



Revista Española de Nutrición Humana y Dietética

Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics

INVESTIGACIÓN – *versión post-print*

Esta es la versión aceptada para publicación. El artículo puede recibir modificaciones de estilo y de formato.

Percepción de la calidad de servicio en la atención nutricional en Chile: un estudio desde la perspectiva del usuario

Service quality perception in nutritional care in Chile: a study from the user's perspective

José Luis Pino-Villalón^{a-b*}, Alonso Javier Torres-López^{a-c}, María José Jorquera Cáceres^a, Camila Belén Pérez Loncoman^a

^aEscuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Salud, Universidad Santo Tomás, Chile.

^bCentro de Investigación e Innovación en la Prevención y Cuidados de la Salud, Universidad Santo Tomás, Chile.

^cDepartamento de Salud Estudiantil, Dirección General Estudiantil, Universidad Católica del Maule, Chile.

*jpino9@santotomas.cl

Recibido: 13/10/2025; Aceptado: 05/02/2026; Publicado: 08/03/2026.

Editora Asignada: Edna Judith Nava-González, Facultad de Salud Pública y Nutrición, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

CITA: Pino-Villalón JL, Torres-López AJ, Jorquera Cáceres MJ, Pérez Loncoman CB. Percepción de la calidad de servicio en la atención nutricional en Chile: un estudio desde la perspectiva del usuario. Rev Esp Nutr Hum Diet. 2026; 30(1). doi: 10.14306/renhyd.30.1.2627 [ahead of print].

Información suplementaria: <https://www.renhyd.org/renhyd/article/view/2627/1367>

La Revista Española de Nutrición Humana y Dietética se esfuerza por mantener a un sistema de publicación continua, de modo que los artículos se publiquen antes de su formato final (antes de que el número al que pertenecen se haya cerrado y/o publicado). De este modo, intentamos poner los artículos a disposición de los lectores/usuarios lo antes posible.

The Spanish Journal of Human Nutrition and Dietetics strives to maintain a continuous publication system, so that the articles are published before its final format (before the number to which they belong is closed and/or published). In this way, we try to put the articles available to readers/users as soon as possible.

RESUMEN

Introducción: En Chile, la alta prevalencia de malnutrición por exceso convierte la intervención del nutricionista en un pilar fundamental del sistema de salud. La efectividad de este profesional depende no solo de su competencia técnica, sino también de la calidad del servicio que perciben los usuarios, un factor crucial para la adherencia y los resultados a largo plazo. **Objetivo:** Comparar la percepción de calidad de servicio percibida por los usuarios que asisten a control con nutricionista en el sistema de salud público y privado en Chile.

Metodología: Estudio no experimental, y transversal en usuarios de 18-60 años atendidos por nutricionistas en la Región del Maule, Chile (n=380). Se aplicaron encuestas digitales basadas en los instrumentos "Service Quality" (SERVQUAL) (21 ítems) y modelo "Service Performance" (SERVPERF) (22 ítems).

Resultados: Los usuarios percibieron una calidad de servicio significativamente mayor en el sector privado según modelo SERVPERF ($p < 0,001$ en 21 de 22 ítems). Esto indica que la atención privada es evaluada como más confiable. Las mayores brechas a favor del privado se dieron en Empatía ($\Delta=0,65$) y Seguridad ($\Delta=0,58$), lo que sugiere que los usuarios experimentan una comunicación más cercana y una mayor sensación de competencia y confianza en ese ámbito. Se identificó una brecha global negativa (-0,21) con el modelo SERVQUAL, más pronunciada en el sector público (-0,31 vs. -0,13 privado). Se observó que, a mayor edad de los usuarios, mayor era la brecha de insatisfacción (expectativas > percepción), indicando que los pacientes de más edad tienden a ser más críticos con la calidad del servicio recibido.

Conclusiones: Los hallazgos resaltan la necesidad de mejorar la calidad del servicio en el sector público para satisfacer las expectativas de los pacientes y reducir las brechas de percepción.

Palabras Clave: Nutricionista, calidad de servicio, SERVPERF, SERVQUAL, Instituciones de Salud Público/Privado.

ABSTRACT

Introduction: In Chile, the high prevalence of overnutrition establishes the dietitian's intervention as a fundamental pillar of the healthcare system. The effectiveness of this professional depends not only on technical competence but also on the quality of the service as perceived by users, a crucial factor for long-term adherence and outcomes. Objective: To compare the perceived service quality reported by users attending follow-up appointments with nutritionists in the public and private healthcare systems in Chile.

Methods: A non-experimental, cross-sectional study was conducted on users aged 18-60 years who were treated by nutritionists in the Maule Region, Chile (n=380). Digital surveys based on the SERVQUAL (21 items) and SERVPERF (22 items) instruments were administered.

Results: Private care obtained significantly higher SERVPERF scores ($p < 0.001$) in 21 out of 22 items, with the greatest differences observed in Empathy ($\Delta = 0.65$) and Assurance ($\Delta = 0.58$). A negative global gap (-0.21) was identified using the SERVQUAL model, which was more pronounced in the public sector (-0.31 vs. -0.13 in the private sector). Dissatisfaction increased with age.

Conclusion: The findings highlight the need to improve service quality in the public sector to meet patient expectations and reduce perception gaps.

Keywords: Nutritionist, Service Quality, SERVPERF, SERVQUAL, Public/Private Health Institutions.

