploads/2023/08/plan-de-salud-2021.pdf>
19. *Derechos humanos*. (01 de diciembre del 2023). World Health Organization. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
20. Paco González Ulibarry, A, BCN. (2019). *Definiciones relacionadas a la ruralidad*. [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivoid=repositorio/10221/26971/1/Definiciones\\_relacionadas\\_a\\_la\\_ruralidad.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivoid=repositorio/10221/26971/1/Definiciones_relacionadas_a_la_ruralidad.pdf)
21. Organización de las Naciones Unidas-Hábitat. (25 de enero del 2021). *¿Cómo definir ciudades, pueblos y áreas rurales?* Org.mx.

- <https://onuhabitat.org.mx/index.php/como-definir-ciudades-pueblos-y-areas-rurales>
22. *Determinantes sociales de la salud*. (s/f). Paho.org. Recuperado el 24 de abril de 2024, de <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
23. (S/f). Minsal.cl. Recuperado el 24 de abril de 2024, de <https://saludresponde.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/11/Presentacion-estructura-minsal.pdf>
24. Ruiz, Á. M., Ah, A. L., & Del Llano Señarís, J. E. (2022). Los determinantes sociales de la salud en España (2010-2021): una revisión exploratoria de la literatura. *Revista española de salud pública*, 96. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35582978/>
25. Hernández-Ascanio, J., Perula-de Torres, L. Á., Rich-Ruiz, M., Roldán-Villalobos, A. M., Perula-de Torres, C., & Ventura Puertos, P. E. (2022). *Condicionantes para el abordaje del aislamiento social y la soledad de adultos mayores no institucionalizados desde la atención primaria de salud*. *Atención Primaria*, 54(2), 102218. doi:10.1016/j.aprim.2021.102218 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002523>
26. Hirmas Aduy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. *Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa*. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;33(3):223–<https://journal.paho.org/sites/default/files/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>

27. Albala, C. (2020). *EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN CHILENA y LOS DESAFÍOS PARA LA SALUD y EL BIENESTAR DE LAS PERSONAS MAYORES*. *Revista Médica Clínica las Condes*, 31(1), 7-12.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864019301191>
28. Camargo-Plazas, P., Robertson, M., Costa, I. G., Paré, G. C., Alvarado, B., & Duhn, L. (2022). *The big challenge out here is getting stuff: How the social determinants of health affect diabetes self-management education for seniors*. *New Trends in Qualitative Research*, 11.  
[https://www.researchgate.net/publication/368957347\\_The\\_big\\_challenge\\_out\\_here\\_is\\_getting\\_stuff\\_How\\_the\\_social\\_determinants\\_of\\_health\\_affect\\_diabetes\\_self-management\\_education\\_for\\_seniors](https://www.researchgate.net/publication/368957347_The_big_challenge_out_here_is_getting_stuff_How_the_social_determinants_of_health_affect_diabetes_self-management_education_for_seniors)
29. *Estándares de accesibilidad, adaptabilidad y aceptabilidad - Social Protection and Human Rights*. (2019, 9 enero).  
Social Protection And Human Rights.  
<https://socialprotection-humanrights.org/framework-principles-standards-of-accessibility-es/>
30. *Envejecimiento e inequidades socio sanitarias*. (2022, octubre 3). Uchile.cl.  
<https://inta.uchile.cl/noticias/201746/envejecimiento-e-inequidades-socio-sanitarias>
31. Muñoz Muñoz, C., & Monrroy Uarac, M. (2020). La participación en organizaciones sociales de personas mayores que viven en zonas rurales del sur de Chile y su efecto sobre la salud. *Población y salud en*

*mesoamérica*, 17(2), 205–225.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44664664009>

32. Pesse-Sorensen, K., Fuentes-García, A., & Ilabaca, J. (2019). Estructura y funciones de la Atención Primaria de Salud según el Primary Care Assessment Tool para prestadores en la comuna de Conchalí - Santiago de Chile. *Revista Médica de Chile*, 147(3), 305-313.  
<https://doi.org/10.4067/s0034-98872019000300305>
33. Shidhaye, R., Raghavan, V., Viswan, K. A., & Chutke, A. P. (n.d.). Perceptions of and challenges faced by primary healthcare workers about preconception services in rural India: A qualitative study using focus group discussion. <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.888708/full>
34. Aparisi, J. C. S. (Marzo del 2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, 22.  
<https://doi.org/10.4067/s0718-92732010000100006>
35. (s/f) Etica de las investigaciones con ensayos clinicos. Instituto de Salud Publica (ISP). Recuperado el 10 de Junio del 2024  
[https://ensayosclinicos.ispch.gob.cl/DOCS/5\\_ETICA\\_INVESTIGACION\\_CON\\_ECA.pdf.pdf](https://ensayosclinicos.ispch.gob.cl/DOCS/5_ETICA_INVESTIGACION_CON_ECA.pdf.pdf) (ispch.gob.cl)
36. Dixis, F. P., & Maria, C. C. G. (s. f.). *Accesibilidad a los servicios públicos de salud: la visión de los usuarios de la Estrategia Salud de la Familia*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100013](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100013)

