

Dolores Museros Sos

Capacidad de respuesta del
sistema de salud a personas con
enfermedad mental y dependencia
en el ámbito de la atención
primaria

Director/es

Coronado Vazquez, Valle
Sánchez Calavera, María Antonia

<http://zaguan.unizar.es/collection/Tesis>



Universidad de Zaragoza
Servicio de Publicaciones

ISSN 2254-7606

Tesis Doctoral

CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE
SALUD A PERSONAS CON ENFERMEDAD
MENTAL Y DEPENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA

Autor

Dolores Museros Sos

Director/es

Coronado Vazquez, Valle
Sánchez Calavera, María Antonia

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA
Escuela de Doctorado

Programa de Doctorado en Medicina

2024



Universidad
Zaragoza

**CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD
A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y
DEPENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA**

Memoria para optar al grado de Doctor presentada por

Dolores Museros Sos

Bajo la dirección de:

Tutora: Dña. Dra. Rosa Magallón Botaya

Directora: Dña. Dra. María Antonia Sánchez Calavera

Directora: Dña. Dra. Valle Coronado Vázquez

**Facultad de Medicina
Zaragoza, 2023**

“El buen médico trata la enfermedad,
el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad”

William Osler

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a todas y cada una de las personas que han estado apoyándome para que esta tesis salga a la luz.

Por supuesto, a mis dos pilares en esta batalla: María Antonia y Valle. Por guiarme paso a paso, no dejarme caer en el abismo y la incertidumbre y empujarme a acabar este maravilloso proyecto del que ahora tanto me enorgullezco.

Gracias María Antonia, por tus palabras claras, tu cercanía y tu “caña”. Gracias por tu disponibilidad sea la hora que sea.

Gracias Valle, por tus consejos certeros, tu rigor científico y tu generosidad al ofrecerme también tu tiempo y trabajo.

Gracias por supuesto a mi tercer pilar, Rosa. Te siento como mi hada madrina, siempre velando por soluciones rápidas en momentos cruciales. Siempre dispuesta a dar fuerza en los momentos de decaimiento y buscar caminos donde parece que no los hay. ¡Qué alegría poder disfrutar de tu espontaneidad y vitalidad!.

No puedo dejar de agradecer a todo el equipo del centro de Salud Fuentes Norte por el apoyo en la búsqueda de muestra. Sin ellos no se podría haber llevado a cabo este proyecto.

Gracias también al equipo de investigación de Atención Primaria de Aragón quién hizo posible que pudiese publicar mi primer artículo y con ello seguir adelante con los ítems necesarios para ser doctora.

Gracias a mis padres, Ángel y Lola. De ellos aprendí a nunca rendirme, a aprovechar los momentos de fuerza para ir contra viento y marea y nunca dejar de luchar. Su frase “si no hay tiempo de dormir, hay que dormir rápido y volver al trabajo” retumba en mi cabeza durante las largas jornadas laborales y de escritura.

Y con especial cariño, a mi chico, Fran. Manteniendo el silencio cuando lo necesito, ayudando en todos los aspectos que es posible, a mi lado en las duras horas de interminable trabajo.

APOYO ECONÓMICO

Apoyo en financiación desde el Fondo de Investigación en Salud (FIS) del Instituto Carlos III para el estudio: *Valoración por los pacientes con enfermedad mental y otras enfermedades crónicas de la capacidad de respuesta de la Atención Primaria*. PI/02274. Proyectos de Investigación en Salud de la convocatoria 2017 de la Acción Estratégica de Salud 2013-2016.

ÍNDICE.....	
1. INTRODUCCIÓN.....	página 11
1.1. ¿Por qué hacer este estudio?.....	página 11
1.2. Situación actual de las enfermedades mentales en la población.....	página 13
1.3. Situación actual de personas en situación de dependencia.....	página 15
1.4. Estrategias de actuación.....	página 18
1.4.1. Estrategias de actuación en el marco de la enfermedad mental	
1.4.2. Estrategias de actuación en el marco del paciente dependiente	
1.5. Medicina centrada en el paciente.....	página 24
1.6. Sistema sanitario.....	página 26
1.5.1 Introducción	
1.5.2. Modelos de sistemas sanitarios	
1.5.3. El Sistema Nacional de Salud actual	
1.5.4. La Atención Primaria	
1.7. Capacidad de respuesta de los sistemas de salud.....	página 31
1.7.1 Definición de capacidad de respuesta	
1.7.2. Medida de la capacidad de respuesta: analizamos siete dominios	
1.7.3. Instrumento de medida de la capacidad de respuesta: Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness (MCSS)	
1.7.3.1. Modelo breve del MCSS	
2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....	página 37
2.1. Hipótesis.....	página 37
2.2. Objetivos.....	página 37
2.2.1. Objetivo primario	
2.2.2. Objetivos secundarios	
3. METODOLOGÍA.....	página 38
3.1. Diseño del estudio.....	página 38
3.2. Población a estudio.....	página 38
3.2.1. Proceso de muestreo	
3.2.2. Criterios de selección	

3.3. Tamaño muestral.....	página 39
3.4. Definición de variables.....	página 39
3.4.1. Variables sociodemográficas	
3.4.2. Variables clínicas	
3.5. Instrumentos de medida.....	página 42
3.5.1. Cuestionario Barthel	
3.5.2. Cuestionario Multi-country Survey Study and Health System's Responsiveness (MCSS)	
3.6. Procedimiento de recogida de datos.....	página 44
3.7. Análisis de los datos.....	página 44
3.7.1. Estadística descriptiva	
3.7.2. Análisis bivariante	
3.7.3. Análisis multivariante. Regresión logística	
3.8. Limitaciones del estudio.....	página 46
3.9. Aspectos éticos y legales.....	página 46
3.9.1. Consentimiento informado	
3.9.2. Confidencialidad	
3.9.3. Informes del estudio	
4. RESULTADOS.....	página 48
4.1. Características de los participantes.....	página 48
4.2. Valoración de los objetivos del sistema sanitario por pacientes con enfermedad mental.....	página 49
4.3. Valoración de la capacidad de respuesta global de la atención primaria por pacientes con enfermedad mental.....	página 49
4.4. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con la utilización de los servicios de salud.....	página 50
4.5. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con el estatus social y nivel educacional.....	página 51
4.6. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con el estado de salud.....	página 52
4.7. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con entorno de los	

pacientes.....	página 53
4.8. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con grado de dependencia de los pacientes.....	página 54
4.8.1. Características generales de la población en relación con la dependencia	
4.8.2. Global	
4.8.3. Dignidad	
4.8.4. Confidencialidad	
4.8.5. Comunicación	
4.7.6. Autonomía	
4.7.7. Elección	
4.7.8. Atención inmediata	
4.7.9. Calidad de las instalaciones	
5. DISCUSIÓN.....	página 61
5.1. Características de los participantes con enfermedad mental.....	página 61
5.2. Valoración de los objetivos del sistema sanitario por pacientes con enfermedad mental.....	página 62
5.3. Importancia de los dominios y valoración de la capacidad de respuesta global de la atención primaria por pacientes con enfermedad mental.....	página 63
5.4. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental en relación con las variables sociodemográficas.....	página 64
5.4.1. En relación a la utilización de los servicios de salud	
5.4.2. En relación al estatus social y nivel educacional	
5.4.3. En relación al estado de salud	
5.4.4. En relación al entorno de los pacientes	
5.5. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental en cada dominio.....	página 68
5.5.1. Dignidad	
5.5.2. Confidencialidad	
5.5.3. Comunicación	
5.5.4. Autonomía	
5.5.5. Elección del proveedor de salud	

5.5.6. Atención rápida	
5.5.7. Calidad de los servicios básicos	
5.6. Características de los participantes con enfermedad mental con cierto grado de dependencia física.....	página 74
5.7. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental según su grado de dependencia en cada dominio.....	página 75
5.7.1. Confidencialidad	
5.7.2. Autonomía	
5.7.3. Dignidad	
5.7.4. Comunicación	
5.7.5. Calidad de los servicios básicos	
5.7.6. Atención rápida y elección del proveedor	
5.8. Limitaciones del estudio.....	página 80
6. CONCLUSIONES.....	página 81
7. BIBLIOGRAFÍA.....	página 83
8. ANEXOS.....	página 98
8.1. Índice de Barthel.....	página 98
8.2. MCSS.....	página 100
8.3. Consentimiento informado.....	página 122
8.4. Formulario de datos demográficos.....	página 126

ABREVIATURAS/SÍMBOLOS-----

- APS: Atención Primaria de Salud
- CEICA: Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón
- COVID-19: Enfermedad por COVID (SARS virus 19)
- ESEE: Encuesta europea de Salud en España
- ESCA: Encuesta de Salud de Cataluña
- HCE: Historia Clínica Electrónica
- MCSS: Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness
- OCU: Organización de Consumidores y Usuarios
- OMS: Organización mundial de la Salud
- OR: Odds ratio
- RAE: Real Academia Española
- SAAD: Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia
- SESPA: Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicios de Salud Mental del Principado de Asturias
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- SIDA: síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
- VIH: virus de la inmunidad humana
- €: Euro

ÍNDICE DE TABLAS, FIGURAS Y GRÁFICOS-----

- Tabla 1: Personas fallecidas en la lista de espera de la dependencia en 2021 en España.....	página 16
- Tabla 2: Pirámides poblacionales de 1966, 2016 y la 2066	página 17
- Esquema 1: Recursos que forman el sistema de Salud.....	página 27
- Tabla 3: Redacción exacta de las preguntas y respuestas de la MCSS.....	página 36
- Tabla 4: Clasificación Nacional de Educación (CNED 2014)	página 40
- Tabla 5: Características sociodemográficas en presencia de enfermedad mental y/o enfermedades crónicas.....	página 49
- Esquema 2: Relación entre la importancia dada a los dominios y la respuesta	página 50
- Tabla 6: Proporción de capacidad de respuesta en relación con el estatus social, el nivel de estudios y el lugar de residencia.....	página 51
- Tabla 7: Asociación entre capacidad de respuesta y variables sociodemográficas. Regresión logística.....	página 52
- Gráfico 1: Representación de la importancia de los dominios según la presencia de enfermedades crónicas.....	página 53
- Tabla 8: Características sociodemográficas en presencia o no de dependencia física	página 55
- Tabla 9 Evaluación de la calidad de las instalaciones en presencia o no de dependencia física.....	página 57

1. INTRODUCCIÓN-----

1.1 ¿Por qué hacer este estudio?

Desde hace algunos años se está produciendo un cambio de tendencia en la Asistencia Sanitaria a nivel mundial, tanto en la medicina hospitalaria como en la atención primaria, que supone la transformación de la medicina “centrada en la enfermedad”, a la denominada “medicina centrada en el paciente”.

Este último concepto lo introdujo Balint (1) en 1970 y se define como “un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un diagnóstico general, aunando la enfermedad y las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes”.

En esa misma década, se produjeron cambios en la “relación médico-paciente”, que se define como la relación entre un individuo con herramientas y conocimientos para satisfacer necesidades de salud y otro con necesidades de salud. Los derechos del enfermo no siempre han sido respetados en la historia de la medicina. De hecho ha habido épocas en las que lo que más interesaba era la perspectiva médica de la enfermedad, independientemente de los resultados, positivos o negativos, y las consecuencias para el paciente (2). Hoy en día, esta relación que en un pasado era eminentemente paternalista, se ha transformado en una relación centrada en el paciente, en la que cada individuo debe conocer todo lo relacionado con su persona y su situación de salud (3). El paciente deja de ser un sujeto pasivo para transformarse en una persona con derechos, exigencias y expectativas (4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en el año 2000 la “acción sanitaria” como cualquier conjunto de actividades cuyo fin principal sea la mejora o el mantenimiento de la salud (5). Posteriormente, definió el concepto de “capacidad de respuesta del sistema de salud” como un parámetro que permite medir la capacidad que tiene un sistema de salud para responder a las legítimas expectativas de la población, en cuanto a los aspectos no médicos de la atención de la salud” (6).

