

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN
PERCEPTION OF THE QUALITY OF CARE IN PATIENTS WITH CHRONIC DISEASES AT THE PRIMARY AND SECONDARY LEVELS OF CARE

Autores: ¹Jessica Mariana Freire Montesdeoca.

¹ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4997-9363>

¹E-mail de contacto: cjm.freirem@uta.edu.ec

Afiliación: ¹*Universidad Estatal de Milagro, (Ecuador).

Artículo recibido: 11 de Diciembre del 2025

Artículo revisado: 14 de Diciembre del 2025

Artículo aprobado: 18 de Diciembre del 2025

¹Doctora en Medicina y Cirugía, egresada de la Universidad Central del Ecuador (Ecuador), con 22 años de experiencia laboral. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, egresada de la Universidad Técnica de Ambato (Ecuador). Diplomado en Desarrollo Local y Salud, obtenido en la Universidad Particular de Loja (Ecuador).

Resumen

El objetivo del estudio fue analizar la percepción de la calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas en el primer y segundo nivel de atención. Se realizó una búsqueda en PubMed, SciELO y Google Académico siguiendo lineamientos PRISMA, identificando 201 artículos de los cuales 20 cumplieron criterios de inclusión tras eliminación de duplicados y evaluación metodológica rigurosa. Los estudios seleccionados incluyeron investigaciones cuantitativas, cualitativas y mixtas realizadas entre 2020 y 2025 en contextos geográficos diversos incluyendo España, México, Ecuador, Malawi, Estados Unidos, Vietnam, Arabia Saudita, Irlanda, China, Etiopía, Bélgica, Inglaterra y Omán. Los resultados demuestran que la percepción de calidad se fundamenta principalmente en aspectos interpersonales como dignidad, confidencialidad y comunicación efectiva, mientras que continuidad del cuidado, tiempos de espera y coordinación entre niveles asistenciales constituyen áreas críticas de insatisfacción. Los factores determinantes incluyen características sociodemográficas como clase social, nivel educativo, género y etnia, factores organizacionales como competencia profesional y sobrecarga laboral, y elementos relacionales como concordancia cultural médico-paciente. Las barreras identificadas comprenden fragmentación asistencial, descoordinación entre especialistas, comunicación deficiente sobre tratamientos,

limitaciones en infraestructura rural, barreras económicas para medicamentos y ausencia de sistemas efectivos de transferencia de información clínica. La revisión concluye que mejorar la percepción de calidad requiere intervenciones simultáneas en formación profesional, condiciones organizacionales, integración entre niveles asistenciales y fortalecimiento de modelos centrados en la persona que garanticen continuidad longitudinal del cuidado para pacientes con enfermedades crónicas.

Palabras clave: **Calidad de la atención de salud, Enfermedad crónica, Atención primaria de salud, Atención secundaria de salud, Satisfacción del paciente.**

Abstract

The aim of this study was to analyze the perception of quality of care among patients with chronic diseases at the primary and secondary levels of care. A search was conducted in PubMed, SciELO, and Google Scholar following PRISMA guidelines, identifying 201 articles, of which 20 met inclusion criteria after duplicate removal and rigorous methodological evaluation. The selected studies included quantitative, qualitative, and mixed-methods research conducted between 2020 and 2025 in diverse geographical contexts, including Spain, Mexico, Ecuador, Malawi, the United States, Vietnam, Saudi Arabia, Ireland, China, Ethiopia, Belgium, England, and Oman. The results demonstrate that the perception of quality is primarily based on interpersonal

aspects such as dignity, confidentiality, and effective communication, while continuity of care, waiting times, and coordination between levels of care constitute critical areas of dissatisfaction. Determining factors include sociodemographic characteristics such as social class, educational level, gender, and ethnicity; organizational factors such as professional competence and workload; and relational elements such as doctor-patient cultural concordance. The identified barriers include fragmented care, lack of coordination among specialists, poor communication about treatments, limitations in rural infrastructure, economic barriers to medications, and the absence of effective clinical information transfer systems. The review concludes that improving the perception of quality requires simultaneous interventions in professional training, organizational conditions, integration between levels of care, and strengthening of person-centered models that guarantee longitudinal continuity of care for patients with chronic diseases.

Keywords: Quality of health care, Chronic disease, Primary health care, Secondary care, Patient satisfaction.

Sumário

O objetivo deste estudo foi analisar a percepção da qualidade da assistência entre pacientes com doenças crônicas nos níveis primário e secundário de atenção à saúde. Foi realizada uma busca nas bases de dados PubMed, SciELO e Google Scholar, seguindo as diretrizes PRISMA, identificando 201 artigos, dos quais 20 atenderam aos critérios de inclusão após a remoção de duplicatas e rigorosa avaliação metodológica. Os estudos selecionados incluíram pesquisas quantitativas, qualitativas e de métodos mistos, conduzidas entre 2020 e 2025 em diversos contextos geográficos, incluindo Espanha, México, Equador, Malawi, Estados Unidos, Vietnã, Arábia Saudita, Irlanda, China, Etiópia, Bélgica, Inglaterra e Omã. Os resultados demonstram que a percepção da qualidade se baseia principalmente em aspectos interpessoais, como dignidade,

confidencialidade e comunicação eficaz, enquanto a continuidade do cuidado, os tempos de espera e a coordenação entre os níveis de atenção constituem áreas críticas de insatisfação. Os fatores determinantes incluem características sociodemográficas, como classe social, nível de escolaridade, gênero e etnia; fatores organizacionais, como competência profissional e carga de trabalho; e elementos relacionais, como a concordância cultural entre médico e paciente. As barreiras identificadas incluem o atendimento fragmentado, a falta de coordenação entre especialistas, a comunicação deficiente sobre tratamentos, as limitações da infraestrutura rural, as barreiras econômicas ao acesso a medicamentos e a ausência de sistemas eficazes de transferência de informações clínicas. A revisão conclui que a melhoria da percepção de qualidade requer intervenções simultâneas na formação profissional, nas condições organizacionais, na integração entre os níveis de atenção e no fortalecimento de modelos centrados na pessoa que garantam a continuidade longitudinal do cuidado para pacientes com doenças crônicas.

Palavras-chave: Qualidade da assistência à saúde, Doença crônica, Atenção primária à saúde, Atenção secundária à saúde, Satisfação do paciente.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen las principales causas de muerte y discapacidad a nivel global, representando 41 millones de defunciones anuales, equivalentes al 71% de todas las muertes, siendo las cuatro principales la diabetes mellitus, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y las cardiovasculares (Kabir, A., et al. 2022). La atención primaria de salud constituye el primer punto de contacto para los pacientes, siendo crucial para el manejo continuo de estas condiciones crónicas que requieren apoyo prolongado o de por vida, promoviendo servicios de salud esenciales y mejorando los resultados sanitarios. El primer nivel de atención debe ser accesible para los

ciudadanos evitando barreras ante sus necesidades de salud, donde un equipo multidisciplinario brinda cuidados integrales que responden a las necesidades de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados al final de la vida (Ramal, J., et al. 2020).

La percepción del paciente sobre la calidad de atención ha sido significativamente asociada con los resultados en salud, demostrándose que las percepciones positivas de la atención se vinculan con mejores resultados clínicos y mayor adherencia terapéutica en pacientes con VIH, depresión y diabetes. A medida que los sistemas de salud evolucionan hacia modelos centrados en el paciente, la percepción se ha convertido en una métrica fundamental para la evaluación de la calidad asistencial, relacionándose directamente con la empatía, la confianza en el médico y la efectividad de la comunicación. La evaluación de esta percepción permite identificar áreas de mejora en los servicios de salud y optimizar la experiencia del paciente durante su proceso de atención (Torain, M., et al. 2021).

En pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus atendidos en programas de control cardiovascular en atención primaria, manifestar dolor o malestar, tener problemas en las actividades cotidianas y el no control de la hipertensión arterial disminuyó la percepción de la calidad de vida relacionada con la salud (Parra, D., et al. 2021). La importancia de la atención centrada en el paciente en el cuidado de la salud de personas con enfermedades crónicas ha sido progresivamente destacada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organizaciones nacionales de salud, vinculándose con mejores resultados sanitarios, mayor satisfacción del paciente y mejor manejo de enfermedades crónicas prevalentes. Los

pacientes con alta implementación de atención centrada presentaron tasas de readmisión hospitalaria significativamente menores, mejor manejo de enfermedades crónicas y mayor adherencia a planes de cuidado, demostrando que la percepción positiva de calidad se traduce en beneficios clínicos medibles (Alodhialah, A., et al. 2025).

A nivel mundial las intervenciones de salud digital para el manejo de enfermedades crónicas en atención primaria europea han sido ampliamente evaluadas mediante revisiones sistemáticas que analizaron 9,829 registros, incluyendo 23 estudios controlados aleatorizados principalmente de Reino Unido y España. Las condiciones más investigadas fueron la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial, con intervenciones centradas en monitorización, educación en autocuidado y comunicación digital, aunque los hallazgos revelan que estas intervenciones aún no han demostrado beneficios sustanciales sobre la atención tradicional. Se observaron mejoras moderadas particularmente en la presión arterial sistólica, aunque el impacto permanece limitado, evidenciando la necesidad de investigación adicional para mejorar la efectividad de las intervenciones de salud digital en el manejo de enfermedades crónicas (Ambrosi, E., et al. 2025).