37. León, J. C. (2015, 24 marzo). *Definición facilitadores* [Diapositivas]. SlideShare. <https://es.slideshare.net/slideshow/definicion-facilitadores/46243628>
38. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española (2024). <https://dle.rae.es/cuantitativo>
39. *Diccionario de cáncer del NCI*. Instituto Nacional del Cancer (s. f.). Cancer.gov. <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/estudio-de-observacion>
40. Arias, E. R. (2024, 19 marzo). *Investigación descriptiva: Qué es, tipos y ejemplos*. Economipedia. <https://economipedia.com/definiciones/investigacion-descriptiva.html>
41. *Diseño de estudios transversales*. (s. f.). McGraw Hill Medical. <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1721&ionid=115929954#:~:text=El%20dise%C3%B1o%20de%20estudios%20transversales,%20en%20un%20momento%20dado>.
42. Concepto y principios de la bioética. Secretaría de salud Hospital Juárez (s/f) [https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB052\\_57D18006D362B/\\$FILE/ceboax-0105.pdf](https://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/59F0B1DFF4B09FFB052_57D18006D362B/$FILE/ceboax-0105.pdf)
43. *Investigación cualitativa y cuantitativa: características y ventajas*. (2024, 5 junio). Santander Open Academy. <https://www.santanderopenacademy.com/es/blog/cualitativa-y-cuantitativa.html>

44. *Reporte comunal - Biblioteca del Congreso Nacional de Chile*. (2017). <https://www.bcn.cl/siit/reportescomunales/comunal.html?unidad=Comunales&anno=2017>
45. Vega Hirmas, M. (2023). La salud pública en el siglo XXI: desafíos para la equidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e18. <https://journal.paho.org/sites/default/files/09--Arti--Hirmas--223-229.pdf>
46. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024, 26 de agosto). Estudio de la OPS destaca desafíos en el acceso a medicamentos para la hipertensión en América Latina y el Caribe. <https://www.paho.org/es/noticias/26-8-2024-estudio-ops-destaca-desafios-acceso-medicamentos-para-hipertension-america>
47. Chutke, A. P., Doke, P. P., Gothankar, J. S., Pore, P. D., Palkar, S. H., Patil, A. V., Deshpande, A. V., Bhuyan, K. K., Karnataki, M. V., & Shrotri, A. N. (2022). Perceptions of and challenges faced by primary healthcare workers about preconception services in rural India: A qualitative study using focus group discussion. *Frontiers In Public Health*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.888708>
48. Pinto, L. F., Figueiredo Neto, A. D., & Soranz, D. (2017). Satisfação dos usuários da atenção básica em relação aos serviços farmacêuticos do Sistema Único de Saúde, Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 51(supl 2), 15s. <https://www.scielo.br/j/rsp/a/4LyHZLWQpPb5mDqDvqr7VXz/?lang=pt>
49. Superintendencia de Salud (Chile). (2015). *Satisfacción usuaria en establecimientos de atención primaria* [Informe]. Superintendencia de Salud. [https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2015/03/articles-12611\\_recurso\\_1.pdf](https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2015/03/articles-12611_recurso_1.pdf)

50. Henríquez, J. (2022, septiembre). *Limitaciones al acceso de las garantías explícitas de salud (GES): Diagnóstico y propuestas* (Documento de trabajo N° 458). Centro de Estudios Públicos (CEP Chile). [https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/pder458\\_jhenriquez.pdf](https://static.cepchile.cl/uploads/cepchile/2022/09/pder458_jhenriquez.pdf)
51. Heaman, M. I., Sword, W., Elliott, L., Moffatt, M., Helewa, M. E., Morris, H., Gregory, P., Tjaden, L., & Cook, C. (2015). Barriers and facilitators related to use of prenatal care by inner-city women: Perceptions of health care providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15, 431. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0431-5>
52. *Ley de derechos y deberes*. (s/f). Preguntas Frecuentes. Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. Recuperado el 21 de abril de 2024, de <https://www.superdesalud.gob.cl/consultas/667/w3-propertyvalue-4185.html>
53. *Garantías Explícitas en Salud (GES) - Orientación en Salud*. (s. f.). Superintendencia de Salud, Gobierno de Chile. <https://www.superdesalud.gob.cl/tax-temas-de-orientacion/garantias-explicitas-en-salud-ges-1962/>
54. Gobierno de Chile. (2022). *Copago Cero* [Sitio web]. <https://www.gob.cl/copagocero/>