La OMS también estableció que para incrementar la capacidad de respuesta de un sistema sanitario, se deben tener en cuenta dos aspectos: el respeto a las personas (incluyendo los dominios de dignidad, confidencialidad y autonomía de las personas para tomar decisiones sobre su propia salud); y la orientación al usuario (incluyendo la atención rápida, el acceso a redes de apoyo social durante la asistencia, la calidad de los servicios básicos y la posibilidad de elegir a los prestadores de atención) (5).

-----*Introducción: ¿Por qué hacer este estudio?*

Para evaluar la capacidad de respuesta no médica, Gostin et al. (7) describieron ocho dominios: atención rápida, dignidad, comunicación clara, autonomía, confidencialidad, elección, apoyo social y calidad de los servicios básicos.

De Silva (8), en el contexto de la “capacidad de respuesta”, ya definió estos conceptos de la siguiente manera:

- Dignidad: ser tratado con respeto por el personal de salud. Conservar la privacidad durante los exámenes físicos y el tratamiento.
- Autonomía: involucrar al paciente, si lo desea, en las decisiones sobre su cuidado o sobre su tratamiento, pudiendo rechazarlo si no existe deterioro de sus facultades mentales. Pedir permiso para realizar pruebas o tratamientos.
- Confidencialidad: asegurar que en las consultas quede protegida la privacidad del paciente. Guardar la confidencialidad de la información proporcionada por el paciente y la información relativa a su enfermedad.
- Atención rápida: Proporcionar atención rápida en situaciones de emergencia. Acortar los tiempos de consulta e inicio de tratamiento.
- Comunicación clara: Proporcionar a los pacientes información sobre su problema de manera comprensible. Mantener un diálogo cercano entre paciente-sanitario. Escuchar con atención. Tener suficiente tiempo para que los pacientes y las familias puedan hacer preguntas.
- Elección: Poder elegir libremente entre los proveedores de la atención y los servicios.
- Apoyo social: Dejar que los familiares y amigos lleven las comidas y jabones favoritos a los pacientes ingresados. Dejarles interactuar con familia y amigos. Permitir realizar sus prácticas religiosas.
- Calidad de los servicios básicos: Los pacientes deben estar en un entorno limpio, manteniéndose regularmente los procesos de limpieza. Los muebles deben ser adecuados, la ventilación suficiente y agua, ropa y los aseos deben estar limpios. Deben tener acceso a alimentos sanos.

Hay interesantes estudios que evalúan la capacidad de respuesta en cuanto a estos dominios. La mayoría de estos estudios, como el publicado por Melo et al. (9) en 2017 realizado en Brasil, el de Hossein Ebrahimipour et al. (10) en 2013 elaborado en Irán o

el de Peltzer y Phaswana-Mafuya (11) del 2012 desarrollado en Sudáfrica, aseveran que pese a tener la formación y la tecnología adecuadas, necesitamos mejorar en todos estos dominios.

Los estudios anteriores y otros que se están llevando a cabo, concluyen que deberíamos avanzar en muchos aspectos éticos para mejorar la valoración de la capacidad de respuesta, no solo por parte de atención primaria en particular sino también de la atención sanitaria en general. En este sentido, en esta tesis se plantea la evaluación de la capacidad de respuesta de la atención primaria en pacientes dependientes con enfermedades mentales, comparándolos con los que tienen autonomía funcional.

Un indicador sintético que combina mortalidad y discapacidad (años de vida perdidos ajustados por discapacidad), estima para las enfermedades mentales en España valores equiparables a las enfermedades crónicas más frecuentes (cardiovasculares y cáncer) (12), y la depresión tiene un papel protagonista encabezando estas cifras (13). Hay estudios actuales españoles, que concluyen que una de cada cuatro personas experimenta un trastorno mental y entre el 0.5 y el 1%, un trastorno mental grave (14).

Dado que se necesita más investigación en este campo, el objetivo de este trabajo es conocer la capacidad de respuesta del sistema de salud en los pacientes dependientes con enfermedad mental en el ámbito de la atención primaria, y determinar los factores asociados a una mala capacidad de respuesta comparado con los pacientes con enfermedades mentales sin dependencia funcional.

1.2. Situación actual de las enfermedades mentales en la población

Tal y como indica el documento del Ministerio de Sanidad en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026, “la atención a la salud mental de las personas y comunidades es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes”(15).

En un mundo en el que una de cada seis personas sufre un trastorno mental según la Encuesta Europea de Salud en España (EESE) del 2020, nadie está exento de poder

-----*Introducción: Situación actual de personas con enfermedad mental*
padecer una enfermedad mental (16). Teniendo en cuenta que acabamos de vivir una pandemia que ha afectado a niños y adultos (con clases/trabajo online, restricciones en ocio y tiempo libre, etc.), requiriendo un esfuerzo de adaptación que está teniendo efectos en nuestra salud, vemos que los problemas mentales han aumentado según la OMS (17).

A su vez, según los datos recogidos en el informe de la OMS del 2019, se suicidaron más de 700.000 personas durante ese año, lo que implica que una de cada 100 muertes fue debida a esta causa (18). En concreto en los adolescentes, este informe asevera que las muertes por suicidio se han convertido en la primera causa de muerte no natural. De hecho, el estudio de Fonseca et al. (19) del 2018, indica que un 4% de los adolescentes ha realizado alguna tentativa de suicidio a lo largo de su vida, y que el 6.9% refirió un nivel de ideación suicida elevado.

Siguiendo en nuestro país y según el informe del 2021 de Fundamed, “casi 3 millones de personas tienen un diagnóstico de depresión en España, lo que la convierte en la enfermedad mental más prevalente en nuestro país” (20). Además, el riesgo de suicidio es un problema de salud pública que se ha agravado debido a la pandemia por COVID-19, ya que “por cada persona que se muere por suicidio en España habría 10 personas que lo intentan, y por cada persona que lo intenta habría 14 que lo piensan”, y estos datos “no solo son para los pacientes, también para los profesionales sanitario/as, ya que ha supuesto un riesgo de afectación de su salud mental”.

Resumiendo, los fallecimientos por suicidio superaron en cifras a otras causas de muerte como el virus de la inmunidad humana (VIH), el paludismo o el cáncer de mama, por lo que para la OMS se trata de un grave problema que es preciso atender de manera urgente.

Recientemente y con el objetivo de iniciar medidas al respecto de esta situación, el Gobierno lanzó el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024, invirtiendo 100 millones de euros en un programa con medidas tales como la creación de un teléfono de atención a la conducta suicida con funcionamiento 24 horas y la incorporación de la psiquiatría infantil a la formación sanitaria especializada (21).

Pero lamentablemente, la OMS estima que los problemas de salud mental serán la principal causa de discapacidad en el mundo para el año 2030 (18).

1.3. Situación actual de personas en situación de dependencia

La palabra “dependencia” puede resultar confusa sobre todo cuando mezclamos esta palabra con términos como discapacidad o incapacidad.

Cuando hablamos de incapacidad nos solemos referir a la relación de la persona con su trabajo, definiendo incapacidad como la situación de enfermedad o de padecimiento físico o psíquico que impide a una persona de manera transitoria o definitiva, realizar una actividad profesional y que normalmente da derecho a prestación de la seguridad social (22).

Si hablamos de discapacidad solemos analizar la relación de la persona con la sociedad. La Real Academia Española (RAE) define discapacidad como la situación de la persona que, por sus condiciones físicas, sensoriales, intelectuales o mentales duraderas, encuentra dificultades para su participación e inclusión social (22).

Sin embargo, cuando se trata de dependencia, el diccionario médico da una definición que implica la autónoma: necesidad de ayuda y protección de otra persona o cosa que implica una pérdida o ausencia de maduración y de autonomía (23).

En base a ello cabría discutir si discapacidad y dependencia pueden considerarse como sinónimos o, al menos, como términos muy próximos. Discapacidad es un término con mayor carga legal, dependencia enfatiza mayor necesidad de apoyo sanitario y/o social (24). La dependencia viene a ser en buen número de ocasiones una consecuencia de la incapacidad o de la discapacidad.

Dadas estas consideraciones de carácter conceptual se puede afirmar que la dependencia es un problema médico. Lo es por las circunstancias que la originan, pero también por las posibilidades que existen dentro del campo de la medicina de prevenir su aparición y de facilitar apoyos sociales una vez haya sido detectada. La dependencia es, por consiguiente, un problema médico además de social (24).

La expectativa de vida se encuentra asociada al grado de dependencia. Así, en el trabajo de Feng et al. (25), las mujeres con total dependencia tienen un índice de expectativa de vida de 5 años a los 60 años y de 3.4 años a los 80 años; en cuanto a los hombres tienen una expectativa de vida de 3.5 años a los 60 años y de 2.5 a los 80 años.

-----Introducción: Situación actual de personas en situación de dependencia

¿Cuál es la situación en España respecto a la dependencia? Según el informe del 2022 de la Asociación estatal de directoras y gerentes en Servicios Sociales, en diciembre del 2021 había un total de 1.415.578 personas dependientes (26). De estas personas, 193.436 no reciben ninguna prestación a pesar de tener derecho a ella, y además, como muestra la tabla 1, 55.487 personas han fallecido en España en las listas de espera para el reconocimiento de la dependencia, durante el primer año de la pandemia de la Covid-19.

¿Por qué es tan importante iniciar medidas para ayudar a la población dependiente y estudiar la relación entre dependencia y situación social? Según expertos como la gerontóloga Sarah Harper “el cambio de la pirámide poblacional está incrementando el número de personas dependientes”(27). Harper ha creado una red de centenares de profesionales que se comunican desde distintos continentes para contemplar todos los ángulos del envejecimiento masivo, además asesora al Gobierno británico sobre cómo preparar a su país para afrontar que un 26% de su población supere los 65 años en el 2041 (28).

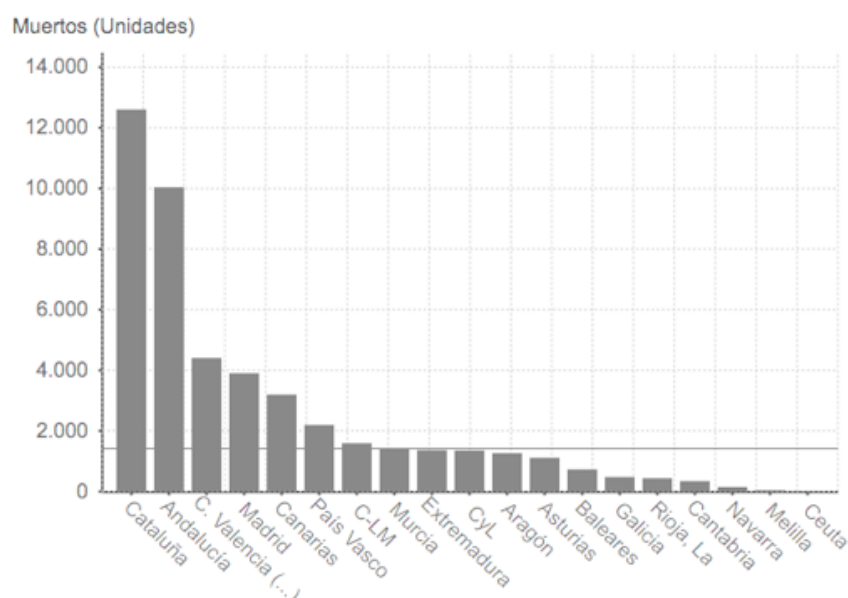


Tabla 1: Personas fallecidas en la lista de espera de la dependencia en 2021 en España
Fuente: ADYGSS, www.epdata.es

-----*Introducción: Situación actual de personas en situación de dependencia*

En España la situación es más inminente, dado que en 2033 una de cada cuatro personas, será mayor de 65 años (29). Vemos esta evolución y la que prevén los estudios en la tabla 2.

