

Relación entre la evaluación del personal del sistema de salud por sus usuarios y su bienestar subjetivo: estudio transversal

Relationship between the evaluation of the health system personnel by their users and their subjective well-being: A cross-sectional study

Andrés Rubio^{a,*}, Andrés Mendiburo^b, Juan Carlos Oyanedel^b, Luna Benavente^c, Dario Paez^d

^a Facultad de Enfermería, Universidad Andres Bello, Santiago, Chile

^b Facultad de Educación y Ciencias Sociales, Universidad Andres Bello, Santiago, Chile

^c Centro de Investigación para una Educación Inclusiva, Viña del Mar, Chile

^d Faculty of Psychology, University of the Basque Country, San Sebastian, Spain

*Autor de correspondencia

a.rubiorivera@uandresbello.edu

Citación Rubio A, Mendiburo A, Oyanedel JC, Benavente L, Paez D. Evaluation of the health system personnel by their users and subjective well-being: A survey-based cross-sectional study. *Medwave* 2020;20(6):e7958

Doi 10.5867/medwave.2020.06.7958

Fecha de envío 27/12/2019

Fecha de aceptación 26/5/2020

Fecha de publicación 15/07/2020

Origen No solicitado

Tipo de revisión Con revisión por pares externa, por tres árbitros a doble ciego

Palabras clave health services, medical staff, personal satisfaction, quality of life, chile

Resumen

Introducción

El presente estudio examina las posibles relaciones entre la percepción de eficiencia y la calidad de la atención por parte del personal de salud y el bienestar de los usuarios en el contexto chileno. Basados en la literatura, se hipotetiza que, a mayor satisfacción con el sistema de salud, se experimenta mayor bienestar por parte de la ciudadanía que utiliza sus servicios.

Objetivos

Determinar las relaciones entre la evaluación del sistema de salud, el personal médico y la eficiencia percibida en las prestaciones por parte de los usuarios y su bienestar subjetivo.

Métodos

Utilizando un diseño de corte transversal, y considerando una muestra de 1201 personas (52,4% mujeres, media de la edad de 42,82 años), se realizaron diferentes análisis descriptivos, bivariados, junto con un modelo de ecuación estructural en relación con la evaluación del sistema de salud, la evaluación del personal médico, y la eficiencia percibida en las prestaciones médicas por parte de los usuarios y su relación con el indicador de bienestar subjetivo de satisfacción con la vida.

Resultados

Los resultados indican que estas tres variables se relacionan positivamente entre sí y tienen efectos sobre el bienestar subjetivo.

Discusión

Los sistemas de salud poseen también una función sobre el bienestar subjetivo de sus usuarios, pudiendo asociarse a indicadores de calidad de vida. Se comentan en la discusión algunas implicancias y consideraciones relacionadas con el sistema de salud chileno. También se comentan las posibles limitaciones del presente estudio. Finalmente, se menciona la importancia que tienen los sistemas de salud como parte del aparato estatal y gubernamental.

Abstract

Introduction

This cross-sectional study sought to examine the relationships between the perception of efficiency and quality of the service provided by the staff of the health system with users' well-being (satisfaction with life), in the Chilean context. Based on the literature review, we hypothesized that satisfaction with the services provided by the health system would be associated with the well-being of its users.

Objective

To determine the relationship between the evaluation of the health system, medical staff, and perceived efficiency, with users' subjective well-being.

Methods

On a sample of 1,201 respondents (52.4% women, mean age 42.82 years), descriptive analysis, bivariate analysis, and a structural equation model were performed between the evaluation of the health system, medical staff, and perceived efficiency with users' subjective well-being

Results

These three variables are positively related to each other and have effects on subjective well-being.

Discussion

Health systems also influence the subjective well-being of their users and can be associated with indicators of quality of life. Some implications and considerations related to the Chilean health system are discussed. Also, some of the possible limitations of the study are mentioned. Lastly, the importance of the health systems as part of the state and government functions is discussed.