MENSAJES CLAVES

- La atención privada de nutricionistas en Chile es percibida como significativamente superior a la pública, especialmente en empatía y seguridad
- Existe una brecha negativa entre expectativas y percepción en ambos sistemas, pero es más pronunciada en el sector público, indicando mayor insatisfacción usuaria.
- Los usuarios de mayor edad tienden a ser más críticos, mostrando brechas de calidad más amplias, particularmente en sensibilidad y empatía dentro del sistema público.
- Se requieren políticas públicas para mejorar la infraestructura, equipamiento y formación en empatía en el sector público, para cerrar las brechas de calidad identificadas.

INTRODUCCIÓN

Chile presenta una de las mayores prevalencias de malnutrición por exceso entre los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE)¹. Según los últimos informes nacionales, el 74% de la población tiene algún grado de exceso de peso ², una situación de alto riesgo debido a su asociación con múltiples enfermedades no transmisibles que incrementan los costos de salud pública ³.

Para abordar esta problemática epidemiológica, Chile ha implementado diversas iniciativas. Entre ellas destacan el Programa Vida Sana, el Sistema Elige Vivir Sano (Ley 20.670), la implementación de sellos de advertencia en alimentos de alto riesgo (Ley 20.606) y la Estrategia Nacional contra el Sobrepeso y la Obesidad Infantil y Adolescente ⁴.

La preocupación social también es evidente: encuestas internacionales sitúan a México y Chile como los países donde la obesidad genera mayor alarma como problema de salud ⁵. Lo que debería incentivar o motivar la asistencia a control con nutricionista, profesional idóneo y competente que brinda apoyo alimentario y nutricional, tanto en el ámbito clínico como en salud pública en Chile ^{6,7}, pero según la última Encuesta Nacional de Salud (2016-17), solo el 12,9% de la población, con algún factor de riesgo de relevancia nutricional, consulta a un nutricionista al menos una vez al año ⁸, lo que puede estar asociado a la percepción que acceder a una cita/consulta de salud es un trámite burocrático ⁵.

Sin embargo, el éxito de cualquier intervención nutricional no depende únicamente del acceso o la competencia técnica del profesional. La calidad del servicio percibido es un pilar fundamental para la adherencia terapéutica y los resultados a largo plazo. Como señala la evidencia, "las palabras construyen o destruyen"; un servicio que haga sentir al paciente escuchado, comprendido y seguro puede motivar cambios conductuales sostenidos⁹. Esto tiene consecuencias medibles: estudios en atención crónica han demostrado que diferencias en la calidad de la relación profesional-paciente y en las barreras estructurales entre sistemas de salud se asocian directamente con variaciones en la adherencia y en indicadores clínicos clave a largo plazo¹⁰. En el contexto chileno, donde se ha documentado una alta prevalencia de baja adherencia terapéutica en el sistema público¹¹, evaluar y mejorar la calidad percibida del servicio se convierte en una necesidad.

En Chile, se puede acceder a la atención nutricional ambulatoria en tres modalidades ¹²:

1. Sistema Público Gratuito: Ofrecida en centros de atención primaria (Centro de Salud Familiar - CESFAM, Centro Comunitario de Salud Familiar - CECOSF o Postas de Salud Rural) que está enfocada en programas gubernamentales y sufre escasez de citas/cupos de atención disponibles.
2. Bono con Subsidio Estatal: Permite atención en el sector privado mediante un copago (5 EUR) con aporte fiscal, alternativa que, resulta económicamente poco atractiva para los profesionales.
3. Sistema Privado Directo: Consulta nutricional, atención en centros de salud o clínicas privadas que cuenten con nutricionistas, sin intermediación estatal.

El sistema de subsidio estatal permite atención nutricional en el sistema privado de salud. Sin embargo, esta modalidad de 'libre elección' ¹³ requiere derivación médica, aplica solo en circunstancias específicas y se limita a cuatro sesiones anuales. Estas restricciones, sumadas a la tarifa impuesta por el Estado (<10 EUR por sesión, muy inferior al valor de mercado – 25 a 50 EUR), hacen el sistema poco atractivo para nutricionistas del sector privado.

En Chile no se ha evaluado sistemáticamente la calidad percibida de estos servicios, generando un vacío en la evidencia local. Estudios internacionales han utilizado instrumentos como el modelo "Service Quality" (SERVQUAL) y "Service Performance" (SERVPERF) para

medir la calidad en servicios de salud¹⁴, demostrando que las brechas entre expectativas y percepciones impactan directamente en la satisfacción usuaria y la adherencia terapéutica¹⁵. Este vacío de evidencia local se enmarca en un escenario nacional donde la calidad percibida del sistema público de salud ha sido históricamente evaluada de manera menos favorable que la del sector privado, con críticas recurrentes hacia la infraestructura, los tiempos de espera, la disponibilidad de recursos humanos y tecnológicos, y la experiencia interpersonal durante la atención¹⁶⁻¹⁸. En el ámbito nutricional específicamente, esta percepción se ve agravada por la escasez de cupos, la limitada capacidad de personalización de las consultas y los bajos aranceles de la modalidad de libre elección, que desincentivan la participación de profesionales del sector privado^{8,13}.