A nivel de Latinoamérica, un estudio realizado por Ollé, L., et al. (2021), con 784 pacientes crónicos por país en redes sanitarias públicas de seis países latinoamericanos, incluyendo Argentina, Brasil, Chile, Colombia, México y Uruguay, demostró que los pacientes crónicos perciben discontinuidades significativas en el intercambio de información clínica entre médicos de atención primaria y secundaria, así como en el acceso a atención secundaria tras una referencia. Los resultados evidencian que,

aunque existen diferencias notables entre las redes analizadas, los pacientes perciben problemas sustanciales en la coherencia clínica entre niveles de atención. La continuidad relacional y la transferencia de información entre niveles asistenciales se asociaron positivamente con la percepción de calidad de la atención, destacando la importancia de fortalecer la coordinación entre el primer y segundo nivel en los sistemas de salud latinoamericanos (Ollé, L., et al. 2021).

A nivel de Ecuador, un estudio realizado por Bonilla, P., et al. (2020) con 283 pacientes mayores de 60 años con enfermedades crónicas atendidos en centros de salud del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en Loja reveló que las enfermedades más prevalentes fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, seguida de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Los pacientes con mayor número de enfermedades crónicas reportaron peor estado funcional, mayores niveles de depresión y mayor dependencia, evidenciando necesidades específicas del sistema de salud ecuatoriano. El cáncer, la demencia y la hipertensión arterial contribuyeron mayormente a los niveles de dependencia, demostrando que las enfermedades crónicas representan las principales causas de morbilidad en el contexto ecuatoriano y requieren abordajes integrales desde el primer nivel de atención (Bonilla, P., et al. 2020).

La problemática actual radica en que la reorganización de los servicios de salud durante la pandemia en Ecuador evidenció que los pacientes con hipertensión arterial y diabetes no pudieron asistir a citas presenciales para el seguimiento de sus enfermedades crónicas, y las fallas del sistema relacionadas con el suministro de medicamentos condujeron al incremento de pagos de bolsillo. Esta situación, junto con la

reducción o ausencia de ingresos económicos y en un contexto con políticas de protección social limitadas, resultó en que los pacientes frecuentemente pasaron períodos prolongados sin atención adecuada, evidenciando barreras significativas en el acceso a servicios de salud para pacientes crónicos. La problemática se intensifica al considerar las diferencias urbanorurales en el acceso, el deterioro del manejo de diabetes e hipertensión, y la afectación diferencial según los determinantes sociales de la salud, configurando un panorama de inequidades en la percepción de calidad de atención que requiere investigación sistemática para identificar áreas críticas de mejora en el primer y segundo nivel de atención (Puig, M., et al. 2023).

Por lo que, realizar este estudio es fundamental porque la atención centrada en el paciente ha sido progresivamente destacada por la OMS como elemento vinculado con mejores resultados sanitarios, mayor satisfacción del paciente y mejor manejo de enfermedades crónicas prevalentes en pacientes adultos mayores. La evidencia demuestra que los pacientes con alta implementación de atención centrada presentaron tasas de readmisión hospitalaria significativamente menores, con reducción del 20.6%, mejor manejo de enfermedades crónicas con mejora del 20.6%, e incremento del 22.2% en adherencia a planes de cuidado. Investigar la percepción de calidad de atención en el contexto ecuatoriano permitirá identificar las barreras específicas que enfrentan los pacientes crónicos en el primer y segundo nivel de atención, proporcionando evidencia científica para implementar estrategias de mejora basadas en las necesidades reales de los usuarios del sistema de salud, contribuyendo al fortalecimiento de la atención primaria y la continuidad asistencial en ECNT (Alodhialah, A., et al. 2025).

En consecuencia el objetivo de este estudio es analizar la percepción de la calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas en el primer y segundo nivel de atención, con el fin de, identificar los factores determinantes que influyen en la percepción de calidad de atención reportados por pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en el primer y segundo nivel de atención; describir las dimensiones de calidad de atención más valoradas por los pacientes con enfermedades crónicas según los estudios incluidos en la revisión sistemática, diferenciando entre contextos geográficos y características poblacionales; y sintetizar las barreras y facilitadores de acceso a servicios de salud que afectan la percepción de calidad en pacientes crónicos atendidos en atención primaria y secundaria.

Materiales y Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura científica siguiendo los lineamientos de la declaración PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) para identificar, seleccionar y analizar artículos científicos sobre la percepción de la calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas en el primer y segundo nivel de atención. El diseño metodológico permitió sintetizar la evidencia científica disponible de manera sistemática y reproducible, garantizando la rigurosidad en la selección de estudios relevantes para responder a la pregunta de investigación planteada (Page et al., 2021).

Pregunta de investigación PICO: ¿En pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o enfermedades cardiovasculares atendidos en el primer y

segundo nivel de atención (P), cuáles son los factores que determinan la percepción de calidad de atención (I), en comparación con diferentes contextos geográficos, características sociodemográficas y modelos de atención (C), para identificar elementos asociados con mejor satisfacción, adherencia terapéutica y resultados en salud (O)? La búsqueda bibliográfica se ejecutó en tres bases de datos electrónicas como PubMed, Scielo, y Google Académico. Los descriptores de búsqueda utilizados incluyeron términos en inglés y español tales como "chronic diseases", "enfermedades crónicas", "quality of care", "calidad de atención", "patient perception", "percepción del paciente", "primary care", "atención primaria", "secondary care" y "atención secundaria", combinados mediante operadores booleanos AND y OR.

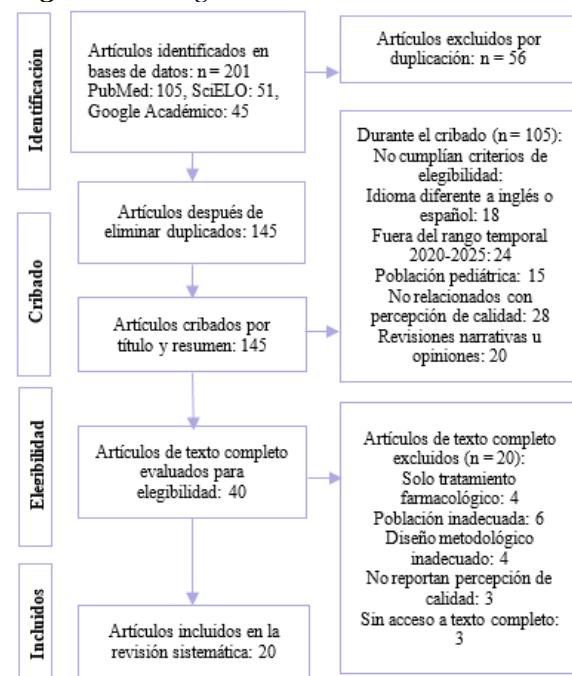
Los criterios de inclusión contemplaron artículos originales publicados en revistas científicas revisadas por pares entre 2020 y 2025, en idiomas inglés o español, que abordaran específicamente la percepción de calidad de atención en pacientes adultos con enfermedades crónicas no transmisibles atendidos en el primer o segundo nivel de atención. Se consideraron estudios con diseños cuantitativos, cualitativos o mixtos que reportaran resultados sobre experiencias, satisfacción o percepciones de los pacientes respecto a los servicios de salud recibidos. Los criterios de exclusión incluyeron artículos de opinión, cartas al editor, revisiones narrativas sin metodología sistemática, estudios en población pediátrica, investigaciones centradas exclusivamente en tercer nivel de atención, publicaciones anteriores a 2020 o posteriores a 2025, estudios en idiomas diferentes al inglés o español, y aquellos que no abordaran directamente la percepción de calidad desde la perspectiva del paciente.

La selección de estudios se desarrolló siguiendo las cuatro fases del diagrama de flujo PRISMA. En la fase de identificación, se recuperaron 201 artículos de las bases de datos consultadas: 105 de PubMed, 51 de SciELO y 45 de Google Académico. En la fase de cribado, se eliminaron 56 artículos duplicados, quedando 145 artículos únicos, los cuales fueron evaluados por título y resumen. Durante este proceso se excluyeron 105 artículos por no cumplir los criterios de elegibilidad, debido a idioma distinto al inglés o español (18), publicaciones fuera del rango temporal 2020-2025 (24), población pediátrica (15), falta de relación con la percepción de calidad (28) o ser revisiones narrativas u opiniones (20). En la fase de elegibilidad, 40 artículos fueron evaluados en texto completo y 20 fueron excluidos: cuatro por abordar únicamente tratamiento farmacológico, seis por centrarse en poblaciones inadecuadas, cuatro por presentar diseños metodológicos inapropiados, tres por no reportar percepción de calidad y tres por no disponer de acceso al texto completo. Finalmente, en la fase de inclusión, 20 artículos cumplieron con todos los criterios y fueron incorporados en la revisión sistemática.