Ideas clave

- Existe escasa literatura que aborde específicamente al cuidado y el trato por parte del personal médico, a pesar de hay estudios que reportan la importante influencia de las condiciones de vida y de salud en el bienestar de los individuos.
- Esta investigación aborda esta temática en población general, con una muestra representativa de las tres ciudades más importantes de Chile, entregando evidencia sólida para elaborar políticas públicas con miras a mejorar el bienestar de la población desde la salud, junto con evaluar el trato del personal sanitario.
- Los resultados arrojados en esta investigación dan luces sobre la relación que existe entre las evaluaciones de los usuarios respecto al sistema de salud y su nivel de bienestar.
- Constituye una fortaleza de este estudio la conformación probabilística de la muestra al reducir el sesgo de selección, mientras que el diseño transversal no permite establecer relación causa-efecto entre las variables estudiadas.

Introducción

Un sistema de salud refiere, básicamente, a la organización de diferentes grupos, colectivos, o instituciones que prestan servicios referidos a la salud de la población¹. Tal como plantea la Organización Mundial de la Salud y autores como Figueras, Lessof, McKee, Durán y Menabde², esta definición considera seis pilares de cualquier sistema de salud, los cuales tendrán efectos sobre una mejor salud: liderazgo, financiamiento, fuerza de trabajo, tecnologías y productos médicos, información e investigación y prestación del servicio. Los mismos autores señalan que los sistemas de salud hacen una contribución directa al bienestar de la sociedad, toda vez que los ciudadanos le dan cualidades de protectores.

Si se considera que la salud y el bienestar son parte esencial de la tercera meta para el desarrollo sustentable definido por la Organización de Naciones Unidas (una agenda a 2030, compartida por 193 países), y que dentro de ella se considera específicamente cómo los sistemas de salud influyen en sus usuarios, cobra relevancia indagar en la relación entre el servicio que entregan y el bienestar de sus usuarios³. Las personas asignan un valor a los sistemas de salud por el sólo hecho de existir y ser accesibles, haciendo que sean un factor de cohesión social importante, además de un factor determinante en el bienestar de los ciudadanos⁴⁻⁶.

Bienestar subjetivo

En las últimas décadas ha crecido en forma significativa el interés por medir e incorporar el llamado bienestar subjetivo en las políticas públicas, tanto a nivel internacional como nacional⁷. En Chile, es

posible mencionar la publicación del penúltimo Informe de Desarrollo Humano del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, dedicado al tema⁸, y la inclusión de preguntas sobre la temática en la Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional de los años 2011 y 2013 realizadas por el Ministerio de Desarrollo Social⁹.

El concepto de bienestar subjetivo refiere a las evaluaciones que hacen las personas de sus propias vidas, que pueden ser juicios tales como satisfacción con la vida, las evaluaciones basadas en los sentimientos, incluidos los estados de ánimo y emociones¹⁰. Las personas lo expresan manifestando que sus vidas van bien o mal, en relación a los estados de ánimo alegres o tristes, que ellos sientan en ese momento¹¹. Veenhoven señala que el bienestar corresponde a un estado duradero, no pasajero, capaz de trascender estados emocionales instantáneos¹². Se asume que es "algo" que una persona piensa y siente, por lo que puede medirse a través de la declaración que se realiza sobre ella mediante entrevista, encuestas y otros instrumentos aplicados a la población¹³. El concepto de bienestar subjetivo según Diener y colaboradores está compuesto por tres componentes que son: satisfacción con la vida, afecto positivo y afecto negativo¹⁴.

De esta forma, es posible señalar que el bienestar subjetivo posee dos dimensiones. Primero, una dimensión del bienestar subjetivo hedónico o de balanza, balance o equilibrio emocional, que se vincula con componentes afectivos o emociones, las que pueden ser tanto positivas (amor, alegría, entre otras), como negativas (ira, tristeza, preocupación u otras). En rigor, las emociones corresponden a reacciones de corto plazo, ligadas a eventos específicos que involucran un componente fisiológico. Segundo, una dimensión del bienestar subjetivo de juicio cognitivo, que se vincula con la satisfacción con la vida, la que es definida como el grado en que una persona evalúa positivamente el conjunto de su vida, incluyendo tanto la evaluación de la propia vida, como del contexto social. Esto constituye un juicio cognitivo de tipo evaluativo¹⁵.