La escasa información disponible compromete el diseño de políticas públicas basadas en evidencia para optimizar la atención nutricional, especialmente en el sistema público que atiende a poblaciones vulnerables con alta prevalencia de malnutrición por exceso². A esto se suma que la escasez de cupos/citas y las barreras económicas^{5,13} acentúan la necesidad de garantizar que los servicios existentes alcancen estándares de calidad que justifiquen la inversión pública y/o privada. Esta necesidad se hace más evidente al considerar las marcadas diferencias estructurales y operativas entre ambos sistemas. El sector público de atención nutricional, principalmente en el nivel primario (Centros de Salud Familiar - CESFAM, Centros Comunitarios de Salud Familiar - CECOSF), suele enfrentar limitaciones de infraestructura, equipamiento, alta demanda con cupos restringidos y sobrecarga de los profesionales, lo que puede traducirse en tiempos de espera prolongados, consultas breves y una menor capacidad de personalización^{19,20}. Por otro lado, el sector privado opera con mayor autonomía, suele contar con mejor infraestructura y tecnología, y ofrece una atención más inmediata y personalizada, aunque su acceso está condicionado por la capacidad de pago del usuario o por las restricciones de los bonos de subsidio estatal¹³.

Por ello, este estudio buscó: 1.- Comparar cuantitativamente, la percepción de calidad del servicio entre usuarios de nutricionistas de los sistemas público y privado; 2.- Identificar brechas según modelo SERVQUAL (expectativas vs. percepciones) en ambos contextos

asistenciales; Y 3.- Analizar el impacto de variables sociodemográficas clave (edad, sexo) en dichas percepciones.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, descriptivo y transversal para evaluar la percepción de usuarios chilenos sobre la atención de nutricionistas en los sistemas público y privado de salud. La investigación se desarrolló en la Región del Maule (Chile) entre junio y noviembre de 2024, siguiendo un protocolo aprobado por el Comité de Ética Científico de la Universidad Santo Tomás Macrozona Centro Sur (código 24/120), cumpliendo con los principios de Helsinki.

La población objetivo incluyó adultos de 18-60 años que hubiesen recibido atención nutricional en los últimos 6 meses en establecimientos públicos (CESFAM, CECOSF) o privados (centros o clínicas particulares). Se excluyeron personas con discapacidad cognitiva, visual o auditiva. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se reclutaron 436 participantes, esperando una participación de 190 por grupo (público/privado). La muestra fue calculada mediante método de comparación de 2 medias independientes, con un 95% de confianza, 80% de poder estadístico, diferencia mínima esperada de 0,5 puntos, desviación estándar de 1,10, y un aumento de 20% por pérdidas esperadas.

Se utilizaron dos instrumentos validados mediante formularios digitales en línea (Microsoft Forms), los cuales fueron autoadministrados: SERVPERF²¹ con 22 ítems, que evaluó percepción de calidad de servicio en cinco dimensiones (confiabilidad, capacidad de respuesta/responsabilidad, seguridad/competencia, empatía y aspectos tangibles). Y modelo SERVQUAL traducido al español ²². Este instrumento se adaptó eliminando un ítem "Las nutricionistas de excelencia mantienen registros exentos de errores", ya que un ítem anterior señala "Las nutricionistas de excelencia realizan el servicio bien a la primera", lo que ocasiona una dualidad en la intención del ítem que podría causar redundancia, por tanto, el instrumento contó con 21 ítems para medir la brecha expectativa-realidad (proyección vs. experiencia) distribuidos en cinco dimensiones (Tangibles, fiabilidad/responsabilidad, sensibilidad/capacidad de respuesta, seguridad y empatía). Ambos instrumentos utilizaron

escalas numéricas tipo Likert desde 1 ("muy insuficiente") a 7 ("excelente"). Investigaciones previas han demostrado alta confiabilidad de los cuestionarios^{23,24}. La elección de estos instrumentos se basa en su amplio uso y validación internacional para medir calidad de servicios, incluidos los de salud^{14,23}. El modelo SERVPERF se centra en el desempeño percibido, lo que lo hace especialmente útil para evaluar experiencias concretas de atención, mientras que SERVQUAL permite identificar brechas entre expectativas y percepciones, facilitando la detección de áreas críticas de mejora^{21,22}. Estos instrumentos han demostrado una excelente consistencia interna, con coeficientes alfa de Cronbach sobre 0,9 para SERVPERF²⁵ y para SERVQUAL²⁶, valores que superan el umbral recomendado para investigaciones aplicadas²⁷.

El proceso incluyó consentimiento informado y tomó ≈7 minutos por participante.

Los datos se procesaron en Microsoft Excel® y se analizaron con el programa estadístico IBM SPSS versión 30 en español (IBM, US). Las inferencias estadísticas se realizaron con 95% de confianza y significación de 0,05. Se corroboró normalidad de datos con prueba de Shapiro-Wilk, para posteriormente utilizar pruebas t de Student o Mann-Whitney/Wilcoxon. Se correlacionó el puntaje total de SERVPERF y la brecha identificada según modelo SERVQUAL con la edad según Rho de Spearman. Se determinó fiabilidad instrumental mediante α de Cronbach.

RESULTADOS

De un total de 436 encuestas recibidas, se excluyeron 56 por estar incompletas (23 del sector privado y 33 del público), quedando una muestra final de 380 usuarios que habían asistido a consulta nutricional. La mayoría fueron mujeres (80,3%; n=305) y más de la mitad se atendieron en el sistema privado (55,5%; n=211). Tanto la distribución por sexo como por grupo de edad fueron similares entre los usuarios de los sistemas público y privado, sin que se encontraran asociaciones estadísticamente significativas (sexo: $\chi^2=0,182$, p=0,670; grupo etario: $\chi^2=7,11$, p=0,212). Las características completas de la muestra se detallan en la Tabla 1.