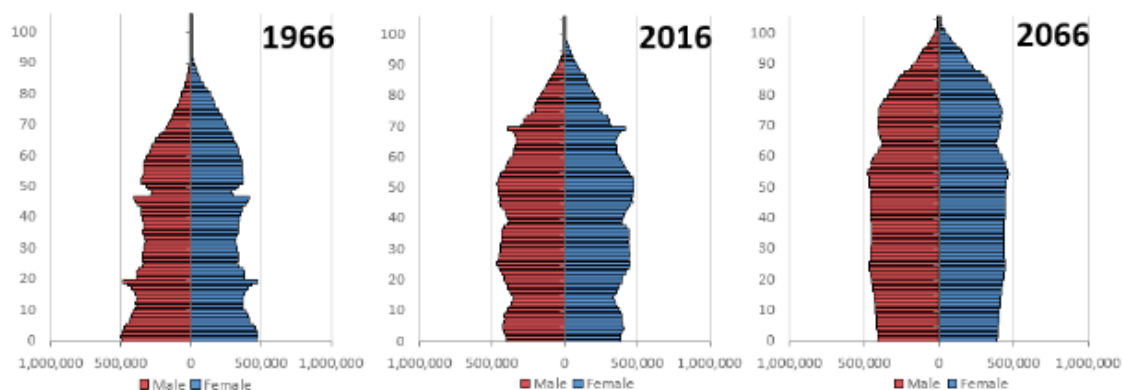


Tabla 2: Pirámides poblacionales de 1966, 2016 y la 2066

Fuentes: Population estimates, Principal population projections, 2016-based, Office for National Statistics

Sabiendo donde nos encontramos, podemos suponer la situación insostenible a la que nos aboca este contexto, dado que, según la Asociación estatal de directoras y gerentes en Servicios Sociales (26), el coste directo de las prestaciones y servicios entregados en 2021 ascienden a 8930 millones de euros de los cuáles más de 7000 millones fueron asumidos por las Administraciones Públicas y 1902 millones de euros por las personas usuarias en forma de copago regulado. Si tenemos en cuenta los gastos de copago y los sistemas de valoración y gestión, el conjunto se acercaría a los 9231 millones/año, costes que irán aumentando dado que el número de pacientes dependientes también se incrementará.

Para intentar ayudar a mejorar la situación de las personas dependientes, el Gobierno de España ha acordado estrategias como el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, cuyos objetivos principales son la reducción sustancial de la lista de espera y tiempos de tramitación de las solicitudes, asegurar las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia (SAAD) e introducir mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad (30).

1.4. Estrategias de actuación

1.4.1. Estrategias de actuación en el marco de la enfermedad mental

El Plan de Acción en Salud Mental 2013-2030 llevado a cabo por la OMS tiene como objetivos (31):

- Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental.
- Proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios.
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental.
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

De forma más específica:

- En materia relacionada con reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces:
 - + Como protectores máximos de la salud mental de la población, los gobiernos son los principales responsables de poner en marcha arreglos institucionales, jurídicos, financieros y de servicios apropiados para garantizar que se atienden todas las necesidades y se fomenta la salud mental de la totalidad de la población.
 - +La gobernanza no trata únicamente del gobierno, sino que se extiende a sus relaciones con las organizaciones no gubernamentales y la sociedad civil. La existencia de una sociedad civil fuerte, y en particular de organizaciones de personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales y de familiares y cuidadores, puede ayudar a formular políticas y leyes y a crear servicios de salud mental más eficaces, con mayor rendición de cuentas y en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
 - +Entre los factores esenciales para formular políticas y planes eficaces en esta materia se encuentran el liderazgo fuerte y el compromiso de los gobiernos; la formulación de acciones basadas en evidencias y fundamentadas desde el punto de vista financiero; la prestación de atención explícita a la equidad; el respeto a la dignidad y a los derechos humanos de las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales, y la protección de los grupos vulnerables y marginados.

+Las respuestas serán más sólidas y eficaces si las intervenciones de salud mental están firmemente integradas en las políticas y los planes nacionales de salud.

+La legislación sobre salud mental debe codificar los principios, valores y objetivos fundamentales de la política de salud mental.

+Las políticas, planes y leyes sobre salud mental deben cumplir con las obligaciones dimanantes de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y de otras convenciones internacionales y regionales de derechos humanos.

+La incorporación más explícita de las cuestiones de salud mental a otros programas y alianzas sanitarias prioritarias, así como a las políticas y legislaciones de otros sectores pertinentes, es un medio importante para atender los requisitos multidimensionales de los sistemas de salud mental y debería permanecer en el núcleo de los esfuerzos de liderazgo de los gobiernos para mejorar los servicios terapéuticos, prevenir los trastornos mentales y fomentar la salud mental.

-Para proporcionar servicios de asistencia social y de salud mental integrales, integrados y adaptables en entornos comunitarios:

+En la mejora del acceso a la atención y de la calidad de los servicios, la OMS recomienda el desarrollo de servicios integrales de salud mental y de asistencia social de base comunitaria; la integración de la asistencia y los tratamientos de salud mental en los hospitales generales y la atención primaria; la continuidad asistencial entre diferentes prestadores y niveles del sistema de salud; la colaboración eficaz entre los prestadores de atención formales e informales, y el fomento de la autoasistencia.

+El desarrollo de servicios de salud mental de buena calidad requiere protocolos y prácticas basadas en evidencias, que incluyan la intervención temprana, la incorporación de los principios de los derechos humanos, el respeto de la autonomía individual y la protección de la dignidad de las personas. Además, el personal sanitario no debe limitar su intervención a la mejora de la salud mental, sino que también debe atender las necesidades de los niños, adolescentes y adultos con trastornos mentales relacionadas con su salud física, y viceversa.

+La prestación de servicios comunitarios de salud mental ha de tener un enfoque basado en la recuperación que haga hincapié en el apoyo para lograr que las personas con trastornos mentales y discapacidades psicosociales alcancen sus propias aspiraciones y metas. Entre los requisitos básicos de esos servicios se encuentran los siguientes: escuchar y atender las opiniones de los afectados sobre sus trastornos y lo que les ayuda a recuperarse; trabajar con ellos en pie de igualdad en lo que se refiere a su atención; ofrecer alternativas con respecto a los tratamientos y a los prestadores de la atención, y recurrir al trabajo y el apoyo de personas en situación similar, que se infunden mutuamente aliento y comparten un sentimiento de pertenencia, además de los conocimientos técnicos. Además se necesita un planteamiento multisectorial en el que los servicios presten apoyo a las personas en las diferentes etapas del ciclo de vida y que faciliten su acceso a derechos humanos.

+Es necesaria una participación y un apoyo más activos de los usuarios en la reorganización, la prestación y la evaluación y seguimiento de los servicios, de modo que el tratamiento y la atención respondan mejor a sus necesidades. Asimismo se necesita una mayor colaboración con los prestadores de atención de salud mental “informales”.

+Los servicios deben responder a las necesidades de los grupos vulnerables y marginados de la sociedad.

+Al planificar la respuesta a las emergencias humanitarias y la recuperación es fundamental que se asegure una amplia disponibilidad de servicios de salud mental y de apoyos psicosociales comunitarios.

+La exposición a sucesos vitales adversos o condiciones extremas de estrés, puede tener para la salud general y mental graves consecuencias que requieren un examen cuidadoso y al planteamiento del apoyo, la atención y la rehabilitación.

+La disponibilidad del número adecuado de profesionales sanitarios competentes, dedicados y bien formados y su distribución equitativa son fundamentales para la expansión de los servicios de salud mental y la consecución de mejores resultados. La integración de la salud mental en los servicios y programas sociales y de salud generales y dedicados a enfermedades concretas es una buena

-----*Introducción: Estrategias de actuación*
oportunidad para gestionar mejor los problemas de salud mental, fomentar la salud mental y prevenir los trastornos mentales.

-Para poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental:

+Es primordial no solo atender las necesidades de las personas aquejadas de un determinado trastorno mental, sino también proteger y fomentar el bienestar mental de todos los ciudadanos. La salud mental evoluciona a lo largo de toda la vida. Por consiguiente, a los gobiernos incumbe la importante función de utilizar los datos sobre los factores de riesgo y de protección para emprender acciones destinadas a prevenir los trastornos mentales y a proteger y promover la salud mental en todas las etapas de la vida, de las cuales las primeras son especialmente propicias para perseguir estos objetivos.

+La responsabilidad de promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales se extiende a todos los sectores y todas las administraciones gubernamentales.

+Las estrategias globales de promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales durante toda la vida pueden centrarse en lo siguiente: leyes contra la discriminación y campañas informativas que atajen la estigmatización y las violaciones de derechos humanos que con demasiada frecuencia acompañan a los trastornos mentales; fomento de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales; cultivo de los principales recursos psicológicos del individuo en las etapas formativas de la vida; intervención temprana mediante la detección precoz, prevención y tratamiento de los problemas afectivos o de conducta, sobre todo en la infancia y la adolescencia; instauración de condiciones saludables de vida y de trabajo; programas o redes comunitarias de protección que combatan el maltrato infantil y otras formas de violencia en el ámbito doméstico o comunitario; y protección social de las poblaciones pobres.

+La prevención del suicidio es una de las prioridades importantes. Muchas personas que intentan poner fin a su vida proceden de colectivos vulnerables y marginados. En general las tasas de suicidio están subestimadas, debido a las carencias

-----*Introducción: Estrategias de actuación*
de los sistemas de vigilancia y a la atribución errónea de ciertos suicidios a causas accidentales, así como a la criminalización del suicidio en algunos países. Sin embargo, en la mayoría de los países las tasas tienden a mantenerse estables o a aumentar, mientras que en otros se observa una tendencia a la baja a largo plazo. Puesto que además de los trastornos mentales hay otros muchos factores de riesgo asociados al suicidio, las medidas preventivas no deben proceder únicamente del sector de la salud, sino que otros sectores deben actuar también simultáneamente.

-Para fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

+La información, los datos empíricos y la investigación son ingredientes básicos para un adecuado proceso de elaboración de políticas, planificación y evaluación en materia de salud mental. La obtención de nuevos conocimientos gracias a la investigación hace posible que toda política o medida repose en datos contrastados y en prácticas óptimas, y la existencia de datos pertinentes y actualizados o de dispositivos de vigilancia permite seguir de cerca las medidas aplicadas y determinar los servicios en cuya prestación hay margen de mejora. Pero actualmente la investigación discurre casi siempre en y bajo el control de países de altos ingresos, desequilibrio que es preciso corregir para que los países de ingresos bajos o medianos se doten de estrategias costo-efectivas y culturalmente apropiadas para atender sus necesidades y prioridades en materia de salud mental.

+Aunque existen procesos periódicos de evaluación (como el proyecto Atlas de la OMS) que deparan una visión sintética de la situación en materia de salud mental, los sistemas de información periódica sobre el tema son rudimentarios o inexistentes en la mayoría de los países de ingresos bajos o medianos, con lo que resulta difícil aprehender las necesidades de las poblaciones locales y planificar en consecuencia.

+Los datos e indicadores básicos que se necesitan para el sistema de salud mental son: magnitud del problema; alcance de las políticas, leyes, intervenciones y servicios; datos sobre resultados sanitarios y datos sobre resultados sociales y económicos. Estos datos deben estar desglosados por sexo y edad y dar cuenta de las diversas necesidades de las subpoblaciones, definidas en función de criterios

-----*Introducción: Estrategias de actuación*
geográficos y de la vulnerabilidad de determinados colectivos. Para reunir estos datos se recurrirá a encuestas periódicas concebidas especialmente al efecto, que vengán a complementar los datos obtenidos habitualmente con el sistema de información sanitaria.