Bienestar subjetivo y salud

Investigaciones previas han demostrado que existe relación entre la salud de las personas y el bienestar¹⁵⁻¹⁸. Un estudio destacable es el de Diener y Chan¹¹, quienes señalan que en poblaciones sanas el bienestar subjetivo tiene efectos causales que influyen tanto en la salud de las personas, como en su longevidad. Por ejemplo, estados de ánimo positivos como la felicidad, la alegría, así como características tales como la satisfacción con la vida, la esperanza, el optimismo y el sentido del humor positivo, se asociaron con un menor riesgo de mortalidad en poblaciones saludables, y más sobrevivida en muestras de enfermos.

Si bien los estudios reportados dan cuenta de una importante influencia de las condiciones de vida y de salud en el bienestar de los individuos, existe escasa literatura que aborda específicamente al cuidado y el trato por parte del personal médico. En ese sentido, destacan investigaciones en pacientes con dolencias específicas, como cáncer¹⁷, o mujeres que sufrieron aborto espontáneo¹⁹. En el primer caso se demostró que medir y reportar a estos pacientes una medida global de calidad de vida, llevó a un mayor bienestar en el mediano plazo, por lo que los autores concluyeron que más allá de las decisiones médicas, un factor relevante en el bienestar de estos individuos eran las interacciones entre médico y paciente. En el segundo caso, el asesoramiento basado en el cuidado médico tuvo como consecuencia una reducción de síntomas asociados a alteraciones emocionales y una mejora del bienestar global, luego de un año del episodio vivido.

Además, un estudio encontró que la satisfacción de una persona con la atención de la salud se correlaciona con el bienestar subjetivo, lo cual no ocurre con indicadores de malestar y síntomas psicopatológicos²⁰. A partir de estos antecedentes, es posible hipotetizar que el sistema de salud y, específicamente, el trato por parte del personal médico, constituye un factor que se asocia con el bienestar de sus usuarios. Lo relevante de la investigación que se presenta es que aborda esta temática en población general, con una muestra representativa de las tres ciudades más importantes de Chile, pudiendo así entregar evidencia sólida que permita, además de evaluar la temática, entregar insumos para la elaboración de políticas públicas con miras a mejorar el bienestar de la población desde la salud.

El objetivo de este estudio es determinar las relaciones entre la evaluación del sistema de salud, la evaluación del personal médico y la eficiencia percibida en las prestaciones médicas por parte de los usuarios, y su influencia sobre el indicador de bienestar subjetivo de satisfacción con la vida.

Métodos

Muestra

La muestra estuvo compuesta por 1201 personas mayores de 18 años del Gran Santiago, Gran Valparaíso y Gran Concepción en Chile. Estas zonas corresponden a las áreas urbanas de las provincias homónimas, que concentran la mayor parte de la población del país. El 47,6% de los encuestados fueron hombres y 52,4% mujeres, siendo la edad media 42,82 años (desviación estándar: 17,87). El diseño del estudio es de corte transversal, debido a la dificultad que implica el seguimiento de la población de usuarios del sistema de salud. La técnica de muestreo fue probabilística y polietápica, con un error asociado del 2,85%, con un nivel de confianza del 95%. En un primer nivel la selección se hizo por cuadras, luego se seleccionó una vivienda dentro de la cuadra y, finalmente, a una persona a entrevistar. Las selecciones fueron aleatorias.

Procedimientos

Se aplicó un cuestionario estructurado, con preguntas cerradas, de respuesta simple en hogares, durante los meses de abril y mayo de 2013.