Tabla 1: Asociación de sexo y edad según el tipo de servicio de atención nutricional (n=380)

	Privado n (%)	Público n (%)	Total
Hombre	40 (19,0)	35 (20,7)	75 (19,7)
Mujer	171 (81,0)	134 (79,3)	305 (80,3)
Total	211 (100)	169 (100)	380 (100)
Grupo Edad			
18-20	45 (21,3)	36 (21,3)	81 (21,3)
21-30	122 (57,8)	92 (54,4)	214 (56,3)
31-40	19 (9,0)	11 (6,5)	30 (7,9)
41-50	12 (5,7)	8 (4,7)	20 (5,3)
51-60	12 (5,7)	17 (10,1)	29 (7,6)
> 60	1 (0,5)	5 (3,0)	6 (1,6)
Total	211 (100)	169 (100)	380 (100)

Elaboración propia. Datos muestran frecuencia absoluta (n) y frecuencia relativa (%) de columna. Prueba de independencia de χ^2 con 95% de confianza ($p>0.05$).

La aplicación del instrumento SERVPERF mostró una adecuada consistencia interna con un α de Cronbach de 0,964.

El puntaje promedio del instrumento fue de $6,19 \pm 0,92$, en términos generales el aspecto de mayor puntaje promedio fue el ítem 20 "El/la NUTRICIONISTA tiene una buena presentación personal" con un puntaje promedio de $6,62 \pm 0,84$, le siguen los ítems 8 "El/la NUTRICIONISTA trata a los pacientes con respeto" y 18 "El/la Nutricionista mantiene su box e instalaciones siempre limpias" ambos con una calificación promedio de $6,61 \pm 0,88$. En ambos tipos de atención (público/privado) se repitieron los ítems aunque en diferente orden, en las atenciones en servicio público fue $8>20>18$ mientras que en particular fue $18>20>8$.

El análisis según tipo de atención (pública/privada) mostró puntajes significativamente superiores en el total (Figura 1) y para la mayoría de los ítems, tendencia a favor de la atención privada. Solo 1 ítem de los 22 evaluados no mostró diferencias significativas ($p > 0,05$) (ítem 21) ([Tabla Suplementaria S1](#)).

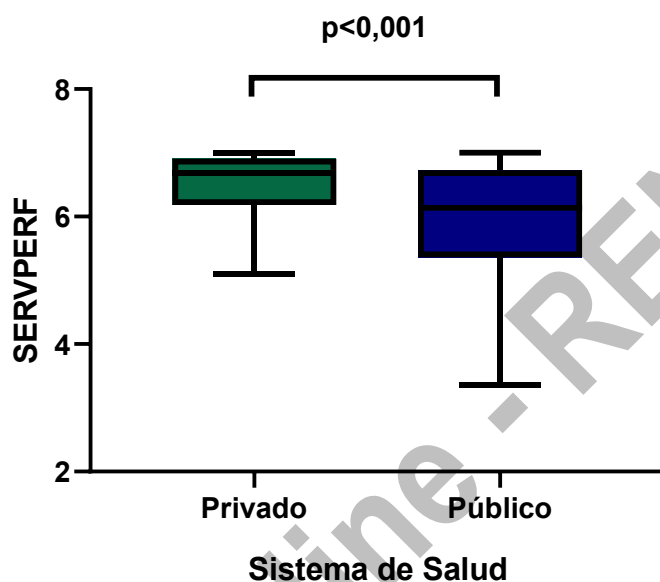


Figura 1: Calidad de servicio percibida según modelo SERVPERF

Todas las dimensiones del instrumento SERVPERF mostraron un promedio significativamente superior en aquellas personas que fueron atendidas en el sistema privado, la mayor diferencia se observó en la dimensión "Empatía" con una diferencia media de 0,65 puntos, seguido por "Seguridad" con una diferencia de 0,58 puntos (Tabla 2), no se observaron diferencias según sexo o grupo de edad ($p < 0,05$).

Tabla 2: Puntaje promedio dimensiones de escala SERVPERF según tipo de atención (n 380)

	Privado		Público		p-value
	Md	(RIC)	Md	(RIC)	
Confiabilidad	6,8	(6,2-7,0)	6,2	(5,2-6,8)	<0,001
Responsabilidad	6,8	(6,0-7,0)	6,3	(5,5-7,0)	<0,001
Seguridad	7,0	(6,3-7,0)	6,3	(5,0-7,0)	<0,001
Empatía	7,0	(6,0-7,0)	6,0	(5,0-7,0)	<0,001
Tangibles	6,6	(6,2-7,0)	6,2	(5,4-6,8)	<0,001

Elaboración propia. Datos muestran mediana y rango intercuartílico (RIC, Q1-Q3), análisis mediante prueba U de Mann-Whitney según naturaleza de los datos; Shapiro-Wilk $p < 0,001$.

El instrumento SERVQUAL mostró una alta fiabilidad interna tanto para la escala de percepción como para la escala de expectativas (α de Cronbach de 0,947 para ambas).

Mediante el modelo SERVQUAL se identificó una brecha global (percepción menos expectativa) de $-0,21 \pm 0,73$. En los servicios privados, esta brecha fue de $-0,13 \pm 0,59$, mientras que en el sector público alcanzó $-0,31 \pm 0,87$. Esta diferencia entre ambos grupos resultó estadísticamente significativa ($p = 0,030$; prueba U de Mann-Whitney) (Figura 2).