La extracción de información de los 20 artículos incluidos se realizó mediante una matriz estandarizada que contempló las siguientes variables: autores y año de publicación, país donde se realizó el estudio, título del artículo, nombre de la revista científica, diseño metodológico empleado, características de la población y muestra estudiada, principales hallazgos y análisis propio relacionados con la percepción de calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas. Este proceso fue ejecutado de manera independiente garantizando la extracción sistemática y homogénea de la información relevante, permitiendo posteriormente realizar un análisis

comparativo entre los estudios seleccionados y sintetizar la evidencia disponible sobre el tema de investigación. El análisis de los datos extraídos se realizó mediante síntesis narrativa, organizando los hallazgos según categorías temáticas emergentes relacionadas con los determinantes de la percepción de calidad, las dimensiones de calidad más valoradas por los pacientes crónicos, las barreras de acceso identificadas y las diferencias según contextos geográficos. Se realizó un análisis crítico de cada estudio considerando su rigor metodológico, la representatividad de las muestras y la aplicabilidad de los resultados al contexto ecuatoriano. La síntesis incluyó la identificación de patrones comunes entre los estudios, la descripción de hallazgos contradictorios cuando los hubo, y la generación de conclusiones fundamentadas en la evidencia científica recopilada, permitiendo establecer recomendaciones para mejorar la calidad de atención percibida en pacientes con enfermedades crónicas en el primer y segundo nivel de atención.

Figura 1: Diagrama PRISMA



Fuente: Elaboración propia

Resultados

Se presenta la sistematización de la evidencia científica sobre la percepción de calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, diferenciando entre el primer de atención (ver tabla 1) y segundo nivel de atención (ver tabla 2):

Tabla 1. Estudios de primer nivel de atención

Autores y año	País del estudio	Título del artículo	Revista científica	Diseño metodológico	Población y muestra	Hallazgos	Análisis propio
Rodríguez, E., et al. 2022	España	Capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria valorada por pacientes con enfermedades crónicas	Gaceta Sanitaria	Estudio transversal descriptivo basado en entrevistas a pacientes mayores de 18 años diagnosticados con al menos una enfermedad crónica que visitaron centros de atención primaria durante junio y julio de 2015 en La Rioja, España	403 pacientes con enfermedades crónicas atendidos en atención primaria en La Rioja	El 87,10% de los participantes consideró buena la capacidad de respuesta general del sistema de salud. Los dominios mejor valorados fueron confidencialidad (99,3%), dignidad (98,3%) y comunicación (97,3%). Los dominios con peor valoración fueron atención rápida (38,6%) y calidad de los servicios básicos (31,8%). La clase social baja se asoció significativamente con peor percepción en autonomía y atención rápida. El sexo, la educación y la ocupación se relacionaron con comunicación, mientras que los pacientes con peor salud percibida valoraron peor la capacidad de respuesta general (Rodríguez, E., et al. 2022).	En el primer nivel, la alta valoración de dignidad, confidencialidad y comunicación muestra que el trato interpersonal es determinante para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Sin embargo, la baja puntuación en atención rápida y servicios básicos evidencia fallas estructurales que afectan la experiencia del usuario. La peor percepción en personas de clase social baja indica inequidades que limitan el acceso efectivo. Estas diferencias condicionan la satisfacción y la continuidad del cuidado en atención primaria.
Rojas, M., et al. 2023	México	Influencia de la percepción de la calidad de atención sobre la salud en estudiantes universitarios	Horizonte sanitario	Estudio cuantitativo, no experimental, analítico correlacional con modelo de ecuaciones estructurales	401 estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Quintana Roo, mayores de 20 años (70% mujeres, 30% hombres)	La percepción de calidad de atención en instituciones de salud y universidad influye significativamente en la percepción positiva de salud de los estudiantes. Se encontró que 70% de los estudiantes no cuenta con acciones preventivas de salud. El modelo estructural demostró que los entornos saludables, conformados por la calidad de atención en la unidad de salud y en la universidad, impactan directamente en cómo los estudiantes perciben su estado de salud (Rojas, M., et al. 2023).	La calidad percibida de los servicios de salud influye en la autoperccepción y en la adopción de prácticas preventivas; en la población joven, malas experiencias en la atención primaria desincentivan el uso de servicios de promoción y prevención, lo que resulta crítico en pacientes con ECNT, ya que una percepción negativa temprana puede comprometer el control de factores de riesgo y la detección oportuna de enfermedades crónicas.
Parreño, A., et al. 2022	Ecuador	Evaluación de la satisfacción de servicios de salud prestados en unidades del primer nivel de atención	Revista Cubana de Medicina General Integral	Investigación básica, experimental, descriptiva y explicativa, transversal	427 usuarios externos y 113 prestadores de salud de unidades del primer nivel de atención en Riobamba, Chimborazo	La satisfacción de usuarios fue media en tangibilidad (3.25) y garantía (3.00), pero baja en capacidad de respuesta (2.75), confiabilidad (2.60) y empatía (2.60). Entre prestadores, la satisfacción fue media en organización enfocada al cliente (3.38) y enfoque de procesos (3.05), pero baja en comunicación (2.90), liderazgo (2.84) y mejora continua (2.63). El nivel general de satisfacción tanto de usuarios como de prestadores se considera bajo (Parreño, A., et al. 2022).	En el primer nivel, las deficiencias en empatía, confiabilidad y capacidad de respuesta afectan directamente la percepción de calidad de pacientes con ECNT que requieren atención continua y personalizada. La baja satisfacción de prestadores en liderazgo y mejora continua refleja problemas organizacionales que impactan la calidad del servicio. Para pacientes crónicos, estos factores son determinantes en la adherencia terapéutica y el seguimiento adecuado, evidenciando la necesidad urgente de fortalecer la gestión de calidad en atención primaria.

Makwero, M., et al. 2025	Malawi	Perception of patient-centred care and its relationship with management outcomes and complications among patients with DM in Malawi	BMJ Open	Estudio transversal analítico con análisis de regresión lineal, logística y análisis de ruta	607 pacientes adultos con diabetes mellitus atendidos en clínicas de diabetes de dos hospitales distritales y dos centrales en el sur de Malawi	Dentro del puntaje medio de atención centrada en el paciente fue 62.86 (DE 14.78), y con dos grupos estadísticamente distintos: 55.7% percibió baja atención centrada en el paciente (puntaje 51.6) y 44.3% percibió alta (puntaje 77.1). La baja percepción fue más prominente en las dimensiones de individualización e involucramiento del paciente. El sexo femenino y la presencia de complicaciones se asociaron con puntajes más bajos de atención centrada en el paciente. El análisis de ruta mostró que la atención centrada en el paciente predijo mejor adherencia, y tanto la autoeficacia como la adherencia fueron predictores positivos del control glucémico (Makwero, M., et al. 2025).	En el primer y segundo nivel de atención, la atención centrada en el paciente es un determinante crítico de la adherencia terapéutica y del control glucémico en pacientes con diabetes. Los hallazgos demuestran que las mujeres y los pacientes con complicaciones perciben menor calidad en la atención individualizada, lo que sugiere brechas en la personalización del cuidado. Aunque la atención centrada en el paciente no mostró relación directa con la autoeficacia, sí mejora significativamente la adherencia, que a su vez predice mejor control metabólico, evidenciando que la calidad percibida opera como mediador en los resultados clínicos, especialmente en el manejo de enfermedades crónicas.
García, C., & Barrera, L. 2020	Ecuador	Análisis de la atención del usuario en los centros de salud de la Provincia de Manabí-Ecuador	Enfermería Investiga, Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión	Estudio descriptivo y transversal mediante la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud, aplicada a muestra no probabilística en centros de salud públicos de la provincia de Manabí	924 usuarios mayores de 20 años de ambos sexos que asistieron a centros de salud durante 2019. El 56,28% fueron mujeres, edad promedio 33 años, 72,07% adultos jóvenes (20-39 años), 97,19% con condición socioeconómica "no pobre"	El Ministerio de Salud Pública y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social fueron las instituciones más utilizadas. La diabetes mellitus y la hipertensión arterial fueron las enfermedades crónicas más frecuentes. Los servicios más requeridos fueron medicina general, especialista y laboratorio/radiología. El tiempo de espera para asignación de consultas fue predominantemente de atención inmediata en medicina general, con tiempos prolongados de 1 semana en el servicio de promoción/prevención de enfermedades. La calidad de atención fue percibida como buena en más del 50% de los casos (García, C., & Barrera, L. 2020).	En el primer nivel, los adultos jóvenes con diabetes e hipertensión valoran positivamente la accesibilidad inmediata a medicina general, pero identifican como barrera el tiempo prolongado de espera para servicios preventivos. La percepción satisfactoria de calidad está condicionada por la resolución efectiva de necesidades agudas más que por el seguimiento preventivo de enfermedades crónicas. Las diferencias socioeconómicas no impactaron significativamente la percepción de calidad, sugiriendo que la organización del servicio y la competencia profesional son determinantes más relevantes que el estatus socioeconómico del paciente.
Grant, B., et al. 2024	Estados Unidos	Patient Perceptions of Provider Race Concordance and Quality of Chronic Illness Care	Journal of General Internal Medicine	Ánalisis transversal de datos basales de un ensayo controlado aleatorizado con pacientes negros con hipertensión persistentemente no controlada	391 pacientes negros mayores de 60 años con concordancia racial médico-paciente reportaron puntuaciones PACIC significativamente más altas (58.8% vs 46.1%), especialmente en las dimensiones de establecimiento de objetivos (60.9% vs 46.8%) y resolución de problemas (62.7% vs 48.0%). La concordancia racial se asoció positivamente con mejores puntuaciones PACIC generales y en las subescalas de establecimiento de objetivos y resolución de problemas entre pacientes ≥60 años, sin hallazgos significativos en menores de 60 años (Grant, B., et al. 2025).	Los pacientes negros mayores de 60 años con concordancia racial médico-paciente reportaron puntuaciones PACIC significativamente más altas (58.8% vs 46.1%), especialmente en las dimensiones de establecimiento de objetivos (60.9% vs 46.8%) y resolución de problemas (62.7% vs 48.0%). La concordancia racial se asoció positivamente con mejores puntuaciones PACIC generales y en las subescalas de establecimiento de objetivos y resolución de problemas entre pacientes ≥60 años, sin hallazgos significativos en menores de 60 años (Grant, B., et al. 2025).	En el primer nivel de atención rural estadounidense, la concordancia racial emerge como determinante crítico de la percepción de calidad entre adultos mayores negros con hipertensión, particularmente en las dimensiones relacionadas con la comunicación médico-paciente y la colaboración en el manejo de la enfermedad. Este hallazgo subraya cómo factores socioculturales y demográficos moldean la experiencia de atención crónica, evidenciando que la confianza y la relación terapéutica se construyen diferencialmente según contextos de edad y antecedentes compartidos, lo que refuerza la importancia de una atención culturalmente sensible.