Instrumentos

- Evaluación del personal médico. Esta medida se compuso de tres ítems midiendo el trato recibido en la última atención de salud de parte de médicos (ítem 1), enfermeras y auxiliares (ítem 2), y personal administrativo (ítem 3). En cada ítem los encuestados debieron señalar su evaluación de cada uno de ellos en una escala entre 1 “muy malo” y 7 “muy bueno”. La consistencia interna, medida con el coeficiente α de Cronbach, fue de 0,846.
- Eficiencia de prestaciones médicas. Los encuestados respondieron respecto a cuán oportunos consideraban diferentes aspectos relacionados con prestaciones médicas (obtención de hora de medicina general en su consultorio o centro médico, obtención de horas médicas de especialistas en su hospital, entrega de resultados de exámenes que indica su médico, poder hospitalizarse, poder operarse, atención de urgencias en el Servicio de Atención Primaria de Urgencias de su sector, atención en el servicio de urgencia en su hospital). En todos los casos debían indicar su evaluación utilizando una escala que variaba entre 1 (“muy demorado”) y 7 (“muy oportuno”). La consistencia interna fue de 0,920, de acuerdo al estadístico α de Cronbach.
- Evaluación del sistema de salud. Se incluyó una medida de evaluación del sistema de salud con la siguiente pregunta “Con la experiencia que ha tenido usted y su grupo familiar, ¿Qué nota le pone usted al sistema de salud?”. Las respuestas posibles se encontraban en una escala entre 1 (“muy malo”) y 7 (“muy bueno”).
- Satisfacción con la vida. Se utilizó la escala de satisfacción con la vida (Satisfaction With Life Scale, SWLS)²¹, la que ha demostrado adecuadas propiedades psicométricas en su versión en español²². Los ítems que incluye este indicador son “en muchos aspectos, mi vida se acerca a mi ideal”, “mis condiciones de vida son excelentes”, “estoy satisfecho con mi vida”, “hasta el momento, he obtenido las cosas que quiero en mi vida” y “si pudiera vivir mi vida de nuevo, no cambiaría casi nada”. Las respuestas varían entre 1 y 7, donde 1 significa “completamente en desacuerdo” y 7 “completamente de acuerdo”. La consistencia interna de la escala en este estudio fue de 0,864 de acuerdo al estadístico α de Cronbach.

Análisis de datos

Se realizaron tres tipos de análisis: estadísticos descriptivos de las diferentes variables, correlaciones bivariadas de las mismas y, finalmente, la estimación de un modelo de ecuaciones estructurales que examinó el efecto de la evaluación del personal médico y la eficiencia de las prestaciones médicas sobre la valoración del sistema de salud, y de estas tres variables sobre el bienestar (de manera directa e indirecta). Para el modelado de las variables se recurrió al estimador de máxima verosimilitud con errores estándares robustos. El análisis univariado y bivariado fue efectuado a través del programa IBM-SPSS v.20, mientras que el modelo de ecuaciones estructurales con Mplus v.6.12.

Lineamientos éticos

Todos los participantes recibieron un documento de consentimiento informado, el cual indicaba los objetivos del estudio, aseguraba anonimato, confidencialidad y entregaba toda la información para tomar la decisión informada sobre la participación. El estudio fue aprobado por el Comité de Bioética de la Universidad Andrés Bello, según la Resolución 90660/2020.

Resultados

La Tabla 1 presenta los estadísticos descriptivos de las medidas utilizadas. La satisfacción con la vida es la variable con el puntaje más alto, seguida por la evaluación del personal, la eficiencia de las prestaciones médicas y la evaluación del sistema de salud.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos.

Evaluaciones	Media	Desviación estándar
Evaluación sistema de salud	4,39	1,54
Evaluación personal médico	5,23	1,27
Eficiencia prestaciones médicas	4,63	1,41
Satisfacción con la vida	5,50	1,04

Datos corresponden a evaluaciones de sistema de salud, personal médico, eficiencia de prestaciones y satisfacción vital en la Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío, Chile.

Respecto a las relaciones entre las variables en estudio, la matriz de correlaciones de la Tabla 2 evidencia que todas las medidas se encuentran asociadas significativamente ($p < 0,01$) y de forma positiva.

Todas las correlaciones entre las evaluaciones del sistema de salud son mayores a $r: 0,50$, a la vez que todas correlacionan con la satisfacción con la vida con valores por sobre $r: 0,28$.

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre evaluaciones y satisfacción vital.