A nivel español, como hemos comentado previamente, el Gobierno lanzó el Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 (21).

Este Plan de Acción fue elaborado en el marco de la Estrategia de Salud Mental y su presenta como instrumento para facilitar la implantación de los objetivos y recomendaciones recogidos en la Estrategia de Salud Mental 2022- 2026 (15).

Los objetivos de este plan son contribuir a la mejora de la salud mental de la población mediante el desarrollo de acciones priorizadas de la Estrategia de Salud Mental 2022-2026 en todos los ámbitos del Sistema Nacional de Salud (SNS), para poder afrontar los efectos en la salud mental de la crisis sanitaria generada por la pandemia de COVID-19 y otros factores.

Se han elaborado seis líneas estratégicas:

- Refuerzo de los recursos humanos en salud mental.
- Optimización de la atención integral a la salud mental en todos los ámbitos del SNS.
- Sensibilización y lucha contra la estigmatización de las personas con problemas de salud mental.
- Prevención, detección precoz y atención a la conducta suicida.
- Abordaje de problemas de salud mental en contextos de mayor vulnerabilidad.
- Prevención de conductas adictivas con y sin sustancia.

Al igual que la Estrategia de Salud Mental, el Plan de Acción se sustenta en la persona con problemas de salud mental como sujeto de derecho, enfoque de género, participación de la persona con problemas de salud mental y familiares, diálogo y escucha activa, recuperación personal, atención personalizada y segura, continuidad asistencial y de cuidados y las personas formando parte de una sociedad con derechos y obligaciones.

1.4.2. Estrategias de actuación en el marco de paciente dependiente

En España se ha llevado a cabo el Plan de Choque en Dependencia 2021-2023, que como comentábamos previamente tiene como objetivos principales estos tres: reducción sustancial de la lista de espera y tiempos de tramitación de las solicitudes, asegurar las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD e introducir mejoras en los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas dependientes (30).

Este plan pretende implantar un modelo universal del reconocimiento de manera que el ciudadano dispondrá de un servicio profesional adaptado; además pretende regular la figura del “asistente personal” y que todas las personas en situación de dependencia que vivan en su domicilio, tengan acceso a la teleasistencia para promocionar su autonomía.

El Plan de Choque proyecta promocionar la “atención centrada en las personas” de manera que con fondos europeos y el desarrollo del Plan de Recuperación Transformación y Resiliencia, se mejore la formación de los profesionales del sector y se ponga a la “personas mayor” en el centro del modelo de atención (32).

1.5. Medicina centrada en el paciente

En los últimos años se ha venido produciendo un giro en la forma de entender la relación clínica, imponiéndose la llamada "medicina centrada en el paciente". Balint et al. (1) definió la medicina centrada en el paciente como “un método de entrevista médica que le permite al médico hacer un diagnóstico general, aunando la enfermedad y las circunstancias vitales y psicológicas de los pacientes”.

Desde una perspectiva científica puede parecer poco operativo, pero simplemente es una nueva formulación del “no existen enfermedades sino enfermos” que propuso Hipócrates, padre de la medicina occidental, en el siglo V a. de C y que es un modelo que tiene en cuenta no solo la dolencia orgánica sino cómo la vive el paciente y cómo le afecta a él y a su entorno (33).

El método clínico, es decir la “aplicación” de la medicina centrada en el paciente, fue elaborado por Stevens y Tait (34) y tiene las siguientes características: permite a los pacientes expresar sus preocupaciones, persigue que los pacientes verbalicen

-----*Introducción: Medicina centrada en el paciente*

preguntas concretas y favorece que expliquen sus creencias/expectativas sobre la enfermedad, da importancia a la visión del paciente sobre el problema, prioriza obtener la información que le permita aclarar el cuadro clínico, facilita la expresión emocional de los pacientes y hace partícipe al paciente en la confección de un plan de abordaje y tratamiento y contribuye a consensuar con el mismo los pasos a seguir, da una respuesta más integral al problema del paciente, favorece la relación médico-paciente en la que cada cual sabe qué esperar del otro compartiendo así la responsabilidad e intenta generar una alianza que favorezca la salud del paciente.

Así pues, podemos hablar de que existen seis componentes de la medicina centrada en el paciente (35):

- Exploración de la enfermedad y de la experiencia de estar enfermo: se evalúa el proceso de la enfermedad por medio de la historia y los exámenes físicos, pero el médico también busca entrar en el mundo del paciente para comprender su experiencia única de la enfermedad
- Comprensión integral de la persona como un todo: el abordaje del paciente debe incorporar aspectos familiares, sociales, laborales, culturales y económicos.
- El encuentro de un terreno común con relación al manejo: el profesional debe buscar activamente el acuerdo y explicar correcta y comprensiblemente el diagnóstico o pauta diagnóstica, el tratamiento y los papeles que representa cada uno en la relación. Debe dar lugar a preguntas, dudas o preocupaciones del paciente.
- Prevención y promoción de salud: es importante utilizar cada consulta, como una oportunidad para la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en función al ciclo vital individual y familiar en que se encuentra el paciente.
- La mejora de la relación médico-paciente: cada contacto con el paciente debe utilizarse para construir la relación médico-paciente, incluyendo empatía, confianza, solidaridad y la posibilidad de sanación (si la hay).
- Uso realista del tiempo y recursos: los médicos con frecuencia presentan una considerable exigencia con respecto a su tiempo y su energía, debiendo aprender a manejar su tiempo de manera eficiente para el máximo beneficio de sus pacientes. Deben desarrollar destrezas para definir prioridades, asignar recursos y trabajar en equipo.

Muchos estudios evidencian que la participación del paciente de forma activa en la toma de decisiones mejora los resultados en su enfermedad (36) (37); otros concluyen que la atención centrada en el paciente lleva a una mejor adherencia al tratamiento y una mejoría en el control de las enfermedades sin incurrir en mayores costos (38) (39).

1.6. Sistema sanitario

1.6.1. Introducción

La OMS define el Sistema de Salud como la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero (40).

Además de mejorar la salud, existen más objetivos como que el sistema sanitario sea efectivo, satisfaga a la población, sea eficiente y equitativo.

En cuanto a la efectividad, considerada como la capacidad de alcanzar unos adecuados niveles de salud y calidad de vida de las personas, es la principal justificación de los sistemas sanitarios. Aunque desde hace varias décadas se mantiene que esta capacidad de disminuir la enfermedad y mejorar el nivel de salud de las poblaciones se comparte con otros factores denominados condicionantes de la salud (medio ambiente, nivel educativo, entorno laboral, etc.) (41).

En cuanto a la satisfacción, por una parte, está el propio estado de salud que incluye la autopercepción sobre las capacidades o limitaciones provocadas por nuestra salud; y por otra se relaciona con los servicios sanitarios, expresando el grado de conformidad con los servicios recibidos en contraste con nuestras expectativas sobre lo que debe ser un servicio de calidad.

La equidad, es la manera de que se puedan conseguir los mismos cuidados de salud con independencia por ejemplo, sexo, la edad, la condición social o el lugar de residencia (42). La equidad es un bien moral y político exigible a todas las actividades desarrolladas con recursos públicos. Pero la equidad no solo se refiere a la accesibilidad del sistema sanitario, sino que se relaciona con términos de resultados en

salud, que implica eliminar o disminuir las desigualdades en mortalidad o pérdida de calidad que distintas variables (razones culturales, religiosas, sexo, edad...) introducen en el estado de salud. Esta situación se regula con la Ley de Cohesión y Calidad que impone a las Administraciones públicas la obligación de impedir la discriminación de cualquier colectivo de población (43).

Y por último, la eficiencia es la forma de conseguir los objetivos con un coste que la sociedad pueda financiar y sin que exista despilfarro de recursos. Tanto el nivel de expectativas como los costes sanitarios están aumentando continuamente, debido entre otros a los factores demográficos. Por ello, es determinante disponer de un sistema sostenible financieramente (42).

1.5.2. Modelos de sistema sanitario

No podemos analizar el sistema sanitario sin saber que abarca las organizaciones y recursos de los que emanan iniciativas para mejorar la salud, entre ellos no solo hay recursos dentro del sector sanitario sino fuera del mismo, como en las universidades, los centros de investigación... (esquema 1).



Esquema 1: Recursos que forman el sistema de Salud
Fuente: Universitat Oberta de Catalunya (44)

Hay diferentes modelos sanitarios que suelen compararse por el modo de financiación, ya que desde el punto de vista metodológico resulta complicado hacerlo, dado que están implicadas características demográficas, geográficas...

Los recursos económicos se obtienen desde estas fuentes principales: impuestos, contribuciones a la seguridad social, suscripciones voluntarias a seguros privados y pago directo por la atención. Así pues, la financiación del sistema sanitario puede ser obligatorio (seguridad social o impuestos) o voluntario (pago directo o seguro privado).

Teniendo en cuenta lo explicado previamente, existen tres modelos de sistema sanitario (45):

-Modelo liberal: tiene como característica que la salud se considera un bien de consumo y que no está protegida por los poderes públicos. El Estado contribuye a la asistencia sanitaria para atender a las personas sin recursos; la clase media-alta se paga íntegramente su asistencia, bien mediante pago directo, bien mediante seguros privados. Este modelo impera en Estados Unidos.

-Modelo socialista: en este modelo la carga de financiación la soporta el Estado en su totalidad mediante impuestos o presupuestos. Ofrece una cobertura universal y gratuita, ofreciendo una cartera de servicios basada en la equidad, accesibilidad y universalidad. Actualmente solo podemos encontrar este modelo en Cuba y Corea del Norte.

-Modelo mixto: este modelo es que está implantado en Europa. El Estado participa en su financiación, pero admite sectores privado y asegurador. Dentro del modelo mixto hay dos variantes, el modelo Bismarck y el Beveridge.

El modelo Bismarck nació en Alemania en 1883 y se mantiene en Alemania, Bélgica, Suiza, Austria... Existen pagos complementarios como el hospitalario, transporte en ambulancia y farmacéutico, y no ofrece protección universal.

Los trabajadores tienen que pagar un seguro oficial que cubre al cónyuge y a los hijos y los centros de atención sanitaria suelen ser privados, la administración pública limita su actuación a un ámbito normativo como, por ejemplo, la regulación de las prestaciones y el cumplimiento de los estándares de calidad.

El modelo Beveridge se origina en Reino Unido y se mantiene en Suecia, Finlandia, Noruega, España... Se financia mediante los impuestos de la población y apuesta por una cobertura universal. Solo tiene copago farmacéutico y regula los precios de los fármacos.

1.5.3. El Sistema Nacional de Salud actual en España

El derecho a la protección efectiva de la salud y a la asistencia sanitaria equitativa, eficiente y de calidad establecido en la Constitución española del 78, quedó definido en la Ley General de Sanidad de 1986, como “el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas”(46).

Desde ese momento la atención sanitaria ha tenido una progresión a la universalización, descentralización y financiación vía impuestos haciéndose completamente efectiva en 1999.

La provisión de servicios se realiza mayoritariamente en centros públicos y se complementa con centros privados concertados. Los usuarios no pagan directamente por los servicios salvo un porcentaje de los medicamentos y algunos productos sanitarios.

Los servicios sanitarios dependen de las Comunidades Autónomas y el presupuesto sanitario que ellas pueden gestionar se fija cada año desde el parlamento autonómico quién recibe anualmente el presupuesto del gobierno central.

A partir de la Ley 16/2012 nuestro modelo se acercó más al modelo Bismark puesto que se excluyó a los inmigrantes irregulares y a los ciudadanos de más alto poder adquisitivo de la cobertura universal (47).