Ku, G., et al. 2024	Vietnam	Quality of care for chronic conditions: identifying specificities of quality aims based on scoping review and Delphi survey	Global Health Action	Revisión de alcance y encuesta Delphi con panel internacional de expertos	49 expertos internacionales en atención de enfermedades crónicas y calidad de atención, con conocimiento variado de países de ingresos bajos y medios	Se identificaron siete dimensiones específicas de calidad para atención crónica: efectividad, eficiencia, seguridad, equidad, accesibilidad-oportunidad-asequibilidad, centralidad en la persona y continuidad de atención. Esta última dimensión, continuidad, surgió como séptima dimensión crítica para condiciones crónicas, diferenciándose de los seis objetivos tradicionales del IOM. Los expertos consensuaron que estas dimensiones requieren especificaciones adaptadas a la historia natural de las enfermedades crónicas y al recorrido del paciente a través del sistema (Ku, G., et al. 2024).	En el primer nivel, la calidad de atención crónica exige enfoques diferenciados que trasciendan los modelos genéricos de calidad. La continuidad emerge como dimensión transversal indispensable que atraviesa niveles asistenciales, reflejando la necesidad de coordinación longitudinal, transferencia de información y coherencia clínica en el manejo de condiciones que requieren seguimiento prolongado y múltiples puntos de contacto con el sistema sanitario.
Alanazi, E., et al. 2023	Arabia Saudita	Quality Perceptions, Expectations, and Individual Characteristics among Adult Patients Visiting Primary Healthcare Centers in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Study	Healthcare	Estudio transversal descriptivo con análisis bivariado y multivariado	470 pacientes adultos que visitaron centros de atención primaria de salud en Arabia Saudita entre abril y julio de 2022	La mayoría de los participantes reportaron altos niveles de percepción y expectativas de calidad. Se encontró correlación significativa entre percepción y expectativas de calidad. El estado civil de soltero y mayor nivel educativo mostraron diferencias estadísticamente significativas en percepción y expectativas respectivamente. En el análisis de regresión, la educación primaria y las expectativas influyeron en la percepción de calidad, mientras que el estado civil, la profesión y la percepción fueron las únicas variables que influyeron significativamente en las expectativas de los participantes (Alanazi, E., et al. 2023).	En el primer nivel de atención, las características sociodemográficas como estado civil y nivel educativo son determinantes clave de cómo los pacientes perciben la calidad del servicio. Los pacientes solteros y con mayor educación tienen expectativas más altas, lo que sugiere que los centros de atención primaria deben adaptar sus estrategias de comunicación y atención según el perfil del paciente. La correlación positiva entre percepción y expectativas indica que mejorar la experiencia actual del paciente puede elevar sus expectativas futuras, creando un círculo virtuoso de mejora continua en la calidad percibida.
Le Ho Thi et al., 2025	Vietnam	Understanding patients' perceptions of chronic illness care, self-management support needs and their relationship with telehealth preferences: a cross-sectional study in Vietnamese primary care	BMJ Open	Estudio transversal multicéntrico mediante cuestionarios PACIC, PAST y preferencias de telesalud en atención primaria	290 adultos con hipertensión y/o diabetes manejados al menos 6 meses en cinco establecimientos de atención primaria urbana y rural de Vietnam Central	La puntuación promedio PACIC fue 2.52 (DE 0.7), con solo 25.5% reportando alta calidad de atención. Las dimensiones de establecimiento de objetivos y seguimiento-coordinación recibieron las calificaciones más bajas. Las puntuaciones PACIC más altas se asociaron significativamente con mayor compromiso en la mayoría de dominios PAST. Los pacientes prefirieron videoconferencia en vivo y salud móvil para apoyo al autocuidado, con residentes rurales mostrando mayor preferencia por múltiples modalidades de telesalud (Le Ho et al., 2025).	En el primer nivel, existen brechas en la implementación del modelo de atención crónica, especialmente en la fijación de metas terapéuticas colaborativas y en la coordinación del seguimiento. Las preferencias por telesalud reflejan necesidades insatisfechas de apoyo al autocuidado que varían según contexto geográfico, con población rural evidenciando mayor interés en soluciones digitales que reduzcan barreras de accesibilidad, sugiriendo que modalidades tecnológicas personalizadas podrían mitigar inequidades y fortalecer la calidad percibida con enfermedades crónicas. Además, la implementación de estas herramientas requiere considerar factores culturales, habilidades digitales y confianza en la tecnología. Esto subraya la importancia de diseñar estrategias de telesalud centradas en el paciente y adaptadas a sus contextos específicos.

Murtagh, S., et al. 2021	Irlanda	Integrating Primary and Secondary Care to Enhance Chronic Disease Management: A Scoping Review	International Journal of Integrated Care	Revisión de alcance utilizando el marco de Arksey y O'Malley, búsqueda sistemática en PubMed, Cochrane Library y Google Scholar de artículos publicados entre 2009-2019	22 estudios que reportaron investigación sobre integración de atención primaria y secundaria para manejo de enfermedades crónicas, principalmente en Reino Unido, Australia y Países Bajos, enfocados en diabetes, EPOC y enfermedad de Parkinson	Las intervenciones para mejorar la integración incluyeron equipos multidisciplinarios, educación de profesionales de salud e intervenciones de salud electrónica. Los estudios mostraron mejoras en resultados específicos de enfermedad y efectividad de costos, aunque ninguno reportó intervenciones para abordar necesidades de poblaciones completas. La mayoría de la investigación publicada se enfocó en enfermedades específicas y sus resultados clínicos más que en resultados de salud poblacionales (Murtagh, S., et al. 2021).	En el primer nivel, la integración con equipos multidisciplinarios y educación profesional mejora la percepción de calidad al ofrecer atención más coordinada y comprensiva. En el segundo nivel, la colaboración con atención primaria mediante herramientas electrónicas facilita la continuidad del cuidado. Sin embargo, la ausencia de enfoques poblacionales limita la comprensión de cómo estos modelos integrados afectan la percepción de calidad en grupos diversos de pacientes-
Li, M., et al. 2024	China	Quality of primary health care for chronic diseases in low-resource settings: Evidence from a comprehensive study in rural China	PLOS ONE	Estudio transversal integral que combinó encuesta a pacientes, encuesta a proveedores, abstracción de historias clínicas y datos de registro nacional, utilizando un marco conceptual modificado de calidad de atención primaria	1355 pacientes con hipertensión o diabetes tipo 2, 333 trabajadores de salud y 2203 historias clínicas de tres condados rurales de bajos recursos en provincias de Hubei, Henan y Shanxi en China central y occidental	La puntuación promedio del sistema de atención primaria fue 0.718, con alta integralidad (0.887) y accesibilidad (0.781) pero baja continuidad (0.489). En atención clínica, evaluación (0.773), diagnóstico (0.768) y manejo de enfermedad (0.777) mostraron niveles favorables, mientras que la competencia de proveedores fue marcadamente baja (0.314). La experiencia del usuario promedió 0.727, con fortalezas en intercambio de información (0.933) y respeto a preferencias (0.936), pero deficiencias en toma de decisiones compartida (0.657) y atención centrada en familia (0.382) (Li, M., et al. 2024).	En el primer nivel en contextos rurales de bajos recursos, los pacientes perciben accesibilidad e integralidad satisfactorias gracias a políticas de cobertura universal y servicios públicos gratuitos, pero la fragmentación del sistema genera baja continuidad del cuidado. La competencia insuficiente de proveedores rurales constituye una barrera crítica para la calidad percibida, reflejando brechas educativas persistentes. El enfoque paternalista predominante limita el empoderamiento del paciente, evidenciado por déficits en toma de decisiones compartida y atención familiar, aspectos esenciales para el manejo efectivo de condiciones crónicas que requieren cambios sostenidos de estilo de vida.