Área evaluada	1	2	3
1. Evaluación del sistema de salud	-		
2. Evaluación personal médico	0,59*		
3. Eficiencia prestaciones médicas	0,50*	0,57*	
4. Satisfacción con la vida	0,29*	0,28*	0,32*

*Las correlaciones son estadísticamente significativas ($p < 0,001$).

Datos recogidos en Región Metropolitana, Valparaíso y Biobío, Chile.

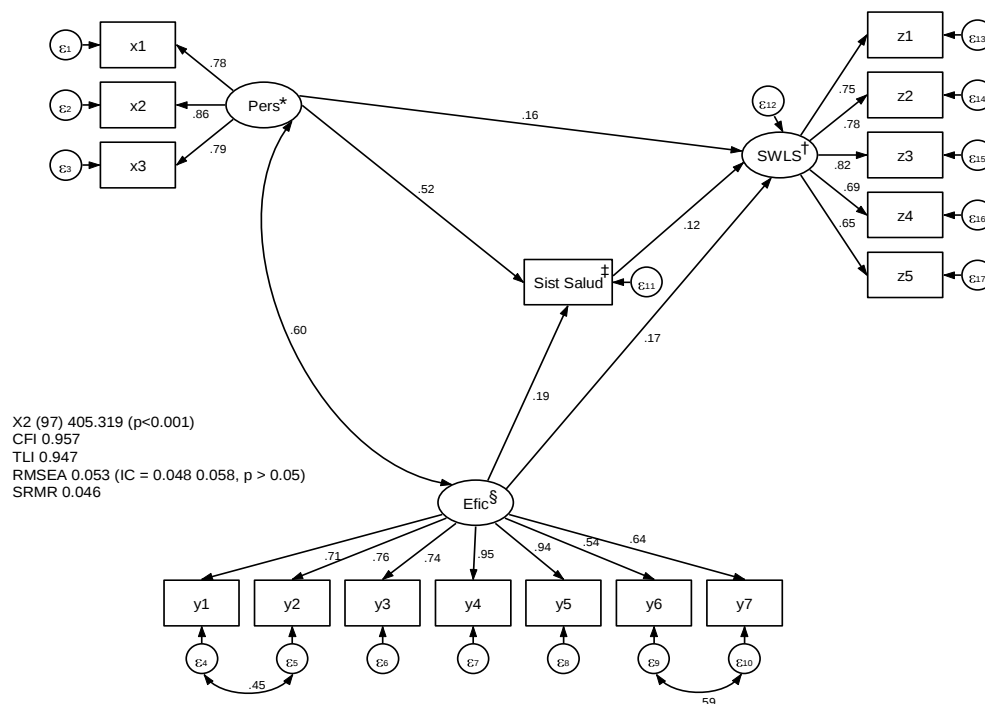
Finalmente, para poder observar posibles influencias de las evaluaciones sobre la satisfacción con la vida se realizó un modelo de ecuaciones estructurales (Figura 1). Este modelo tuvo un adecuado ajuste, con $X^2(97) = 405,319$; $p < 0,001$; CFI = 0,957; TLI = 0,94; RMSEA = 0,053; SRMR = 0,046. Al mismo tiempo, todas las cargas factoriales del modelo de medición son estadísticamente significati-

vas y altas, con lo que es posible afirmar que los constructos de evaluación del personal médico (Pers), eficiencia de prestaciones médicas (Efic) y satisfacción con la vida (SWLS, del inglés Satisfaction With Life Scale) son medidos de manera adecuada con los ítems seleccionados.

Las relaciones estructurales descritas por el modelo son significativas, por lo que puede concluirse que la evaluación del personal médico y la eficiencia de las prestaciones médicas inciden positivamente en la evaluación del sistema de salud (coeficientes de 0,52 a 0,19, respectivamente). A su vez, estos indicadores afectan directamente la satisfacción vital de los encuestados, con coeficientes de 0,16 a

0,17. La evaluación del sistema de salud, por su parte, incide en el bienestar (0,12), siendo también mediadora en la relación entre la evaluación del personal médico y eficiencia de las prestaciones con la satisfacción vital. El efecto indirecto, que demuestra una mediación parcial, alcanza 0,06 en el primer caso y 0,02, en el segundo.