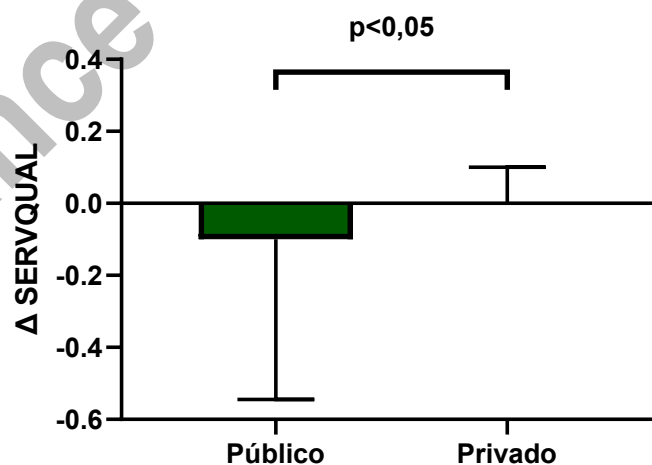


Figura 2: Brecha en calidad (percepción – expectativa) de servicio percibida según modelo SERVQUAL. Figura muestra mediana y rango intercuartil.

En el análisis de la muestra total se identificó que en 19 de 21 ítems existió diferencia significativa, es decir, no se cumplieron las expectativas de los usuarios. En solo un ítem la expectativa fue sobrepasada por la percepción (ítem 3) relativa a la apariencia, pero esta diferencia solo fue significativa en la consulta privada. Los ítems con mayor diferencia fueron el nº5 y 12, los cuales hacen referencia a cumplir plazos y tiempo para responder consultas. Tendencia que se mantiene en el ambiente privado, pero en el ambiente público el ítem 5 es reemplazado por el 18 relativo a la conveniencia en los horarios de atención.

En el servicio público se identificó brechas significativas en todas las dimensiones del modelo SERVQUAL, mientras que en el privado la dimensión "Tangibles" (asociado a equipamiento, instalaciones y apariencia), no mostró diferencias, es decir, la percepción cumple la expectativa para esta dimensión. Las brechas presentaron diferencias significativas según tipo de atención en las dimensiones Tangibles y Empatía (Tabla 3). Al realizar un análisis por variables sociodemográficas no se encontraron diferencias por sexo, pero se encontró diferencias en grupo de edad en: Sensibilidad ($p=0,016$), Seguridad ($p=0,032$) y Empatía ($p=0,019$).

Tabla 3. Brecha de calidad de servicio percibida mediante modelo SERVQUAL según tipo de atención

Dimensión SERVQUAL	Público n 169			Privado n 211			Privado vs público p-value ^a
	Percepción ± DE	Expectativa ± DE	Δ	Percepción ± DE	Expectativa ± DE	Δ	
Tangibles	5,74 ± 1,03	6,02 ± 1,07	-0,28‡	6,02 ± 0,92	6,05 ± 0,97	-0,03	0,018
Fiabilidad	5,96 ± 1,04	6,29 ± 1,00	-0,34†	6,41 ± 0,77	6,63 ± 0,60	-0,22†	0,341
Sensibilidad	5,84 ± 1,05	6,16 ± 0,97	-0,32†	6,16 ± 0,92	6,30 ± 0,83	-0,15*	0,073
Seguridad	6,26 ± 1,04	6,52 ± 0,91	-0,26†	6,62 ± 0,77	6,77 ± 0,54	-0,14‡	0,436
Empatía	6,14 ± 1,12	6,48 ± 0,95	-0,33†	6,60 ± 0,78	6,71 ± 0,56	-0,10*	0,035

† $p < 0,001$, ‡ $p < 0,01$, * $p < 0,05$ Datos muestran media \pm Desviación estándar, p-value por Prueba de Wilcoxon de acuerdo con naturaleza de los datos: Shapiro-Wilk $p < 0,001$. ^a U de Mann-Whitney para análisis privado versus público.

Se observaron correlaciones entre el grupo etario y la brecha según modelo SERVQUAL, especialmente en las dimensiones Sensibilidad (Rho=0,14, $p=0,007$) y Empatía (Rho=0,14, $p=0,005$), aunque esta última solo se mantiene en el sistema público (Rho=0,19, $p=0,014$). Es decir, a mayor edad, la brecha tiende a ser mayor en sensibilidad y empatía, especialmente en el servicio público.

DISCUSIÓN

El 80% de la muestra fueron mujeres, dato congruente con las estadísticas nacionales. Según la última Encuesta Nacional de Salud (ENS 2016-17), el 70,5% de las personas que asisten a consulta nutricional en Chile son mujeres, cifra similar a la observada en atención de enfermería (70,3%) y médica (69,6%) ⁸. Esta tendencia concuerda con lo reportado en otros países, donde también se registra mayor utilización de servicios de salud por parte de mujeres, como en Estados Unidos ²⁸ y el Reino Unido ²⁹. La menor participación de hombres en la atención sanitaria es multifactorial, pudiendo involucrar aspectos personales, institucionales y sociodemográficos ³⁰. En el caso chileno, persisten construcciones de masculinidad asociadas a la virilidad y hombría ³¹ que inhiben la búsqueda de ayuda médica, incrementando el riesgo de enfermedades ³². Y si bien las mujeres asisten en mayor proporción, aún existen factores que condicionan la asistencia a la consulta nutricional ³³, de hecho, en Chile la visita a profesional nutricionista es la que tiene menor prevalencia (12,9% nutricionista, 16,8% enfermería, 20,3% médico) ⁸. Ante este escenario epidemiológico y sociocultural, resulta prioritario fomentar la asistencia a controles de salud (nutricionales, médicos y de enfermería) especialmente en hombres.