Fuente: Elaboración propia

Análisis de la tabla 1

La atención primaria para pacientes con ECNT se caracteriza por una valoración diferenciada de sus componentes estructurales y relacionales. Los estudios internacionales convergentes demuestran que la percepción positiva de calidad se fundamenta principalmente en aspectos interpersonales como dignidad, confidencialidad y comunicación efectiva, mientras que las dimensiones operativas relacionadas con tiempos de espera, servicios básicos y continuidad del cuidado constituyen las áreas críticas de insatisfacción. Esta dualidad refleja una tensión persistente entre la capacidad del sistema para brindar trato humanizado y su

eficiencia organizacional para garantizar acceso oportuno y seguimiento longitudinal.

Las inequidades sociodemográficas emergen como determinantes transversales que modulan significativamente la experiencia de atención en este nivel asistencial. La clase social baja, el nivel educativo limitado, el género femenino y factores étnicos se asocian consistentemente con peores percepciones de autonomía, atención rápida y personalización del cuidado. La concordancia cultural entre proveedores y pacientes, particularmente evidente en contextos de diversidad étnica, demuestra impactos sustanciales en dimensiones relacionales como establecimiento de objetivos compartidos y resolución colaborativa de

problemas, sugiriendo que la competencia cultural del personal sanitario constituye un componente esencial de la calidad percibida que trasciende la competencia técnica.

La implementación deficiente del modelo de atención crónica representa una brecha crítica identificada consistentemente en contextos geográficos diversos. Las puntuaciones sistemáticamente bajas en establecimiento de metas terapéuticas colaborativas, seguimiento coordinado y toma de decisiones compartida evidencian que la mayoría de los sistemas de atención primaria mantienen enfoques paternalistas centrados en episodios agudos, inadecuados para la naturaleza longitudinal de las enfermedades crónicas. La continuidad emerge como la séptima dimensión específica de calidad para condiciones crónicas, diferenciándose de los modelos tradicionales y reflejando la necesidad imperativa de coordinación efectiva entre múltiples puntos de contacto del paciente con el sistema sanitario.

Las brechas de competencia profesional y las limitaciones organizacionales representan barreras estructurales fundamentales que erosionan la calidad percibida independientemente del contexto socioeconómico. La insuficiente capacitación de proveedores en áreas rurales y de bajos recursos, combinada con deficiencias institucionales en liderazgo, comunicación interna y cultura de mejora continua, impacta negativamente tanto la satisfacción de usuarios como la de prestadores. La baja satisfacción del personal sanitario con las condiciones organizacionales genera un círculo vicioso que compromete la calidad del servicio, evidenciando que las intervenciones para mejorar la percepción de calidad deben abordar simultáneamente las dimensiones de formación profesional, condiciones laborales y gestión institucional para lograr mejoras sostenibles en la experiencia del paciente con enfermedades crónicas.

Tabla 2. Estudios de segundo nivel de atención

Autores y año	País del estudio	Título del artículo	Revista científica	Diseño metodológico	Población y muestra	Hallazgos	Análisis propio
Vargas, L., & Falcones, M., 2021	Ecuador	Factores determinantes del nivel de satisfacción de los usuarios en emergencias del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar de Muisne	Más Vita. Revista de Ciencias de la Salud	Estudio transversal descriptivo con diseño mixto que aplicó un cuestionario desarrollado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, adaptado a la población de estudio, a 165 personas que acudieron al área de emergencias del hospital durante junio y julio de 2015	165 usuarios atendidos en el servicio de emergencias del Hospital Dr. Carlos del Pozo Melgar en Muisne, Ecuador	El 45% de los usuarios se sintieron muy satisfechos con el tiempo de espera. El 78% consideró que la atención recibida fue personalizada. El 10% expresó percepciones de discriminación por parte del personal de salud durante su atención. Los principales factores determinantes de la satisfacción fueron el grado académico de los usuarios y el estado de la infraestructura de la casa de salud (Vargas, L., & Falcones, M. 2021).	En el segundo nivel, la satisfacción del usuario se ve fuertemente influída por el tiempo de espera, la atención personalizada y la infraestructura disponible, aspectos que determinan la percepción general del servicio. Además, la presencia de discriminación percibida revela brechas en el trato recibido, minando la confianza del paciente y evidenciando inequidades en la atención. El nivel educativo de los pacientes también modula su experiencia, mostrando diferencias significativas en cómo se interpreta y valora la calidad del servicio recibido. En conjunto, esto demuestra que la atención en emergencias no solo depende de factores clínicos, sino que está profundamente marcada por elementos sociales, culturales y estructurales.

Briones, N., et al. 2024	Ecuador	Percepción del usuario sobre la Calidad de Atención del profesional de enfermería en la sala de emergencia de un Hospital Manabita	Revista UNESUM-SALUD	Estudio cuantitativo observacional descriptivo no experimental que aplicó un instrumento validado (CARE-Q) a 93 usuarios del área de emergencias de un hospital en Manabí, Ecuador, utilizando una escala Likert de 1 a 4	93 usuarios atendidos en el área de emergencias de un hospital de Manabí, Ecuador	La mayoría de los encuestados eran de género masculino (57%). El 39% y 50% de los usuarios percibieron las preguntas realizadas por las enfermeras como claras y precisas, respectivamente. El 35% y 30% se sintieron muy satisfechos y satisfechos con la información proporcionada por las enfermeras. Sin embargo, el 21% consideró una atención mala en relación con la actitud profesional del enfermero. Los recursos humanos y la comunicación fueron identificados como factores influyentes en la percepción de calidad (Briones, N., et al. 2024).	En el segundo nivel, la comunicación del personal de enfermería se destaca como un elemento central para la percepción de calidad en la atención. La insatisfacción vinculada a la actitud profesional revela deficiencias en habilidades interpersonales, las cuales impactan directamente en la seguridad emocional del paciente. Por su parte, la disponibilidad de recursos humanos capacitados funciona como un factor facilitador del bienestar percibido y la confianza en el servicio. Esto evidencia que, en contextos de emergencia, la calidad de la atención depende tanto de la información clara y comprensible que se brinda como del trato cercano y respetuoso que recibe cada paciente. Además, subraya la importancia de fortalecer competencias comunicativas y humanas del personal para mejorar la experiencia global del usuario.
Belachew, E., et al. 2023	Etiopía	Perception, willingness, and practices of telemedicine in patients with chronic diseases: implication of digital health in patients' perspective at a tertiary care hospital in Ethiopia	Frontiers in Public Health	Estudio transversal que aplicó un cuestionario estructurado registrado en la herramienta Kobo a 384 pacientes con enfermedades crónicas en seguimiento en el Hospital Universitario de Gondar, Etiopía entre junio y julio de 2022	384 pacientes con enfermedades crónicas (edad media $48,07 \pm 16,17$ años) en seguimiento ambulatorio en el Hospital Universitario de Gondar, Etiopía	El 71,1% de los participantes tuvo una percepción positiva de los servicios de telemedicina y el 63,3% mostró disposición a utilizarlos. Sin embargo, solo el 24,5% presentó un nivel alto de práctica actual de telemedicina. La puntuación media de percepción fue $3,92 \pm 1,06$. Factores como el uso de internet y teléfonos celulares, la disponibilidad de smartphones, la cobertura de salud, el interés en aplicaciones de salud electrónica y la frecuencia de seguimiento se asociaron significativamente con la práctica de telemedicina (Belachew, e., et al., 2023).	En el segundo nivel, la telemedicina se percibe positivamente pero su uso real es bajo por limitaciones tecnológicas y brechas de alfabetización digital. El acceso a dispositivos y conectividad determina quién puede beneficiarse de estos servicios. La alta disposición del paciente sugiere potencial para mejorar continuidad y satisfacción si se reducen barreras digitales. Aunque pertenece al nivel terciario, las implicaciones alcanzan también al primer y segundo nivel.
Zambrano, E., & Vera, T., 2020	Ecuador	Percepción del usuario sobre la calidad de atención del personal de enfermería en el área de cirugía del Hospital Naval	Revista Publicando	Estudio descriptivo transversal y	167 usuarios del área de cirugía del Hospital Naval de Guayaquil, período julio-diciembre 2019	El 95.8% de usuarios asistió por primera vez al centro durante el año, y 71.9% permaneció entre 3 y 6 días hospitalizados. La satisfacción fue alta en tangibilidad (media 3.25) y garantía (3.00), pero baja en capacidad de respuesta (2.75), confiabilidad (2.60) y empatía (2.60). El 97.7% recibió atención en menos de 10 minutos, y ningún usuario reportó discriminación. La percepción general sobre la calidad de atención fue positiva (Zambrano, E., & Vera, T. 2020).	En el segundo nivel, la infraestructura y equipamiento son valorados positivamente, pero existen deficiencias importantes en la dimensión relacional de la atención. La baja puntuación en empatía y confiabilidad sugiere que el personal de enfermería requiere fortalecer habilidades de comunicación y trato humanizado. A pesar de tiempos de espera cortos, la calidad percibida se ve comprometida por la falta de calidez en la atención, lo que podría afectar la adherencia y satisfacción de pacientes con ECNT que requieren seguimiento continuo.