Figura 1. Modelo de ecuaciones estructurales.



* Evaluación del personal médico.

† Satisfaction With Life Scale.

‡ Evaluación del Sistema de Salud.

§ Eficiencia de prestaciones médicas.

Discusión

Los resultados arrojados en esta investigación dan luces sobre la relación que existe entre las evaluaciones de los usuarios respecto al sistema de salud y su nivel de bienestar. Al respecto, y tal como se plantea en diferentes publicaciones^{4,5}, los resultados de este estudio confirman una relación clara entre estas variables. El nivel de bienestar de las personas que consideran haber sido tratadas de mejor manera por el personal y con acciones más eficaces, es más alto. Vale decir, no sólo se afecta el nivel en que se evalúa el sistema de salud en sí, sino que estas evaluaciones son significativas incluso sin considerar esta última variable.

Un punto relevante de la investigación presentada es que valida en población general la hipótesis de asociación entre satisfacción con la atención y el bienestar subjetivo, que se planteó a partir de estudios en pacientes con patologías específicas y que tendían a tener un alto impacto en el bienestar físico y emocional, como lo son el cáncer y el aborto^{18,22} y también a partir de estudios con usuarios del sistema de salud en general²⁰.

De este modo, el tratamiento que ejerce el personal médico con los usuarios de los sistemas de salud tiene una implicancia en su bienestar subjetivo promedio, incluso si se observa más allá de patologías graves como las mencionadas. Por ello, el trato en la atención resulta de particular importancia puesto que afecta la satisfacción de los individuos. Los sistemas de salud del mundo varían en relación con qué organismo es el responsable de su implementación y desarrollo. En Chile, la calidad de los servicios de salud se relaciona íntimamente con la capacidad de pago de las personas.

En el caso de esta investigación, el contar con una muestra representativa indica que existe transversalidad, al menos en relación con el nivel socio económico, lo que es aún más relevante si se considera que la evaluación del personal médico tiene un peso explicativo mayor que la eficiencia asociada al proceso de atención. La relación observada y el modelo hipotetizado se ajustan sin importar el ingreso de las personas, vale decir, sin importar si se acude a organismos privados o públicos que entreguen atención de salud (datos no presentados).

Por otro lado, al ser una investigación transversal tampoco se puede excluir que las personas con mayor satisfacción vital tiendan a evaluar más positivamente la atención recibida de los médicos, enfermeras y administrativos de salud. Ahora bien, es poco probable que toda la asociación entre la satisfacción y percepción de eficacia del sistema de salud con el bienestar subjetivo se explique porque la satisfacción vital conlleve una visión más positiva de la realidad.

Conclusión

Los sistemas de salud son parte esencial de los sistemas sociales. Tal como se plantea en este artículo, su importancia no sólo radica en la función práctica de entregar cuidados de salud o trabajar en la prevención, sino que además tiene una función sobre el bienestar social.

Los aspectos centrales de los sistemas de salud (calidad de los servicios, forma de trato de los profesionales) medidos para esta investigación demuestran tener no sólo amplia relación entre ellos, sino que además poseen una fuerte relación con el bienestar. Es, finalmente, un aporte a la idea de que los organismos relacionados con los Estados y Gobiernos pueden afectar de manera directa e indirecta en indicadores sociales positivos.

Notas

Roles de autoría

Todos los autores contribuyeron en igual medida en el diseño del trabajo, en la adquisición, análisis o interpretación de los datos del trabajo, en la redacción o revisión crítica del manuscrito, con aportes intelectuales importantes y la aprobación final de la versión que será publicada.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no hay conflictos de interés en el presente estudio.

Financiamiento

Se agradecen los financiamientos de CONICYT PIA CIE 160009, FONDECYT 1181533, CCE IT-1187-19 y PSI2017-84145-P.

Consideraciones éticas

El presente estudio se llevó a cabo siguiendo las directrices del Instituto de Salud Pública de la Universidad Andrés Bello. En él sólo participaron adultos previo consentimiento, asegurándose el anonimato y confidencialidad de los datos.