Más de la mitad (55,5%) de los encuestados asistió a control nutricional mediante sistema privado, lo que puede estar asociado a la falta de cupos/horas de atención en el sistema público, según la ENS la limitada disponibilidad de cupos es una de las principales razones

de inasistencia a control nutricional⁸. Además existe el antecedente de la mala evaluación, por parte de la población, del sistema de salud público chileno¹⁶, aunque ha mejorado sustancialmente¹⁹.

El grupo etario de 21 a 30 años constituye la población con mayor demanda de atención nutricional, representando más del 50% de las consultas tanto en el sistema público como privado. Este patrón de utilización de servicios se contextualiza con la elevada prevalencia de exceso ponderal en este grupo etario, donde las estadísticas nacionales registran un 60.4% de sobrepeso u obesidad². Dicha condición, reconocida como problema prioritario de salud pública⁵, podría ser un determinante clave en la búsqueda de intervención profesional.

Tanto el instrumento SERVPERF ($\alpha=0,964$) como SERVQUAL ($\alpha=0,947$) mostraron una alta fiabilidad, como se ha comprobado en otros estudios²⁵, aunque una fiabilidad tan alta, como en los valores observados, puede indicar redundancia de los ítems ($\alpha>0,9$)²⁷.

Según el modelo SERVPERF, los aspectos tangibles son los mejor valorados por los usuarios tanto en servicio público como el privado, con algunos matices, en ambos grupos la presentación personal y limpieza de instalaciones son aspectos bien valorados, es decir, en ambos sistemas de salud las/los profesionales nutricionistas evidencian una buena preocupación por estos aspectos. Situación que se ha demostrado anteriormente en el servicio público hospitalario, donde los pacientes evalúan con mejor calificación aspectos de limpieza de los establecimientos³⁴.

En el servicio público de atención nutricional, las calificaciones más bajas se asocian al equipamiento moderno y a la atención personalizada. Este resultado podría deberse a la limitada disponibilidad de recursos: el sistema público tiene menor capacidad para adquirir equipos avanzados¹⁷, lo cual, unido a bajos niveles de salud mental y general de los profesionales¹⁸, podría obstaculizar la atención personalizada.

Según el modelo SERVPERF la percepción de la calidad de servicio, otorgada por el sistema privado es mejor. Esta percepción se ha comprobado en otros contextos, en servicios hospitalarios se ha demostrado que la administración privada de establecimientos tiene una mejor calidad de atención según los usuarios¹⁴, pero la evidencia es diversa y no es posible afirmar con certeza este hallazgo³⁵. Sin embargo, la ventaja del sector privado podría estar

vinculada a diferencias estructurales en las condiciones laborales y oportunidades de desarrollo profesional. Por ejemplo, según datos de la Academia Americana de Nutrición y Dietética, la salud pública es el área peor remunerada (US 67.000 vs 87.000)³⁶. Estas disparidades pueden traducirse en una mayor motivación, menor rotación de personal y una actualización más constante de competencias clínicas y de comunicación (como la empatía), dimensiones donde se hallaron las mayores brechas a favor del privado. De hecho, la dimensión “empatía” es la más contrastante, es la que obtiene menor evaluación en el sistema público, lo que podría estar asociado también a la salud mental de las/las profesionales¹⁸.

En ambos tipos de servicio (público/privado) existen brechas de satisfacción usuaria según el modelo SERVQUAL, es decir, existen expectativas no cumplidas o cubiertas en la atención nutricional, siendo la percepción del sistema público significativamente más baja, especialmente en la dimensión “Tangibles”. Otro estudio que evaluó la calidad de servicio de un centro de salud público (CESFAM) de Chile, también identificó la dimensión “Tangibles” con una brecha importante²⁰. Hallazgo que no se observa en el servicio privado, siendo la única dimensión que cumplió con las expectativas. Esto sugiere que el sector público enfrenta desafíos más amplios en infraestructura, recursos y calidad de atención.

En relación al efecto de la edad, este estudio identificó que los usuarios de mayor edad presentaron expectativas más elevadas hacia la atención nutricional. Este hallazgo está respaldado por evidencia previa que indica que las expectativas previas de tratamiento se incrementan con la edad en contextos de salud³⁷, posiblemente como resultado de una mayor experiencia acumulada con los servicios sanitarios³⁸. Por lo tanto, la brecha negativa más amplia observada en este grupo no necesariamente refleja una menor calidad objetiva, sino un desajuste entre un servicio estandarizado y demandas más personalizadas y exigentes, fundamentadas en experiencias previas más numerosas, aunque este resultado es contradictorio con otras poblaciones¹⁵.

Esta investigación presenta ciertas limitaciones que se deben considerar: el muestreo no probabilístico por conveniencia limita la capacidad de extrapolar los resultados a toda la población de la región o del país, no se identificó la residencia de los usuarios (urbano/rural)

aspecto que podría influir en la evaluación³⁹, la aplicación de cuestionarios en línea podría tener sesgos de memoria, el tamaño de muestra no es el mismo para los grupos y por último el estudio no recolectó información sobre el nivel socioeconómico de los participantes ni sobre la frecuencia de sus consultas nutricionales, factores que podrían modular significativamente la percepción de calidad del servicio.

CONCLUSIONES

Este estudio proporciona evidencia comparativa clave sobre la calidad de servicio percibida en la atención nutricional chilena, identificando brechas significativas entre los sistemas público y privado. Los hallazgos principales indican que: (1) los usuarios perciben una calidad superior en el sector privado, con diferencias más acentuadas en las dimensiones de Empatía y Seguridad; (2) existe una brecha global negativa entre expectativas y percepciones, más pronunciada en el sector público; y (3) la insatisfacción tiende a incrementarse con la edad del usuario, especialmente en aspectos de sensibilidad y empatía dentro del sistema público.