Torres, D., et al. 2024	Ecuador	Percepción de la Calidad de Atención en Servicios de Salud del Área de Materno Infantil	Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar	Estudio cuantitativo, no experimental, analítico correlacional	148 participantes (81 usuarios y 67 acompañantes) del área de materno infantil de un hospital en El Oro, período mayo-agosto 2023	Más del 60% de encuestados manifestó estar de acuerdo con las dimensiones evaluadas. La satisfacción fue mayor en estructura-disponibilidad (64.9% de acuerdo en ubicación, 75.7% en infraestructura, 61.5% en equipos), proceso del personal (75.0% en información proporcionada, 70.3% en cumplimiento de procedimientos) y calidad-empatía (72.3% en procedimientos indicados, 66.9% en trato recibido). Se destaca la empatía y comunicación como factores determinantes para la satisfacción (Torres, D., et al. 2024).	En el segundo nivel, la infraestructura y equipamiento adecuados facilitan una percepción positiva de calidad, pero la empatía y comunicación efectiva son los elementos diferenciadores que determinan la satisfacción final. Para pacientes con ECNT en servicios especializados, la información clara sobre procedimientos y tratamientos, junto con un trato empático, resulta fundamental para lograr adherencia terapéutica. El énfasis en la dimensión relacional evidencia que la competencia técnica debe complementarse con habilidades de comunicación para garantizar resultados positivos en salud.
Leithaus, M., et al. 2025	Bélgica	Health-related quality of life and patient experiences regarding care transitions in hospitalized older patients with chronic diseases	Scientific Reports	Estudio transversal mediante encuesta aplicada a pacientes hospitalizados mayores de 65 años, utilizando el EQ-5D-5L para calidad de vida relacionada con la salud y el instrumento "Experiences with Hospital Care, Admission and Discharge" para experiencias de atención	119 pacientes mayores de 65 años con enfermedades crónicas hospitalizados por al menos tres días en seis unidades de un hospital universitario belga (geriatría, cardiología, neumología, endocrinología, ortopedia y traumatología)	Más del 70% de los pacientes reportaron problemas con movilidad, dolor/malestar, actividades diarias y autocuidado. Se identificaron deficiencias en la comunicación sobre tratamiento, en las conversaciones al ingreso y en los procesos de alta hospitalaria. La comunicación con médicos y enfermeras fue valorada como el elemento más importante de la hospitalización. No se encontraron diferencias significativas en calidad de vida ni en experiencias de atención entre pacientes residentes dentro o fuera de una región con atención integrada (Leithaus, M., et al. 2025).	En el segundo nivel, la calidad percibida está fuertemente asociada con las habilidades comunicativas y actitudes del personal de salud, siendo este aspecto más valorado que la infraestructura o la disponibilidad de recursos tecnológicos. La comunicación deficiente sobre efectos secundarios de medicamentos y la falta de información sobre autocuidado post-alta constituyen barreras importantes que afectan la continuidad de cuidados. Los pacientes adultos mayores con multimorbilidad requieren estrategias diferenciadas de comunicación adaptadas a su alfabetización en salud.
Tunsi, A., et al. 2023	Arabia Saudita	Chronic Illness Patients' Perceptions of Quality of Care During Hospitalization: A Qualitative Study	SAGE Nursing Open	Estudio cualitativo descriptivo mediante entrevistas semiestructuradas individuales cara a cara realizadas junto a la cama del paciente durante la hospitalización. Análisis temático siguiendo el enfoque de Braun y Clarke	15 pacientes adultos saudíes mayores de 18 años con enfermedades crónicas hospitalizados por al menos tres días en unidades médicas y quirúrgicas de un hospital urbano de 300 camas en Jeddah	Los pacientes identificaron cinco temas principales: definición de calidad de atención, aspectos relacionados con los proveedores de salud, necesidades de atención no satisfechas, participación del paciente en decisiones de salud, y expectativas y resultados de atención. La calidad de atención se asoció fuertemente con habilidades, competencia clínica y actitudes de los proveedores. La comunicación deficiente y la descoordinación de la atención fueron los impedimentos más significativos expresados. La participación activa del paciente en la atención resultó efectiva cuando se combinó con el cumplimiento de expectativas (Tunsi, A., et al. 2023).	En el segundo nivel hospitalario, las habilidades interpersonales y la competencia técnica del personal sanitario son los factores determinantes más valorados por pacientes con enfermedades crónicas. Las barreras de comunicación entre proveedores y la sobrecarga de trabajo del personal deterioran significativamente la percepción de calidad. La falta de participación del paciente en el plan de tratamiento genera ansiedad y frustración, indicando que los modelos de atención centrados en la persona mejoran la satisfacción independientemente de las limitaciones de infraestructura.

Thompson, F., et al. 2025	Inglaterra, Reino Unido	Perceptions of Hospital Care Quality According to People Living With Multiple Long-Term Conditions: A Scoping Review	Health Expectations	Revisión de alcance siguiendo el marco PRISMA-ScR, búsqueda sistemática en cinco bases de datos hasta marzo 2024, incluyendo estudios cualitativos, cuantitativos y métodos mixtos	17 estudios (9 cualitativos, 7 cuantitativos, 1 métodos mixtos) que investigaron percepciones de calidad de atención hospitalaria en personas con múltiples condiciones crónicas, principalmente en América del Norte, con participantes mayoritariamente adultos mayores	Los estudios identificaron un deseo no satisfecho de atención interdisciplinaria holística, priorización de condiciones agudas sobre condiciones crónicas durante hospitalizaciones, barreras para el compromiso del paciente e insuficiente planificación del alta hospitalaria. La coordinación deficiente del cuidado, comunicación limitada entre especialistas y falta de continuidad fueron problemas recurrentes que afectaron negativamente la percepción de calidad en el segundo nivel de atención (Thompson, F., et al. 2025).	En el segundo nivel, los pacientes con múltiples condiciones crónicas perciben calidad reducida cuando el enfoque fragmentado prioriza episodios agudos sobre el manejo integral de sus enfermedades de base. La ausencia de coordinación efectiva entre especialistas y la planificación inadecuada del alta erosionan la confianza y satisfacción del paciente. Estos hallazgos resaltan la importancia crítica de implementar modelos de atención centrados en la persona que aborden la complejidad de la multimorbilidad en contextos hospitalarios.
Al Qadire, M., et al. 2023	Omán	Quality of Life and Its Predictors among Patients with Selected Chronic Diseases	Nursing Forum	Estudio descriptivo correlacional transversal utilizando cuestionarios validados (SF-36, MSAS, KPSS) en tres hospitales y un centro de diálisis	340 pacientes adultos con EPOC, insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad renal en etapa terminal, reclutados de dos hospitales referenciales y un centro de diálisis en Mascate, con edad promedio de 60.6 años y mayoría hombres (63.5%)	Los pacientes reportaron puntuaciones más altas en bienestar emocional (media 85.2) y limitaciones de rol debido a problemas emocionales (media 83.2), mientras que las limitaciones de rol por problemas de salud física (media 36.6) y percepciones de salud general (media 45.6) obtuvieron las puntuaciones más bajas. Los pacientes con EPOC reportaron la calidad de vida más baja en dominios físicos y mentales. Predictores de mejor calidad de vida incluyeron mayor puntuación en la escala KPSS y estar casado, mientras que mayor número de síntomas predijo menor calidad de vida (Al Qadire, M., et al. 2023).	En el segundo nivel, los pacientes con enfermedades crónicas perciben mayor deterioro en aspectos físicos de calidad de vida que en aspectos emocionales, sugiriendo que el manejo de síntomas físicos requiere mayor atención. Los pacientes con EPOC experimentan percepciones particularmente desfavorables, indicando necesidades específicas no cubiertas. El estado funcional y el apoyo social familiar emergen como determinantes modificables de la percepción de calidad que podrían orientar intervenciones dirigidas a mejorar la experiencia de atención en este nivel.

Fuente: Elaboración propia

Análisis de la tabla 2

El segundo nivel asistencial para pacientes con ECNT revela una paradoja fundamental entre la capacidad técnica instalada y la calidad relacional percibida por los usuarios. Los estudios convergentes demuestran que mientras la infraestructura hospitalaria, el equipamiento tecnológico y los tiempos de respuesta inicial obtienen valoraciones satisfactorias, las dimensiones interpersonales vinculadas con empatía, comunicación efectiva y capacidad de respuesta personalizada constituyen las áreas críticas de insatisfacción. Esta disonancia evidencia que la percepción de calidad en servicios especializados trasciende la

competencia técnica, situando las habilidades relacionales del personal sanitario como elemento diferenciador determinante de la experiencia del paciente hospitalizado.