En cuanto el futuro de nuestro sistema sanitario, según la Organización de Consumidores y Usuarios (OCU) coexistirán a la larga dos modelos: uno reservado para las personas con más alto poder de renta a través de la contratación de seguros privados y un sistema público reservado a las personas con menor poder adquisitivo con deterioro progresivo de la calidad de la atención y reducción de prestaciones (48).

1.5.4. La Atención Primaria

La Atención Primaria de Salud (APS) se ha definido por la OMS como “un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de las personas, tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas”(49).

Es fundamental invertir en la APS puesto que claramente esta acción mejora la equidad y el acceso en relación con los servicios de salud, el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas sanitarios y los resultados de salud.

Además, la inversión en la APS es fundamental para alcanzar el bienestar del ciudadano, puesto que gastar en la APS no solo significa mejorar los factores directamente relacionados con el sistema de salud y el acceso a sus servicios, sino mejorar una gama de factores más allá de los servicios de salud como la mejoría en la protección social y la educación (49).

La APS también es fundamental para que los sistemas de salud sean más resistentes y más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios en situaciones de crisis como la pandemia por la COVID (49).

Sin embargo, en nuestro día a día vemos como cada vez se invierte menos en APS. La poca esperanza que tenemos los mismos médicos en que el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 se pueda realmente llevar a cabo, es un ejemplo (50). Buena prueba de ello es que los expertos que se reunieron en mayo y junio del 2020 en la Comisión Parlamentaria para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados calcularon que era necesario destinar unos 4000 millones de euros, sin embargo se han destinado 176 millones de euros (51). Es clave la inversión en APS para mejorar la calidad de la respuesta puesto que la falta de inversión provoca “un deterioro de la accesibilidad, asequibilidad y calidad de la asistencia sanitaria” según Amnistía Internacional (52).

1.7. Capacidad de respuesta de los sistemas de salud

1.7.1 Definición de capacidad de respuesta

La primera vez que se habló del concepto de “Capacidad de respuesta del sistema de salud” fue en el informe de la OMS del 2000 titulado Mejorar el desempeño de los sistemas de salud (6). En ese informe se definió este concepto como “la capacidad de los sistemas de salud para responder a las expectativas legítimas de su población en los aspectos no médicos de la atención médica; es decir, la forma en que son atendidas las personas y el entorno donde se tratan, valorando la experiencia personal del contacto del paciente con el sistema de salud”.

La capacidad de respuesta por tanto adquiere gran importancia en los pacientes más dependientes y/o con patología psiquiátrica porque suelen requerir más cuidados y una relación más regular con el sistema sanitario. De esto podemos deducir, que la capacidad de respuesta evaluada como “buena” comprenderá una relación “buena” entre sanitario-paciente y ello repercutirá en el buen estado de salud de los pacientes y en mejorar el uso del sistema sanitario (53).

1.7.2. Medida de la capacidad de respuesta: analizamos siete dominios

De Silva en su informe del 2000 (8) se planteaba la pregunta de qué consideran importante los pacientes, además de mejorar la salud, cuando usan los sistemas de salud y cómo evaluar estos aspectos calificados como importantes.

Después del arduo trabajo de investigación de expertos en este tema, el estudio de encuestas de satisfacción y la revisión del cuidado de la salud, se obtuvieron los ocho dominios para medir la capacidad de respuesta comentamos previamente: dignidad, confidencialidad, autonomía, atención rápida, comunicación clara, elección, apoyo social y calidad de los servicios básicos (54).

Puesto que ya los hemos definido anteriormente, hacemos un breve resumen:

- Dignidad: es el derecho a ser tratado como “una persona”, ser tratado con respeto, mantener la privacidad y tener derecho a preguntar y recibir información.
- Confidencialidad: La información no debe ser divulgada.
- Autonomía: es el derecho a recibir información sobre la patología que se sufre y de las posibilidades de tratamiento y respetar que el paciente decida.

-----*Introducción: Capacidad de respuesta de los sistemas de salud*

- Atención rápida: Proporcionar atención rápida en situaciones de emergencia y acortar los tiempos de consulta e inicio de tratamiento.
- Comunicación clara: Proporcionar a los pacientes información comprensible. Escuchar. Tener suficiente tiempo para que se puedan hacer preguntas.
- Elección: Poder elegir libremente entre los proveedores de la atención y los servicios.
- Apoyo social: referente a cuidados hospitalarios.
- Calidad de los servicios básicos: Los pacientes deben estar en un entorno limpio, con muebles adecuados, ventilación suficiente y agua, ropa y los aseos limpios.

Como vemos, el dominio de apoyo social es el único que no tiene relación con la atención primaria, nuestro ámbito, ya que se refiere a los pacientes hospitalizados.

Los dominios se agrupan en (55):

- Los dominios que tiene relación con el respeto a las personas: dignidad, confidencialidad, autonomía y comunicación.
- Los dominios orientados al paciente: atención rápida, calidad de los servicios básicos, apoyo social y elección del proveedor de salud.

Sabiendo qué engloba cada dominio, debemos comentar que mantener una buena evaluación de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud está íntimamente relacionado con los derechos humanos de los pacientes, puesto que ambos reconocen como objetivo principal de los sistemas de salud, la mejora de la salud (7).

A pesar de la extrema importancia de mantener una buena respuesta, la mayoría de éstos estudios, como el publicado por Melo et al. (9) en 2017, el de Hossein Ebrahimipour et al. (10) en 2013 o el de Peltzer y Phaswana-Mafuya (11) del 2012, aseveran que necesitamos mejorar en todos los dominios.

Debemos seguir trabajando en estos aspectos porque también está vastamente estudiada la relación de cómo una buena capacidad de respuesta impacta positivamente en los resultados de los tratamientos ante una patología (56). Además, a mayor capacidad de respuesta de los sistemas de salud, mayor nivel de bienestar se puede alcanzar (57).

1.7.3. Instrumento de medida de la capacidad de respuesta: Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness (MCSS)

El objetivo que se planteó la OMS fue saber la capacidad de respuesta del sistema de salud en vez de la percepción que tienen los pacientes sobre esta respuesta, sin embargo es muy complicado encontrar indicadores objetivos (57). Por ejemplo, no es fácil desarrollar un buen indicador que objetivamente mida si un médico se comunica bien con los pacientes, si éste es agradable con ellos o si guarda la información que le proporcionan de forma confidencial... Así, como decíamos previamente, el concepto de satisfacción del paciente ha jugado un rol muy relevante puesto que permitía saber como respondía el sistema sanitario a factores no clínicos (54).

En este contexto, algunos autores como Blendon et al. (58) o Cleary et al. (59) han usado la satisfacción de los pacientes como manera de evaluar si el sistema sanitario responde a las expectativas de los aspectos no clínicos, sin embargo la “satisfacción del paciente” ha sido identificada como un concepto muy complejo y multidimensional que puede no ser útil para dar la información apropiada sobre la capacidad de respuesta debido a las múltiples variables generadas por las expectativas del pacientes (60) (61). Por ejemplo, las personas que no están acostumbradas a recibir una buena atención sanitaria podrían responder con mejores niveles de satisfacción que otras personas que son más demandantes, aunque las primeras reciban una peor atención que las segundas.

Al contrario del concepto de “satisfacción del paciente” el cual mide la percepción de la persona sobre lo que está pasando, el concepto de “respuesta del sistema” mide lo que está en realidad pasando. Por tanto, la medida de la capacidad de respuesta no se relaciona con saber si el paciente está satisfecho o no con los cuidados recibidos a través de la experiencia relatada por él sobre el sistema sanitario; en vez de que el paciente informe sobre la experiencia de la atención, la capacidad de respuesta capta la experiencia de la persona en esa atención (57).

Dada la falta de cuestionarios que recojan información desde este nuevo punto de vista, la OMS llevó a cabo varios métodos para medir la capacidad de respuesta del sistema sanitario y finalmente diseñó el Multi-country Survey Study on Health and

-----*Introducción: Capacidad de respuesta de los sistemas de salud*
Responsiveness en 2001 (62)(54)(63)(64).

Este cuestionario fue realizado en 61 países para “desarrollar instrumentos que permitieran medir la salud, capacidad de respuesta y otros parámetros relacionados con la salud de manera que pudiesen compararse y proveer información útil para refinar esta metodología”(65).

El MCSS se llevó a cabo en diferentes formas: entrevista en el domicilio de unos 90 minutos (se hizo en 14 países), entrevistas cortas cara a cara (se hizo en 27 países), entrevistas telefónicas computerizadas (se hizo en 14 países) y entrevistas por carta (se hizo en 28 países) (66).

El cuestionario contiene módulos sobre las características de la sanidad a nivel de estado/país, sobre cómo se lleva a cabo el cuidado de la salud en personas con enfermedades crónicas, con enfermedades mentales o sobre la capacidad de respuesta sanitaria.

En España se usó el modelo breve de entrevista cara a cara realizándose 1000 entrevistas en el 2001 (67)(68). Todas las entrevistas realizadas preguntaban sobre la experiencia del contacto de las personas con el proveedor de salud en los últimos 12 meses (68).

1.7.3.1. Modelo breve del MCSS

La OMS elaboró un modelo breve del MCSS con el propósito de mejorar la capacidad de los instrumentos y proporcionar los datos adecuados para la medición de la capacidad de respuesta de una manera fiable, válida y rentable (57). Este es el modelo usado para hacer este estudio.

Las secciones en los que se divide el cuestionario breve son (69):

- Descripción del estado de salud -> preguntas de la 1 a la 7.
- Importancia de los Objetivos del Sistema Sanitario -> preguntas de la 8 a la 12.
- Asistencia sanitaria que ha recibido el paciente -> pregunta 7 y de la 13 a la 22.
- Evaluación de los dominios -> preguntas de la 23 a la 41.
- Información demográfica -> preguntas de la DS1 a la D29.

Como hemos dicho previamente, el dominio de “Apoyo social” se refiere únicamente a la interacción con la asistencia hospitalaria, por lo tanto, no lo estudiamos en este trabajo puesto que el ámbito de estudio es la atención primaria.

En el MCSS se evalúan los ocho dominios calificándose entre 5 categorías (muy buena, buena, moderada, mala y muy mala respuesta), además los pacientes responden otras preguntas dentro de cada dominio (evaluadas del 1, nunca; al 4, siempre) sobre la experiencia general en cada uno de ellos (66). En la tabla 3 se pueden revisar las preguntas tal y como están en el MCSS.