Estos resultados resaltan la necesidad urgente de implementar políticas públicas focalizadas para mejorar la calidad del servicio en la atención nutricional pública. Las intervenciones deben priorizar el fortalecimiento de la formación en habilidades comunicacionales y empatía de los profesionales, junto con inversiones en infraestructura y equipamiento que permitan una atención más personalizada. Simultáneamente, es crucial revisar los modelos de remuneración y las oportunidades de desarrollo profesional en el sector público, factores estructurales que podrían estar influyendo en la motivación y la capacidad de respuesta del personal.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

JLP-V y AJT-L contribuyeron a la creación y diseño del estudio, JLP-V diseñó el plan estadístico. MJJC, CBPL y AJT-L realizaron la búsqueda de literatura, aplicaron los instrumentos y obtuvieron los datos. JLP-V y AJT-L realizaron los análisis e interpretación de resultados. JLP-

V escribió el primer borrador. Todos los autores revisaron críticamente esta y las versiones anteriores del documento.

FINANCIACIÓN

Los autores declaran que no se recibió financiación pública ni privada para la realización de este estudio, la preparación del manuscrito o la decisión de publicar sus resultados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores expresan que no existen conflictos de interés al redactar el manuscrito.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos estarán disponibles. Para acceder a la base de datos se debe solicitar al autor de correspondencia.

REFERENCIAS

- (1) OECD Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Paris; 2023.
- (2) MINSAL Encuesta Nacional de Salud 2016-2017: primeros resultados. [accedido 4 enero 2024]. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf.
- (3) Zhou X-D, Chen Q-F, Yang W, Zuluaga M, Targher G, Byrne CD, et al. Burden of disease attributable to high body mass index: an analysis of data from the Global Burden of Disease Study 2021. *eClinicalMedicine*. 2024;76, doi: 10.1016/j.eclinm.2024.102848.
- (4) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile Estrategia para detener la aceleración del sobrepeso y obesidad en la niñez y adolescencia 2023-2030. Chile: Ministerio de Salud; 2024.
- (5) Ipsos Health Service Report Monitor Global de la Salud IPSOS. Global Advisor,; 2024.
- (6) Labraña T AM, Durán F E, Soto A D Competencias del nutricionista en el ámbito de atención primaria de salud. *Revista chilena de nutrición*. 2005;32(3):239-46, doi: 10.4067/S0717-75182005000300009.
- (7) Ferrand S, Onfray MP, Medina MG, Ferrand S, Onfray MP, Medina MG Actualización del rol del nutricionista clínico: Estándares de práctica. *Revista chilena de nutrición*. 2021;48(3):437-46, doi: 10.4067/s0717-75182021000300437.
- (8) Ministerio de Salud, Gobierno de Chile Informes Encuestas. EPI – Departamento de Epidemiología. [accedido 1 abril 2025]. Disponible en: <https://epi.minsal.cl/resultados-encuestas/>.
- (9) Religioni U, Barrios-Rodríguez R, Requena P, Borowska M, Ostrowski J Enhancing Therapy Adherence: Impact on Clinical Outcomes, Healthcare Costs, and Patient Quality of Life. *Medicina (Kaunas)*. 2025;61(1):153, doi: 10.3390/medicina61010153.
- (10) Arístegui I, Dorigo A, Bofill L, Bordatto A, Lucas M, Cabanillas GF, et al. Obstáculos a la adherencia y retención en los sistemas de salud público y privado según pacientes y personal de salud. *Actual SIDA Infectol*. 2014;22(86):71-80.

- (11) Herrera Atton D, Olivi A, Reyes Cabrera P, García Ubillo V, Veloz Baeza A, Veintimilla Carrión KS, et al. Determinantes sociales de la adherencia terapéutica en usuarios del programa de salud cardiovascular de atención primaria de salud en Chile. *Rev Panam Salud Publica*. 2025;49:e133, doi: 10.26633/RPSP.2025.133.
- (12) Becerril-Montekio V, Manuel A Sistema de salud de Chile. *Salud Pública de México*. 2011;53(Supl. 2):S132-43.
- (13) Gobierno de Chile Ministerio de Salud Fondo Nacional de Salud (FONASA). Modalidad Libre Elección. [accedido 17 julio 2025]. Disponible en: <https://adjuntos.fonasa.gob.cl/sites/fonasa/prestadores/modalidad-libre-eleccion>.
- (14) Carvalho JMS, Rodrigues N Perceived Quality and Users' Satisfaction with Public-Private Partnerships in Health Sector. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(13):8188, doi: 10.3390/ijerph19138188.
- (15) A'aqoulah A, Kuyini AB, Albalas S Exploring the Gap Between Patients' Expectations and Perceptions of Healthcare Service Quality. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:1295-305, doi: 10.2147/PPA.S360852.
- (16) Aravena L P, Inostroza P M ¿Salud Pública o Privada? Los factores más importantes al evaluar el sistema de salud en Chile. *Revista médica de Chile*. 2015;143(2):244-51, doi: 10.4067/S0034-98872015000200012.
- (17) Goldstein E El sistema de salud en Chile y la Atención Primaria de Salud municipal, Marco para un debate sobre desmunicipalización. Biblioteca del Congreso Nacional; 2018.
- (18) Castro Méndez NP Riesgos Psicosociales y Salud Laboral en Centros de Salud. *Ciencia & trabajo*. 2018;20(63):155-9, doi: 10.4067/S0718-24492018000300155.
- (19) Mella PFO, Narvárez CG Análisis del sistema de salud chileno y su estructura en la participación social. *Saúde debate*. 2023;46:94-106, doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E407>.
- (20) Caamaño AJ, Romero YR, Fuentealba NG Evaluación de la calidad de servicio en centro de salud familiar en Chile. *Horizontes Empresariales*. 2010;9(2):51-72, doi: 10.22320/hem.v9i2.2032.