La fragmentación asistencial emerge como barrera estructural crítica que erosiona sistemáticamente la percepción de calidad entre pacientes con multimorbilidad y condiciones crónicas complejas. La priorización institucional de episodios agudos sobre el manejo integral longitudinal de enfermedades de base, la descoordinación entre especialistas, las barreras comunicacionales interprofesionales y la planificación deficiente de

transiciones asistenciales generan discontinuidades que impactan negativamente la confianza, seguridad emocional y satisfacción del usuario. Los pacientes expresan consistentemente necesidades insatisfechas de atención interdisciplinaria holística y participación activa en decisiones terapéuticas, señalando que los modelos organizacionales predominantes resultan inadecuados para abordar la complejidad inherente a condiciones crónicas que requieren coordinación sostenida entre múltiples proveedores.

Las deficiencias comunicacionales constituyen el impedimento más significativo identificado transversalmente en contextos hospitalarios diversos, manifestándose en múltiples dimensiones críticas del proceso asistencial. La comunicación inadecuada sobre tratamientos farmacológicos, efectos secundarios esperables, planes terapéuticos, procedimientos diagnósticos y estrategias de autocuidado post-alta hospitalaria representa una barrera fundamental que compromete la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. Los adultos mayores con multimorbilidad, particularmente vulnerables por limitaciones funcionales y baja alfabetización en salud, requieren estrategias comunicacionales diferenciadas y adaptadas que frecuentemente no se implementan, evidenciando brechas en la preparación del personal sanitario para atender poblaciones con necesidades complejas.

La actitud profesional del personal sanitario y las condiciones organizacionales laborales operan como determinantes sistémicos que modulan significativamente la calidad percibida independientemente de recursos materiales disponibles. La sobrecarga laboral, las barreras institucionales para participación efectiva del paciente en el plan terapéutico y las carencias en habilidades interpersonales del personal

deterioran la experiencia hospitalaria, generando ansiedad, frustración e insatisfacción. Los pacientes valoran la participación activa en decisiones de salud y la consideración de sus expectativas como componentes esenciales de atención de calidad, indicando que los modelos centrados en la persona mejoran sustancialmente la satisfacción aun en contextos con limitaciones infraestructurales, subrayando la primacía de dimensiones relacionales sobre recursos técnicos en la construcción de percepciones positivas de calidad asistencial.

Discusión

El segundo nivel asistencial para pacientes con ECNT revela una paradoja fundamental entre la capacidad técnica instalada y la calidad relacional percibida por los usuarios. Los estudios convergentes demuestran que mientras la infraestructura hospitalaria, el equipamiento tecnológico y los tiempos de respuesta inicial obtienen valoraciones satisfactorias, las dimensiones interpersonales vinculadas con empatía, comunicación efectiva y capacidad de respuesta personalizada constituyen las áreas críticas de insatisfacción. Esta disonancia evidencia que la percepción de calidad en servicios especializados trasciende la competencia técnica, situando las habilidades relacionales del personal sanitario como elemento diferenciador determinante de la experiencia del paciente hospitalizado.

La fragmentación asistencial emerge como barrera estructural crítica que erosiona sistemáticamente la percepción de calidad entre pacientes con multimorbilidad y condiciones crónicas complejas. La priorización institucional de episodios agudos sobre el manejo integral longitudinal de enfermedades de base, la descoordinación entre especialistas, las barreras comunicacionales inter-

profesionales y la planificación deficiente de transiciones asistenciales generan discontinuidades que impactan negativamente la confianza, seguridad emocional y satisfacción del usuario. Los pacientes expresan consistentemente necesidades insatisfechas de atención interdisciplinaria holística y participación activa en decisiones terapéuticas, señalando que los modelos organizacionales predominantes resultan inadecuados para abordar la complejidad inherente a condiciones crónicas que requieren coordinación sostenida entre múltiples proveedores.

Las deficiencias comunicacionales constituyen el impedimento más significativo identificado transversalmente en contextos hospitalarios diversos, manifestándose en múltiples dimensiones críticas del proceso asistencial. La comunicación inadecuada sobre tratamientos farmacológicos, efectos secundarios esperables, planes terapéuticos, procedimientos diagnósticos y estrategias de autocuidado post-alta hospitalaria representa una barrera fundamental que compromete la continuidad del cuidado y la seguridad del paciente. Los adultos mayores con multimorbilidad, particularmente vulnerables por limitaciones funcionales y baja alfabetización en salud, requieren estrategias comunicacionales diferenciadas y adaptadas que frecuentemente no se implementan, evidenciando brechas en la preparación del personal sanitario para atender poblaciones con necesidades complejas.

La actitud profesional del personal sanitario y las condiciones organizacionales laborales operan como determinantes sistémicos que modulan significativamente la calidad percibida independientemente de recursos materiales disponibles. La sobrecarga laboral, las barreras institucionales para participación efectiva del paciente en el plan terapéutico y las carencias

en habilidades interpersonales del personal deterioran la experiencia hospitalaria, generando ansiedad, frustración e insatisfacción. Los pacientes valoran la participación activa en decisiones de salud y la consideración de sus expectativas como componentes esenciales de atención de calidad, indicando que los modelos centrados en la persona mejoran sustancialmente la satisfacción aun en contextos con limitaciones infraestructurales, subrayando la primacía de dimensiones relacionales sobre recursos técnicos en la construcción de percepciones positivas de calidad asistencial.

Conclusiones

El análisis sistemático de la evidencia científica demuestra que la percepción de calidad de atención en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles presenta características diferenciadas según el nivel asistencial, aunque comparte determinantes comunes relacionados con la dimensión relacional del cuidado. En el primer nivel, los pacientes valoran positivamente aspectos interpersonales como dignidad, confidencialidad y comunicación efectiva, mientras que identifican deficiencias críticas en tiempos de espera, continuidad del cuidado y servicios básicos. En el segundo nivel, la infraestructura y equipamiento hospitalario obtienen valoraciones satisfactorias, pero persisten carencias sustanciales en empatía, comunicación sobre tratamientos y planificación de transiciones asistenciales. La fragmentación entre niveles asistenciales, la descoordinación entre especialistas y la ausencia de sistemas efectivos de transferencia de información constituyen barreras estructurales que erosionan sistemáticamente la percepción de calidad en ambos niveles, evidenciando la necesidad imperativa de

fortalecer modelos integrados que garanticen continuidad longitudinal del cuidado.

Los factores determinantes que influyen en la percepción de calidad de atención incluyen elementos sociodemográficos, organizacionales y relacionales que operan de manera interrelacionada. Las características sociodemográficas como clase social baja, nivel educativo limitado, género femenino, estado civil y pertenencia a grupos étnicos minoritarios se asocian consistentemente con peores percepciones de autonomía, personalización del cuidado y capacidad de respuesta del sistema. La concordancia cultural entre proveedores y pacientes emerge como determinante crítico particularmente en adultos mayores, modulando significativamente dimensiones relacionadas con establecimiento de objetivos terapéuticos compartidos y resolución colaborativa de problemas. Los factores organizacionales incluyen competencia profesional insuficiente, sobrecarga laboral del personal sanitario, deficiencias en liderazgo institucional y ausencia de cultura de mejora continua, elementos que impactan negativamente tanto la satisfacción de usuarios como la de prestadores, generando un círculo vicioso que compromete la calidad asistencial de manera sostenida.

Las dimensiones de calidad más valoradas por pacientes con enfermedades crónicas varían según contexto geográfico, nivel asistencial y características poblacionales específicas. En contextos de atención primaria europea y de altos ingresos, la dignidad, confidencialidad y comunicación efectiva constituyen las dimensiones mejor calificadas, reflejando expectativas elevadas de trato interpersonal humanizado. En contextos de bajos y medianos ingresos, particularmente en áreas rurales de China, Vietnam y África subsahariana, la

accesibilidad geográfica y económica emerge como dimensión primordial, aunque persisten deficiencias críticas en continuidad del cuidado y competencia técnica de proveedores. La continuidad asistencial se identifica transversalmente como dimensión específica esencial para condiciones crónicas que trasciende los seis objetivos tradicionales de calidad del Instituto de Medicina, diferenciándose de modelos diseñados para atención episódica aguda. Los adultos mayores con multimorbilidad priorizan comunicación clara sobre tratamientos, participación en decisiones terapéuticas y coordinación efectiva entre especialistas, evidenciando necesidades diferenciadas según complejidad clínica.

Las barreras de acceso a servicios de salud incluyen obstáculos estructurales, económicos, geográficos y organizacionales que afectan diferencialmente según nivel asistencial y contexto socioeconómico. En el primer nivel, los tiempos de espera prolongados para consultas especializadas y servicios preventivos, la insuficiente capacitación de proveedores en áreas rurales, las limitaciones en infraestructura básica y la ausencia de sistemas efectivos de seguimiento longitudinal constituyen barreras críticas que comprometen la experiencia del paciente. Las barreras económicas relacionadas con pagos de bolsillo para medicamentos, transporte y tiempo laboral perdido impactan particularmente a poblaciones vulnerables. En el segundo nivel, la fragmentación asistencial, la priorización institucional de episodios agudos sobre manejo integral de condiciones crónicas, la descoordinación entre especialistas y la planificación deficiente del alta hospitalaria representan obstáculos fundamentales. Los facilitadores identificados incluyen equipos multidisciplinarios integrados, educación continua de profesionales, intervenciones de

telesalud para mitigar barreras geográficas y modelos de atención centrados en la persona que promueven participación activa del paciente.