Disponibilidad de los datos

Los datos utilizados para el presente estudio se encuentran disponibles previa solicitud.

Referencias

1. WHO. Informe sobre la salud en el mundo: 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: 2000. [On line] | [Link](#) |
2. McKee M, Figueras J, Saltman RB. Health systems, health, wealth and societal well-being: Assessing the case for investing in health systems. McGraw-Hill Education (UK); 2011. [On line] | [Link](#) |
3. Sustainable Development Goals (SDGs). Transforming our world: The 2030 agenda for sustainable development. 2016. [On line] | [Link](#) |
4. Convention for the protection of human rights and dignity of the human being with regard to the application of biology and medicine: convention on human rights and biomedicine (adopted by the Committee of Ministers on 19 November 1996). Council of Europe Convention of Biomedicine. Hum Reprod. 1997 Sep;12(9):2076-80. | [PubMed](#) |
5. Commission EU. Council conclusions on common values and principles in European Union health systems. 2006. [On line] | [Link](#) |
6. Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017 Jul 1;95(7):537-539. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Beytía P, Calvo E. ¿Cómo medir la felicidad?. Claves para políticas públicas. 2011;(4). | [Link](#) |
8. González P, Güell P, Márquez R, Godoy S, Castillo J, Orchard M, et al. Bienestar Subjetivo: El Desafío De Repensar El Desarrollo (Subjective Well-Being in Chile: The Challenge of Rethinking Development). United Nations Dev Progr. 2012. [On line] | [Link](#) |
9. Encuesta CASEN 2011. Manual de Trabajo de Campo. 2011. | [Link](#) |
10. Tov W, Diener E. Culture and subjective well-being. In: Culture and well-being. Springer; 2009. p. 9–41. | [CrossRef](#) |
11. Diener E, Chan MY. Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity. Appl Psychol Heal Well-Being. 2011;3(1):1–43. | [CrossRef](#) |
12. Veenhoven R. Medidas de la felicidad nacional bruta. Psychosoc Interv. 2009;18(3):279–99. | [CrossRef](#) |
13. Oyanedel JC, Browne M, Mella C, Ayala C. Epidemiología del Bienestar Subjetivo en Chile. en: La Felicidad: Evidencias y Experiencias para cambiar nuestro mundo. LOM Ediciones y Sociedad Chilena de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN); 2013:53-72.
14. Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. Soc Indic Res. 1994;31(2):103–57. | [CrossRef](#) |
15. Lyubomirsky S, Sheldon KM, Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. Rev Gen Psychol. 2005;9(2):111–31. | [CrossRef](#) |
16. Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? J Adolesc Health. 2012 Jan;50(1):66-73. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
17. Velikova G, Booth L, Smith AB, Brown PM, Lynch P, Brown JM, et al. Measuring quality of life in routine oncology practice improves communication and patient well-being: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2004 Feb 15;22(4):714-24. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
18. USAID's Health Finance and Governance (HFG). Impact of health systems strengthening on health. 2015. [On line] | [Link](#) |
19. Swanson KM. Effects of caring, measurement, and time on mis-carriage impact and women's well-being. Nurs Res. 1999 Nov-Dec;48(6):288-98. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
20. Holloway F, Carson J. Subjective quality of life, psychopathology, satisfaction with care and insight: an exploratory study. Int J Soc Psychiatry. 1999 Winter;45(4):259-67. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
21. Diener E, Emmons RA, Larsen RJ, Griffin S. The Satisfaction With Life Scale. J Pers Assess. 1985 Feb;49(1):71-5. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
22. Singelis TM, Yamada AM, Barrio C, Lancy JH, Her P, Ruiz-Anaya A, et al. Metric equivalence of the bidimensional acculturation scale, the satisfaction with life scale, and the self-construal scale across Spanish and English language versions. Hisp J Behav Sci. 2006;28(2):231–44. | [CrossRef](#) |

Correspondencia a
Sazié 2212, Santiago
Santiago, Chile
Código postal: 8320000



Esta obra de *Medwave* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Medwave*.