- (21) Cronin JJ, Taylor SA Measuring Service Quality: A Reexamination and Extension. *Journal of Marketing*. 1992;56(3):55-68, doi: 10.2307/1252296.
- (22) Zeithaml VA, Parasuraman A, Berry LL Calidad total en la gestión de servicios. Diaz de Santos; 1993.
- (23) Carrillat FA, Jaramillo F, Mulki JP The validity of the SERVQUAL and SERVPERF scales: A meta-analytic view of 17 years of research across five continents. *International Journal of Service Industry Management*. 2007;18(5):472-90, doi: 10.1108/09564230710826250.
- (24) Sharka R, Sedayo L, Morad M, Abuljadayel J Measuring the impact of dental service quality on revisit intention using an extended SERVQUAL model. *Front Oral Health*. 2024;5:1362659, doi: 10.3389/froh.2024.1362659.
- (25) Carbajo Martín L, Párraga-Martínez I, Rosado Cabral JJ, Beltrán Romero LM, Bernabeu Wittel M Validación de la herramienta SERVPERF para el análisis de calidad en la atención en urgencias con la ecografía clínica. *Aten Primaria*. 2025;57(6):103204, doi: 10.1016/j.aprim.2024.103204.
- (26) Jakupovic V, Solakovic S, Celebic N, Kulovic D Reliability and Validity of Modified Service Quality Instrument (SERVQUAL) in Patients' Motivation to Adhere to Insulin Therapy. *Mater Sociomed*. 2018;30(1):53-7, doi: 10.5455/msm.2018.30.53-57.
- (27) Tavakol M, Dennick R Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ*. 2011;2:53-5, doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
- (28) Vaidya V, Partha G, Karmakar M Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. *J Womens Health (Larchmt)*. 2012;21(2):140-5, doi: 10.1089/jwh.2011.2876.
- (29) Labeit A, Peinemann F, Baker R Utilisation of preventative health check-ups in the UK: findings from individual-level repeated cross-sectional data from 1992 to 2008. *BMJ Open*. 2013;3(12):e003387, doi: 10.1136/bmjopen-2013-003387.
- (30) Yarifard K, Abdi Z, Jaafaripooyan E Factors Affecting the Utilization of Preventive Health Services by Middle-Aged Population: A Scoping Review. *Iran J Public Health*. 2025;54(3):554-66, doi: 10.18502/ijph.v54i3.18248.

- (31) Gobierno de Chile, Biblioteca Nacional de Chile La construcción social de lo masculino en Chile (1850-1950) - Memoria Chilena. Memoria Chilena: Portal. [accedido 30 julio 2025]. Disponible en: <https://www.memoriachilena.gob.cl/602/w3-article-100662.html>.
- (32) Mendoza-Catalán G, Almonte-Becerril M, Jiménez-Osorio AS, Ángel-García J, Estrada-Luna D, Rodríguez-Santamaría Y, et al. Machismo and Marianismo Associated With the Risk of Type 2 Diabetes in Indigenous Mexican Adults. *J Prim Care Community Health*. 2025;16:21501319251357500, doi: 10.1177/21501319251357500.
- (33) Troncoso P C, Astudillo O A, Troncoso Q G Factores sociales que condicionan la asistencia de mujeres a la consulta nutricional. *Revista chilena de nutrición*. 2011;38(1):8-14, doi: 10.4067/S0717-75182011000100001.
- (34) Pezoa M, Rojas C Propuesta Metodológica para Medir Calidad Percibida y Satisfacción en la Atención de Salud Hospitalaria. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud; 2011.
- (35) Kruse FM, Stadhouders NW, Adang EM, Groenewoud S, Jeurissen PPT Do private hospitals outperform public hospitals regarding efficiency, accessibility, and quality of care in the European Union? A literature review. *Int J Health Plann Manage*. 2018;33(2):e434-53, doi: 10.1002/hpm.2502.
- (36) eatrightPRO.org - Academy of Nutrition and Dietetics. [accedido 8 enero 2026]. Disponible en: <https://www.eatrightpro.org/>.
- (37) Ruiz-Moral R, Gavilán-Moral E, Angel Pérula De Torres L, Jaramillo-Martín I ¿Cuáles son las expectativas de los pacientes cuando acuden a una consulta de atención primaria y qué piensan los médicos sobre ellas? *Rev Calid Asist*. 2008;23(2):45-51, doi: 10.1016/S1134-282X(08)70469-X.
- (38) Liss DT, Uchida T, Wilkes CL, Radakrishnan A, Linder JA General Health Checks in Adult Primary Care: A Review. *JAMA*. 2021;325(22):2294-306, doi: 10.1001/jama.2021.6524.
- (39) Weinhold I, Gurtner S Rural - urban differences in determinants of patient satisfaction with primary care. *Soc Sci Med*. 2018;212:76-85, doi: 10.1016/j.socscimed.2018.06.019.