-----Introducción: Capacidad de respuesta de los sistemas de salud

Atención rápida	En los últimos 12 meses, cuando ha necesitado atención médica, ¿con qué frecuencia la ha recibido de forma inmediata?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿Durante cuánto tiempo ha tenido que esperar normalmente desde el momento que ha necesitado atención hasta el momento de recibirla?	Número de días
	Ahora, en general, ¿cómo calificaría su experiencia en los últimos 12 meses respecto a recibir asistencia rápida en los servicios sanitarios?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Dignidad	En los últimos 12 meses, cuando buscó atención de su salud, ¿con qué frecuencia los médicos, enfermeras u otro proveedores de atención médica le trataron con respeto?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia el personal de oficina (como recepcionistas, etc.) le trató con respeto?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia sus reconocimientos físicos fueron llevados a cabo de un modo en que su privacidad quedara preservada?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	¿Cómo calificaría en global su experiencia en los últimos 12 meses respecto a ser tratado con dignidad en los servicios sanitarios?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Comunicación clara	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos, las enfermeras u otros empleados sanitarios le escucharon atentamente?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos, enfermera otros empleados sanitarios le explicaron cosas de una forma comprensible para Ud.?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos, enfermeras u otros empleados sanitarios le dedicaron tiempo para preguntarle acerca de sus problemas de salud o acerca de su tratamiento?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría, en global, su experiencia respecto a la forma como se comunicaron los trabajadores sanitarios con Ud.?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Autonomía	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos, enfermeras u otro personal sanitario le dejaron participar tanto como Ud. quería en las decisiones sobre su tratamiento o sus exámenes médicos?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los médicos o enfermeras le pidieron permiso antes de empezar el tratamiento o los exámenes médicos?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	Ahora dígame, por favor, cómo calificaría, en global, su experiencia en los últimos 12 meses respecto a su implicación en la toma de decisiones acerca de su cuidado o tratamiento en el grado que Ud. quería.	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Confidencialidad	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia las conversaciones con su médico o enfermera se realizaron en privado de tal modo que otras personas que Ud. no quería que oyeran su conversación no pudieran oírlo?	Frecuencia: Siempre/Nunca
	En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia su médico o enfermera mantienen su información personal confidencial? Esto significa que nadie que Ud. no quiera no puede averiguar cosas acerca de su estado.	Frecuencia: Siempre/Nunca
	Ahora dígame, por favor, cómo calificaría, en global, su experiencia en los últimos 12 meses respecto a el modo en que los servicios de salud mantienen su información de una manera confidencial.	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Elección del proveedor	En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema, ¿cómo lo calificaría con los doctores, enfermeras y otro personal sanitario para obtener atención sanitaria con la cual Ud. estuviera satisfecho.	Nivel de problema
	En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema, ¿cómo lo calificaría para conseguir otro servicio sanitario distinto al habitual.	Nivel de problema
	Ahora dígame, por favor, cómo calificaría, en global, su experiencia en los últimos 12 meses respecto a ser capaz de utilizar un servicio sanitario o un médico de su elección.	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Calidad de los servicios básicos	Ahora piense en los lugares que Ud. ha visitado para recibir atención médica en los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría la calidad básica de la sala de espera, por ejemplo, el espacio, asientos o si está aireada?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
	Ahora piense en los lugares que Ud. ha visitado para recibir atención médica en los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría la limpieza del sitio?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
	Ahora, en general, ¿cómo calificaría la calidad de las instalaciones de los servicios sanitarios que Ud. ha visitado en los últimos 12 meses (por ejemplo en cuanto al espacio, asientos, sitio aireado, limpieza, etc.)?	Clasificación: Muy buena/Muy mala
Apoyo social	En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema durante su estancia en el hospital, ¿cómo lo calificaría respecto a conseguir que el hospital permitiera a sus familiares cuidar de sus necesidades personales, por ejemplo, traerle su comida favorita, jabón, etc.?	Nivel de problema
	En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema durante su estancia en el hospital, ¿cómo lo calificaría respecto a conseguir que el hospital le permitiera practicar sus costumbres religiosas o tradicionales si Ud. lo deseaba?	Nivel de problema
	En los últimos 12 meses, en general, ¿cómo calificaría su experiencia respecto a cómo el hospital le permitió relacionarse con su familia, amigos y continuar sus hábitos sociales y/o religiosos durante su estancia?	Clasificación: Muy buena/Muy mala

Tabla 3: redacción exacta de las preguntas y respuestas de la MCSS

Fuente: Letkovicova et al. The Health Systems Responsiveness Analytical Guidelines for Surveys in the MCSS. WHO. 2005.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS.....

2.1 Hipótesis

La capacidad de respuesta del sistema de salud en cada dominio, valorada por los enfermos mentales dependientes es peor que la valorada por los enfermos mentales sin dependencia funcional.

2.2. Objetivos

2.2.1 *Objetivo principal:* Evaluar la capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria, en pacientes con enfermedad mental y algún grado de dependencia funcional.

2.2.2. *Objetivos secundarios:*

A. Conocer la capacidad de respuesta global y por cada dominio en los pacientes con enfermedad mental.

B. Señalar qué dominios de la capacidad de respuesta son más importantes para los enfermos mentales.

C. Identificar sobre qué dominios será prioritario intervenir para que las expectativas de los pacientes se vean cumplidas.

D. Identificar qué variables sociodemográficas y clínicas que se asocian a una valoración mala de la capacidad de respuesta

E. Determinar las diferencias en la capacidad de respuesta según el entorno de los pacientes, según el estado de salud y según la clase social subjetiva.

3. METODOLOGÍA.....

3.1. Diseño del estudio

Es un estudio descriptivo transversal.

3.2. Población a estudio

La población a estudio fueron los usuarios del centro de salud Fuentes Norte de Zaragoza, Andorra en Teruel y el centro de salud de Arnedo de la Rioja con diagnóstico de una o más enfermedades mentales.

3.2.1. Proceso de muestreo

Se hizo un muestreo de conveniencia entre todos los pacientes que solicitaban una consulta por cualquier motivo en medicina o enfermería de atención primaria, ya fuera en el centro de salud o en el domicilio, durante el periodo de estudio.

3.2.2. Criterios de selección

3.2.2.1. Criterios de inclusión:

- Paciente mayores de 18 años.
- Padecer al menos una enfermedad mental que debe estar registrada como tal en la Historia Clínica Electrónica (HCE) y estar en tratamiento farmacológico y/o psicológico en el momento del estudio.

- Haber recibido asistencia en las consultas de atención primaria (en medicina y/o enfermería) del sistema público de salud en los 12 meses previos a la fecha del estudio.

3.2.2.2. Criterios de exclusión:

- Presentar un deterioro cognitivo por cualquier causa o retraso mental registrado como tal en su HCE.

- Estar recibiendo cuidados paliativos.

- Existencia de alguna barrera lingüística.

- No firmar el consentimiento informado para participar en el estudio.

Antes de realizar la entrevista, cada paciente es informado sobre los objetivos de estudio, explicándole que la cumplimentación del cuestionario es voluntaria y que se respeta su intimidad y la confidencialidad de sus datos personales.

3.3. Tamaño muestral

El tamaño muestral se calculó para estimar la proporción de la respuesta agrupada en “buena capacidad” para las respuestas “buena” y “muy buena”, y “pobre capacidad” para las respuestas “normal”, “mala” y “muy mala” en los dominios de dignidad, autonomía y confidencialidad (70).

Con una proporción esperada de respuesta agrupada como “buena respuesta” del 53%, una precisión del 5% y una confianza del 95% (bilateral), era necesario incluir 383 personas en el estudio. El cálculo del tamaño muestral se hizo con ayuda del programa Ene 3.0.

Estimando un 10% de abandonos, se calculó que se tenían que seleccionar e invitar a participar en el estudio a 426 pacientes.

3.4. Definición de variables

3.4.1. Variables sociodemográficas

Se incluyen sexo, edad, nivel educativo, nivel económico, ocupación, clase social subjetiva y autopercepción de la salud.

La edad se define como los años cumplidos que tenían los participantes en el momento de la entrevista.

El sexo se definió como “varón” o “mujer”.

El nivel educativo se define por el máximo nivel de estudios finalizado. Se evaluó mediante dos preguntas: “¿Qué edad tenía usted cuando dejó los estudios que realizaba como única ocupación, es decir, cuando se dedicaba sólo a estudiar (no trabajaba a la vez)?” y “¿Qué estudios ha realizado usted?”.

En el análisis descriptivo general, clasificamos entre “baja educación”, “media educación” y “educación superior” agrupando los diferentes nivel educativos que existen según la Clasificación Nacional de Educación (71):

CNED-P Clasificación de programas en niveles educativos		
PRIMERA ETAPA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA E INFERIOR	0	Educación Infantil
	1	Educación Primaria
	2	Primera etapa de educación secundaria y similar
SEGUNDA ETAPA DE EDUCACIÓN SECUNDARIA Y EDUCACIÓN POSTSECUNDARIA NO SUPERIOR	3	Segunda etapa de educación secundaria y similar
	4	Educación postsecundaria no superior
EDUCACIÓN SUPERIOR	5	Enseñanzas de formación profesional, artes plásticas y diseño y deportivas de grado superior y equivalentes; títulos propios universitarios que precisan del título de bachiller, de duración igual o superior a 2 años.
	6	Grados universitarios de 240 créditos ECTS, diplomaturas universitarias, títulos propios universitarios de experto o especialista, y similares
	7	Grados universitarios de más de 240 créditos ECTS, licenciaturas, másteres y especialidades en Ciencias de la Salud por el sistema de residencia, y similares
	8	Enseñanzas de doctorado
EDUCACIÓN NO FORMAL	9	Educación no formal

Tabla 4: Clasificación Nacional de Educación (CNED 2014)
Fuente: Instituto Nacional de Estadística

Así obtenemos:

-Baja educación: sin estudios o primaria incompleta.

-Media educación: Primaria, Educación General Básica, Educación Secundaria Obligatoria y Formación Profesional de primer grado.

-Alta educación: Bachillerato, Curso de Orientación Universitaria, Formación profesional de segundo grado y estudios de grado medio, superior y tercer ciclo.

En cuanto a la ocupación, se valoró con la pregunta “¿Cuál es su ocupación actual?” y se diferenciaron tres categorías: “empleados”, “sin empleo” y “jubilados o de baja por enfermedad prolongada/crónica”.

Evaluar la clase social subjetiva nos permite captar con mayor detalle los aspectos de la condición social ya que se nutre de procesos psicosociales influenciados por el contexto social que existe (72). Está avalado por varios estudios, que existe asociación entre la clase social y la salud física y mental (73)(74).

Para evaluar la clase social, a los pacientes se les preguntó “Si tuviera que escoger uno de estos cinco nombres para definir clases sociales, ¿a cuál diría que pertenece usted?”. Las cinco categorías eran: “clase media”, “clase media-baja”, “clase trabajadora”, “clase alta” y “clase media-alta”.

Para el análisis general agrupamos las categorías en tres grupos siguiendo la clasificación socioeconómica Europea (75), “clase trabajadora-baja” (incluye clase trabajadora), “clase media” (incluye media-baja y media) y “clase alta” (incluye media-alta y alta).

La valoración de cada individuo de su propia salud es lo que llamamos “autopercepción de la salud”. La OMS clasifica la autopercepción de la salud como un importante indicador de la salud poblacional y de la esperanza de vida saludable ya que la salud autopercebida predice los principales resultados de salud (76).

Analizamos esta variable con la pregunta “En términos generales, ¿cómo describiría su estado actual de salud?”. En el cuestionario de la MCSS se dan cinco categorías como respuesta, “muy buena”, “buena”, “normal”, “mala” y “muy mala”.

3.4.2. Variables clínicas

Se incluyen grado de dependencia, tipo de enfermedad psiquiátrica, número de consultas y tiempo de evolución de enfermedad psiquiátrica.

En cuanto al grado de dependencia, se valoró como dependiente o con algún grado de dependencia física mediante el Índice de Barthel que más adelante describimos.

Dentro de los tipos de enfermedad psiquiátrica, diferenciamos cuatro tipos: trastornos esquizoafectivos, trastornos depresivos, trastornos de ansiedad u otros.

El número de consultas realizadas en atención primaria en los 12 meses previos lo valoramos organizando las respuestas entre “nunca”, “de 1 a 4 veces” y “más de 4 veces”

Para clasificar el tiempo de evolución de la enfermedad psiquiátrica, los pacientes podían elegir entre “más de 10 años” de evolución o “igual o menos de 10 años”.

3.5. Instrumentos de medida

3.5.1. Cuestionario de Barthel

El grado de dependencia se evalúa mediante el cuestionario de “Barthel” (anexo 8.1.). Esta escala, comenzó a usarse en 1955 en Maryland en los hospitales que tenía enfermos crónicos, así los profesionales médicos eran capaces de medir la capacidad funcional de los pacientes y también de evaluar la mejoría de aquellos usuarios que estaban en programas de rehabilitación (77). No fue hasta 1965 cuando se publicó y se hizo oficial en múltiples versiones.

Este índice mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de dependencia.