Referencias Bibliográficas

- Al Qadire, M., ALHosni, F., Al-Daken, L., Aljezawi, M., Al Omari, O., & Khalaf, A. (2023). Quality of life and its predictors among patients with selected chronic diseases. *Nursing Forum*, 2023, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2023/6657164>
- Alanazi, E., Alanazi, H., Alanazi, M., Alsadoun, A., Asiri, S., & Bahari, G. (2023). Quality perceptions, expectations, and individual characteristics among adult patients visiting primary healthcare centers in Saudi Arabia: A cross-sectional study. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(2), 208. <https://doi.org/10.3390/healthcare11020208>
- Alodhialah, A., Almutairi, A., & Almutairi, M. (2025). Patient-centered care in family medicine: Strategies for continuity and comprehensive care for older adults - A mixed-methods study. *Clinical Interventions in Aging*, 20, 985–1003. <https://doi.org/10.2147/CIA.S513624>
- Ambrosi, E., Mezzalira, E., Canzan, F., Leardini, C., Vita, G., Marini, G., & Longhini, J. (2025). Effectiveness of digital health interventions for chronic conditions management in European primary care settings: Systematic review and meta-analysis. *International Journal of Medical Informatics*, 196(105820), 105820. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2025.105820>
- Belachew, E., Getachew, D., Netere, A., Gizachew, E., & Sendekie, A. (2023). Perception, willingness, and practices of telemedicine in patients with chronic diseases: implication of digital health in patients' perspective at a tertiary care hospital in Ethiopia. *Frontiers in Public Health*, 11, 1234436. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1234436>
- Bonilla, P., Vargas, A., Davalos, V., Leon, F., & Lomas, M. (2020). Chronic diseases and associated factors among older adults in Loja, Ecuador. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 4009. <https://doi.org/10.3390/ijerph17114009>
- Briones, N., Zambrano, L., Bravo, D., & Álava, E. (2024). Percepción del usuario sobre la Calidad de Atención del profesional de enfermería en la sala de emergencia de un Hospital Manabita. *Revista Investigación y Educación en Salud*, 3(1), 4–14. <https://doi.org/10.47230/unesum-salud.v3.n1.2024.4-14>
- García, C., & Barrera, L. (2020). Análisis de la atención del usuario en los centros de salud de la Provincia de Manabí-Ecuador. *Enfermería Investigación Vinculación Docencia y Gestión*, 5(4), 5. <https://doi.org/10.31243/ei.uta.v5i4.964.2020>
- Grant, B., Soroka, O., Baquero, E., Ringel, J., Cherrington, A., Cummings, D., Halladay, J., Rajan, A., & Safford, M. M. (2025). Patient perceptions of provider race concordance and quality of Chronic Illness Care. *Journal of General Internal Medicine*, 40(10), 2218–2225. <https://doi.org/10.1007/s11606-024-09025-w>
- Kabir, A., Karim, N., Islam, R., Romero, L., & Billah, B. (2022). Health system readiness for non-communicable diseases at the primary care level: a systematic review. *BMJ Open*, 12(2), e060387. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060387>
- Ku, G., van de Put, W., Katsuva, D., Ahmed, M., Rosenberg, M., & Meessen, B. (2024). Quality of care for chronic conditions: identifying specificities of quality aims based on scoping review and Delphi survey. *Global Health Action*, 17(1), 2381878. <https://doi.org/10.1080/16549716.2024.2381878>

- Le Ho, Q., Nguyen, M., Nguyen, Q., Duong, Q., Che, L., Ngo, M., Le, C., Derese, A., Pype, P., Peersman, W., & Wens, J. (2025). Understanding patients' perceptions of chronic illness care, self-management support needs and their relationship with telehealth preferences: a cross-sectional study in Vietnamese primary care. *BMJ Open*, 15(6), e090734. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090734>
- Leithaus, M., Flamaing, J., Goderis, G., Verbeek, H., & Deschodt, M. (2025). Health-related quality of life and patient experiences regarding care transitions in hospitalized older patients with chronic diseases. *Scientific Reports*, 15(1), 31449. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-17167-y>
- Li, M., Zhang, X., Tang, H., Zheng, H., Long, R., Cheng, X., Cheng, H., Dong, J., Wang, X., Zhang, X., Geldsetzer, P., & Liu, X. (2024). Quality of primary health care for chronic diseases in low-resource settings: Evidence from a comprehensive study in rural China. *PloS One*, 19(7), e0304294. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0304294>
- Makwero, M., Muula, A., Anyanwu, F., Maposa, I., & Igumbor, J. (2025). Perception of patient-centred care and its relationship with management outcomes and complications among patients with DM in Malawi. *BMJ Open*, 15(7), e090308. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090308>
- Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Harrold, Á., Dennehy, T., Fawsitt, R., & Cullen, W. (2021). Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 21(1), 4. <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
- Ollé, L., Vargas, I., Mogollón, A., Soares, R., Eguiguren, P., Cisneros, A., Muruaga, M., Huerta, A., Bertolotto, F., & Vázquez, M. (2021). Care continuity across levels of care perceived by patients with chronic conditions in six Latin-American countries. *Gaceta Sanitaria*, 35(5), 411–419. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.013>
- Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo, E., McDonald, S., ... Alonso, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Parra, D., López, L., & Vera, L. (2021). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con hipertensión y diabetes mellitus. *Enfermería global*, 20(2), 316–344. <https://doi.org/10.6018/eglobal.423431>
- Parreño, Á., Ocaña, S., & Bonilla, M. (2022). Evaluación de la satisfacción de servicios de salud prestados en unidades del primer nivel de atención. *Revista cubana de medicina general integral*, 38(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S0864-21252022000200010
- Puig, M., Rivadeneira, M., Peralta, A., Chilet, E., Benaziz, I., Hernández, M., Torres, A., Caicedo, C., & Parker, L. (2023). Access to health services for chronic disease care during the COVID-19 pandemic in Ecuador: A qualitative analysis using a Social Determinants of Health approach. *Global Public Health*, 18(1), 2224859. <https://doi.org/10.1080/17441692.2023.2224859>
- Ramal, J., Urday, D., Ricapa, M., Sánchez, R., & Cuba, M. (2020). Approaching chronic problems in primary-care using the task-oriented processes in care (TOPIC). *Revista médica herediana: organo oficial de la Facultad de Medicina "Alberto Hurtado", Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú*, 31(3), 193–200. <https://doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3811>
- Rodríguez, E., Gil, M., San Sebastián, M., Oliván, B., Coronado, V., Sánchez, M., &

- Magallón, R. (2022). Capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria valorada por pacientes con enfermedades crónicas. *Gaceta sanitaria*, 36(3), 232–239.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.008>
- Rojas, M., Torres, N., Martínez, B., Suárez, G., Orozco, C., & Peña, E. (2023). Influencia de la percepción de la calidad de atención sobre la salud en estudiantes universitarios. *Horizonte sanitario*, 22(3), 593–600.
<https://doi.org/10.19136/hs.a22n3.5631>
- Thompson, F., Bellass, S., Scharf, T., Witham, M., & Cooper, R. (2025). Perceptions of hospital care quality according to people living with multiple long-term conditions: A scoping review. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy*, 28(3), e70297.
<https://doi.org/10.1111/hex.70297>
- Torain, M., Bennett, G., Matsouaka, R., Olsen, M., Yang, H., Bolton, J., Johnson, K., & Svetkey, L. (2021). The patient's Point of View: Characterizing patient-level factors associated with perceptions of health care. *Health Equity*, 5(1), 457–465.
<https://doi.org/10.1089/heq.2021.0062>
- Torres, D., Solano, B., & Landeta, D. (2024). Percepción de la Calidad de Atención en Servicios de Salud del Área de Materno Infantil. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 8(1), 5678–5696.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i1.9921
- Tunsi, A., Alhelal, R., Mujalled, R., Alhadrami, E., Alsulami, R., Alhofaian, A., Alaamri, M., & Babkair, L. (2023). Chronic illness patients' perceptions of quality of care during hospitalization: A qualitative study. *SAGE Open Nursing*, 9, 23779608221150706.
<https://doi.org/10.1177/23779608221150706>
- Vargas, L., & Falcones, M. (2021). Factores determinantes del nivel de satisfacción de los usuarios en emergencias del hospital Dr. Carlos del pozo melgar de Muisne. *Más Vita*, 3(3), 33–41.
<https://doi.org/10.47606/acven/mv0072>
- Zambrano, E., & Vera, T. (2020). Percepción del usuario sobre la calidad de atención del personal de enfermería en el área de cirugía del Hospital Naval. *Revista Publicando*, 7(25), 64–72.
<https://revistapublicando.org/revista/index.php/crv/article/view/2086>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial 4.0 Internacional. Copyright © Jessica Mariana Freire Montesdeoca.