Sus funciones son (77):

- Evalúa las funciones diarias de pacientes con algún tipo de dependencia.
- Gracias a la puntuación total, se estima si el paciente necesita mínima ayuda física, incluso la ayuda domiciliaria.
- Sirve como prueba del protocolo de evaluación geriátrica.
- Es un criterio de eficacia de los tratamientos de rehabilitación a los que el paciente se somete.

Ha sido validado mundialmente y ha mostrado gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Este cuestionario ya ha sido utilizado en varias publicaciones que relacionan pacientes con enfermedad mental con la posibilidad de tener cierto grado de dependencia como la de Olave y Ubilla (78).

El grado de dependencia de los pacientes con enfermedad mental a partir de la escala de Barthel, clasifica la dependencia en: 0-20 Dependencia total, 21-60 Dependencia severa, 61-90 Dependencia moderada, 91-99 Dependencia escasa y 100 Independencia (79).

3.5.2. Cuestionario Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness (MCSS)

Para valorar la percepción que tiene el paciente de la capacidad de respuesta de la atención primaria se utilizó el cuestionario Multi-country Survey Study (anexo 8.2.), de la OMS(64).

Medir la capacidad de respuesta de Atención Primaria, es averiguar lo que ocurre cuando una persona interactúa con el sistema de salud, pero las experiencias son individuales y dependen de muchos factores (cultura, tradiciones, sistemas políticos...) que son inherentes a cada individuo. Con este problema en mente, para reducir el efecto de las expectativas de cada individuo, se preguntó a los encuestados que evaluaran sus encuentros con el sistema de salud y no su satisfacción con el sistema, ya que la OMS está firmemente convencida de que si se centra en las experiencias reales, los datos obtenidos serán más fiables sobre cómo el sistema de salud trata a las personas (67).

Evaluamos la experiencia del contacto de las personas con los proveedores de salud durante los últimos 12 meses, porque es tiempo que es considerado como un equilibrio entre un periodo de recuerdo todavía realista y la necesidad que teníamos de obtener un tamaño de muestra suficiente (67).

Como hemos dicho anteriormente, este cuestionario consta de 43 preguntas con respuesta en escala Liker sobre los 7 dominios, además de recoger datos sobre la preferencia de los pacientes en cada uno de ellos.

En la MCSS todos los dominios tienen una medida de calificación con cinco categorías: va desde 1 que significa "muy bueno" hasta 5 que significa "muy malo". Además, cada dominio incluye preguntas "informe" sobre las experiencias personales de los pacientes con el sistema de salud en una escala que va desde 1 que se refiere a "nunca" hasta 4 que significa "siempre".

Adicionalmente, la MCSS incorpora preguntas en las que se les pide a los encuestados si un determinado evento sucedió o no y/o la frecuencia con la que ocurrió (69).

En cuanto a la gestión de la pérdida de datos, en la MCSS se considera un problema cuando la tasa de datos faltantes es mayor del 20% e insignificante cuando dicha tasa es menor del 5% (80). Desde el punto de vista conceptual, la falta de respuestas

engloba dos aspectos: la “no participación” de un sujeto en el estudio al no contestar el cuestionario y, los “datos faltantes” de personas que responden al cuestionario de forma incompleta al no contestar una o varias variables (80). La tasa de datos faltantes se define como el porcentaje de falta de respuesta a una pregunta, tanto las negativas a responder como las respuestas de "no aplicable" y "no saben".

Este cuestionario ha sido utilizado en varios estudios (81) (82) y está validado en 35 países y traducido a varias lenguas (62).

3.6. Procedimiento de recogida de datos

Entrevistadores externos, residentes de Medicina Familiar y Comunitaria y enfermería, fueron entrenados en el procedimiento de selección y en la realización de los cuestionarios. También fueron informados sobre los antecedentes y objetivos del estudio mediante dos sesiones formativas de dos horas cada una en la que se hizo un simulacro de actuación de realización de la encuesta.

Los pacientes fueron seleccionados por sus médicos de familia entre los que acudían a las consultas de medicina y enfermería, por cualquier motivo y revisando previamente sus historias clínicas. Los que cumplían los criterios de inclusión fueron invitados a participar en el estudio, informándoles sobre sus objetivos, los datos a recoger y solicitando su consentimiento (anexo 8.3.).

Además, se recogieron las características sociodemográficas (anexo 8.4.) de los pacientes que rehusaron participar, para analizar las pérdidas.

3.7. Análisis estadístico

3.7.1. Estadística descriptiva

La descripción de la muestra se hará mediante tablas de frecuencias absolutas y relativas para variables discretas, y medias y desviaciones estándar para variables continuas.

La “capacidad de respuesta” de cada dominio estudiado (dignidad, confidencialidad, autonomía, atención rápida, comunicación clara, elección, calidad de los servicios), se

analiza mediante la respuesta a la pregunta “¿Cómo calificaría su experiencia en los últimos 12 meses respecto a...?”.

De acuerdo al enfoque de la OMS y como hemos explicado previamente, para el análisis de los resultados de la capacidad de respuesta, las variables se han dicotomizado en dos categorías: buena capacidad de respuesta, resultado de combinar respuestas “muy buena” y “buena” y pobre capacidad de respuesta, resultado de combinar las respuestas “normal”, “mala” y “muy mala”(70).

Al igual que la OMS, se elaboró un índice sintético global: “capacidad de respuesta global”, que se obtiene calculando el promedio de los valores brutos en los dominios estudiados y se categoriza por “mala capacidad de respuesta global” cuando este promedio es menor o igual de 2 y “buena capacidad de respuesta global” cuando este promedio es mayor de 2 (54).

3.7.2. Análisis bivariante

Se realizó un análisis bivariante para determinar la asociación entre las distintas variables sociodemográficas y de salud con las dimensiones de la capacidad de respuesta, para dicho análisis se usó la prueba de Ji al cuadrado.

Para comparar medias entre grupos de pacientes, se utilizó el estadístico T de Student, comparando entre el grupo de pacientes con dependencia y el grupo de pacientes con independencia funcional.

Se calculó la odds ratio (OR) para determinar la fuerza de asociaciones entre las variables tamaño del lugar de residencia, clase social, ingresos económicos, evolución de la enfermedad, nivel estudios y las dimensiones de la capacidad de respuesta. Se calculó un intervalo de confianza del 95% y se consideraron significativos los valores de p menores de 0.05

Las variables que resultaron tener asociación entre la capacidad de respuesta del sistema de salud con el valor p igual o inferior a 0.20 se consideraron candidatas a formar parte de análisis multivariante (83).

Para la identificación de los dominios que son más importantes para los gestores y proveedores de salud, se han elaborado gráficos que muestran cuáles son considerados más importantes y cuáles menos.

3.7.3. Análisis multivariante. Regresión logística.

Con el fin de evaluar la asociación independiente de cada variable con la capacidad de respuesta del sistema de salud en cada dominio, se realizó un análisis de regresión logística (83).

Para el ajuste se realizó un modelo “hacia atrás”, respetando la recomendación de Peduzzi et al. (84) de que se produzcan al menos 10 eventos por cada variable que se introduzca en el modelo. Sólo las variables que mostraron una significación estadística ($p < 0,05$) se mantuvieron en el modelo final.

3.8. Limitaciones del estudio

Para controlar los sesgos de información y selección que pudieran producirse, se realizó el entrenamiento de los entrevistadores y la comprobación de los datos de la historia clínica durante la entrevista, así como el análisis de las características de los pacientes que rechazaron participar tras ser seleccionados y los que lo hicieron durante el estudio.

3.9. Aspectos éticos

Antes del inicio del estudio, el protocolo o cualquier enmienda al mismo fueron aprobados por el Comité de Ética de Investigación de la Comunidad de Aragón (CEICA). Las enmiendas al mismo fueron presentadas por escrito al CEICA para su aprobación antes de continuar con la inclusión de pacientes.

Este estudio se desarrolló de acuerdo con el protocolo y con las normas de buena práctica clínica referidas a la investigación con seres humanos, tal como se describe en la Declaración de Helsinki.

3.9.1. Consentimiento informado

El investigador informó a cada paciente de la naturaleza del estudio, sus objetivos, procedimientos, duración prevista y los riesgos y beneficios de su participación en el mismo. La participación de los pacientes fue totalmente voluntaria y estos podían abandonar el estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que

ello afectara a la relación con el profesional que les atendía ni con los tratamientos que estuviesen recibiendo.

El consentimiento informado se elaboró mediante un documento escrito en lenguaje comprensible que el paciente fechó y firmó. Se entregó una copia firmada al paciente.

El original se conserva en la historia clínica del paciente en cada centro.

En caso de que el entrevistado no pudiese leer el documento, se realizaba una presentación oral y se obtenía la firma del representante legal.

Ningún paciente se incluyó en el estudio sin haber otorgado previamente el consentimiento informado.

3.9.2. Confidencialidad

Mediante la firma del protocolo, los investigadores se comprometieron a mantener la confidencialidad de los datos relacionados con los participantes en el estudio según se dispone en la Ley Orgánica 3/2018, de protección de datos.

3.9.3. Informes del estudio

El investigador principal se compromete a presentar informes de seguimiento del estudio en el CEICA al menos una vez al año y al finalizar el estudio.

4. RESULTADOS-----

4.1. Características de los participantes

Se reclutaron un total de 562 personas, de las que el 23.6% rechazaron participar en el estudio. La causa más frecuente del rechazo fue la falta de tiempo para responder a los cuestionarios.

Pese a que la muestra que necesitábamos era de 426 personas, pudimos realizar las entrevistas a 429 personas con enfermedad mental. El 78.8% (n=338) eran mujeres y el 21.2% (n=91) fueron hombres. La edad media fue de 62 años (IC95%:60.5-63.6). El 68% de los participantes pertenecían a la región de Aragón y el 41.5% residía en una ciudad con más de 50000 habitantes. En cuanto al estado de salud, el 38.9% referían un male o muy male estado de salud percibido.

El 80.7% de los pacientes tenía una enfermedad crónica asociada: el 35.4% tenían hipertensión arterial, el 13.3% eran diabéticos, y el 13.5% padecían alguna enfermedad reumatológica.

Las características de la muestra según la presencia/ ausencia de enfermedad crónica se presentan en la Tabla 5:

Variables	Pacientes con enfermedad mental (n= 83) (%)	Pacientes con enfermedad mental y otras enfermedades crónicas (n=346) (%)	p
Sexo			0.63
Varón	16 (19.3)	75 (21.7)	
Edad (años)			0.001
<60	66 (81.5)	127 (38)	
≥60	15 (18.5)	207 (62)	
Estado civil			0.001
Soltero/a	18 (19.3)	42 (12.2)	
Separado/a	13 (15.7)	27 (7.8)	
Casado/a / en pareja	51 (61.4)	200 (57.8)	
Viudo/a	3 (3.6)	77 (22.3)	
Nivel estudios			0.001
Básicos	19 (22.9)	197 (56.9)	
Medios	50 (60.2)	117 (36.7)	
Superiores	14 (16.9)	22 (6.4)	
Lugar de residencia			0.07
<10.000 Hab.	35 (42.2)	102 (29.5)	
10.000 a 50.000 Hab.	17 (20.5)	97 (28)	
>50.000 Hab.	31 (37.3)	147 (42.5)	
Ocupación			0.001
Empleado/a	23 (27.7)	53 (15.3)	
Desempleado/a	29 (34.9)	77 (22.3)	
Jubilado/a / Incapacitado/a	31 (37.3)	216 (62.4)	
Clase social			0.14
Baja	40 (49.4)	132 (40.5)	
Media-alta	41 (55.6)	194 (59.5)	
Nivel de ingresos			0.005

< 900 €/mes	5 (7.5)	73 (25.8)	
≥ 900 €/mes	62 (92.5)	210 (74.2)	
Tipo de Enfermedad Psiquiátrica			0.32
Trastornos Esquizoafectivos	4(4..8)	11 (3.2)	
Trastornos Depresivo	28 (37.7)	147 (42.5)	
Trastornos de ansiedad	39 (47)	130 (37.6)	
Otros	12 (14.5)	58 (16.8)	
Duración de la Enfermedad Psiquiátrica			0.05
Más 10 años	21 (31.8)	129 (44.6)	
Menor o igual a 10 años	45 (68.2)	160 (55.4)	
Tiene seguro privado			0.27
Si	13 (15.7)	34 (9.8)	
Nº visitas al médico de Familia en los últimos 30 días			0.90
Nunca	12 (14.5)	50 (14.5)	
1 a 4 veces	67 (80.7)	283 (81.8)	
Más de 4 veces	4 (4.8)	13 (3.8)	
Nº de visitas al enfermero en los últimos 30 días			0.03
Nunca	59 (71.1)	193 (55.8)	
1 a 4 veces	21 (25.3)	140 (40.5)	
Más de 4 veces	3 (3.6)	13 (3.8)	
Nº de visitas al psicólogo en los últimos 30 días			0.04
Nunca	71 (85.5)	323 (93.3)	
1 a 4 veces	12 (14.5)	22 (6.4)	
Más de 4 veces	0 (0)	1 (9.3)	
Estado de salud			0.08
Bueno/Muy bueno	26 (31.3)	74 (21.4)	
Normal	32 (38.6)	130 (37.6)	
Malo/Muy malo	25 (30.1)	142 (41)	

Tabla 5. Características sociodemográficas en presencia de enfermedad mental y/o enfermedades crónicas

Fuente: Elaboración propia

4.2. Valoración de los objetivos del sistema sanitario por pacientes con enfermedad mental

El 63.3% de los participantes valoró que el objetivo del sistema de salud más importante, era mejorar la salud para todos; para el 61.1%, el segundo en importancia fue mejorar el trato de las personas cuando reciben atención médica; y para el 85.3% de los participantes, el objetivo menos importante fue el del aporte económico que cada uno debe hacer para sostener el sistema de salud.

4.3. Valoración de la capacidad de respuesta global de la atención primaria por pacientes con enfermedad mental

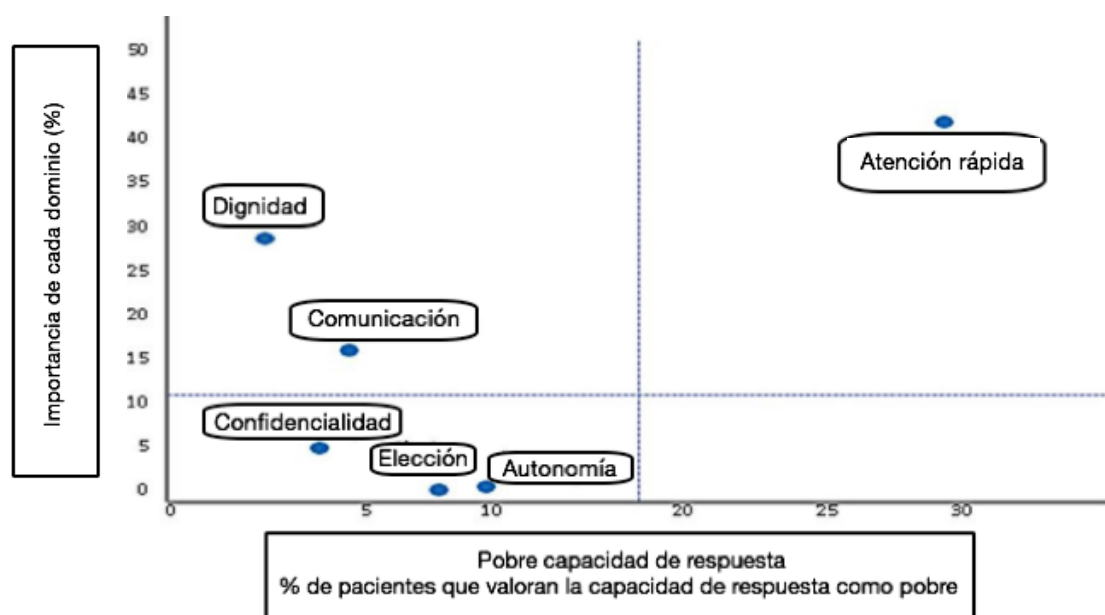
La capacidad de respuesta global fue buena para el 77.4% de los pacientes (IC 95%: 73.2–81.1), siendo esta probabilidad mayor en los dominios: dignidad 96.7% (IC 95%:

-----*Resultados: Valoración global*
 94.6–98), confidencialidad 94.7% (IC 95%: 92.1–96.5) y comunicación 94.2% (IC 95%: 91.5–96).

La capacidad de respuesta fue mala con mayor frecuencia en los dominios: autonomía 12.7% (IC 95%: 9.7–16.2), elección 13.2% (IC 95%: 9.9–17.4), atención rápida 25.8% (IC 95%: 21.8–30.2) y calidad de los servicios básicos 50.9% (IC 95%: 46.2–55.6).

El 57.8% de los pacientes que experimentaron una mala capacidad de respuesta en cuanto a la atención rápida, también mostraron mala capacidad de respuesta general ($p < 0.005$).

En cuanto a la evaluación de los dominios por los pacientes con enfermedad mental, los más importantes fueron la atención rápida (42.4%), la dignidad (30.1%) y la comunicación (17%). De éstos, solo la atención inmediata fue valorada como buena en importancia, pero mala en calidad de respuesta (esquema 2).



Esquema 2: Relación entre la importancia dada a los dominios y la respuesta
 Fuente: Elaboración propia

La elección (10.7%) fue el dominio al que se le dio el valor más bajo en importancia, junto con autonomía (8.9%) y confidencialidad (3.3%).

4.4 Valoración de la capacidad de respuesta en relación con la utilización de los servicios de salud

En los 30 días previos a la entrevista, el 81.6% de la muestra había visitado al médico de familia y el 37.5% al enfermero. El 45.7% de los pacientes referían que, cuando

-----*Resultados: Valoración según uso de los servicios de salud*
 habían necesitado una atención médica rápida en los 12 meses previos, la habían obtenido siempre.

La edad media de los médicos de familia que los atendieron fue de 51.6 años (SD:0.28) y el 78.8% eran mujeres.

4.5. Valoración de la capacidad de respuesta en relación al estatus social y nivel educacional

En el 19.4% de los pacientes con ingresos inferiores a 900 euros al mes, la evaluación de la capacidad de respuesta en el dominio de autonomía fue mala frente al 11.3% ($p=0.06$), y para el 10.5% de éstos la confidencialidad fue mala frente al 3.8% de ellos ($p=0.02$).

El 7.6% de los que tienen un bajo nivel de estudios mostraron una mala capacidad de respuesta en confidencialidad, en comparación con el 2.9% ($p = 0.03$), y el 19.6% valora la atención rápida como mala versus el 32.2% ($p = 0.003$) (Tabla 6).

Dominios	Clase social Ref: Baja	Ingresos económicos Ref: <900€/mes	Nivel de estudios Ref: Baja	Tamaño lugar de residencia Ref: >50000 hab
Global	22.7	25.6	21.8	24.7
Dignidad	4.1	2.6	3.2	4.5
Confidencialidad	6.5	10.5*	7.6*	3.9
Comunicación	6.4	7.7	6.5	5.1
Autonomía	14.5	19.4	13.2	14
Elección	15	10.3	15.3	10.7
Atención inmediata	26.7	22.4	19.6*	38.8*
Calidad de servicios	49.1	55.8	52.3	56.2

Tabla 6. Proporción de capacidad de respuesta en relación con el estatus social, el nivel de estudios y el lugar de residencia * $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia

La presencia de una enfermedad mental de más de 10 años de evolución multiplicaba por 2.6 (IC95%: 1.2-5.4) la probabilidad de valorar la capacidad de respuesta como mala en el dominio de elección (tabla 7).

En comparación con aquellos con un alto nivel de estudios, la probabilidad de calificar la respuesta como mala en términos de confidencialidad fue multiplicado por 2.7 (IC 95%: 1.1-7.2) y por 0.5 (IC 95%: 0.3-0.8) en atención rápida.

Entre estos, para aquellos con ingresos de 900 o más euros al mes, la probabilidad de calificar la capacidad de respuesta como mala en relación a la confidencialidad se

-----Resultados: Valoración según estatus social y nivel de estudios
multiplicaba por 3 (OR = 3; IC 95%: 1.1-7.8).

Dominios	Tamaño lugar de residencia Ref: <50000 hab OR (IC 95%)	Clase social Ref: Media-Alta OR (IC 95%)	Ingresos económicos Ref: ≥900 Euros OR (IC 95%)	Nivel de estudios Ref: Medio-Alto OR (IC 95%)	Evolución enfermedad Ref: ≥10 años OR (IC 95%)
Global	1.2 (0.8-1.9)	1 (0.6-1.6)	1.4 (0.8-2.4)	0.9 (0.5-1.4)	0.9 (0.6-1.6)
Dignidad	1.9 (0.7-5.6)	0.62 (0.2-1.8)	0.9 (0.2-2.2)	0.9 (0.3-2.8)	0.8 (0.3-2.6)
Confidencialidad	0.29 (0.24-1.53)	0.66 (0.3-1.6)	3 (1.1-7.9)*	2.7 (1.1-7.2)*	1.3 (0.6-3.4)
Comunicación	0.78 (0.34-1.8)	0.86 (0.4-1.9)	2.2 (0.8-6.2)	1.2 (0.5-2.8)	1.2 (0.5-2.9)
Autonomía	1.2 (0.7-2.2)	0.8 (0.4-1.4)	1.9 (0.9-3.8)	1.1 (0.6-1.9)	1.3 (0.7-2.5)
Elección	0.62 (0.32-1.2)	0.8 (0.4-1.6)	0.8 (0.3-2.1)	1.4 (0.7-2.8)	2.6 (1.2-5.4)*
Atención inmediata	3 (1.9-4.8)*	1 (0.6-1.6)	0.7 (0.4-1.3)	0.5 (0.3-0.8)*	1.4 (0.9-2.3)
Limpieza	2 (1.3-3.1)*	1.7 (1.1-2.6)*	1.2 (0.7-2.1)	0.7 (0.5-1.1)	0.8 (0.5-1.3)
Instalaciones	1.8 (1.2-2.7)*	1.3 (0.8-1.9)	1.4 (0.8-2.4)	0.8 (0.5-1.2)	0.8 (0.5-1.2)
Calidad de servicios	1.4 (0.9-2.1)	1.2 (0.8-1.7)	1.2 (0.7-2.1)	1.1 (0.7-1.6)	0.7 (0.4-1)

Tabla 7. Asociación entre capacidad de respuesta y variables sociodemográficas. Regresión logística.

* $p < 0.05$

Fuente: Elaboración propia

4.6. Valoración de la capacidad de respuesta en relación al estado de salud

La presencia de enfermedades crónicas en pacientes con enfermedad mental se relacionó con una buena capacidad de respuesta en todas las dimensiones, excepto en la calidad de los servicios en el que el 51.9% la calificaron como mala, aunque las diferencias no fueron significativas.

Se encontró una asociación entre el estado de salud y algunos dominios. Entre los pacientes que perciben como malo o muy malo su estado de salud, el 64.2% calificaron como buena la capacidad de respuesta en la atención rápida, y el 94.6% en la dignidad ($p < 0.05$).

Las personas con enfermedad mental y otras enfermedades crónicas valoraron como más importantes los dominios de atención rápida (41.5%), dignidad (32.8%) y comunicación (17.6%), aunque sin diferencias significativas (gráfico 1).

El número de visitas al médico de familia también se relacionó con algunos dominios. El 34.4% de los pacientes que habían asistido a la consulta entre una y cuatro veces en el mes anterior evaluaron como mala la limpieza ($p = 0.009$), y el 11.5% la elección ($p = 0.04$).

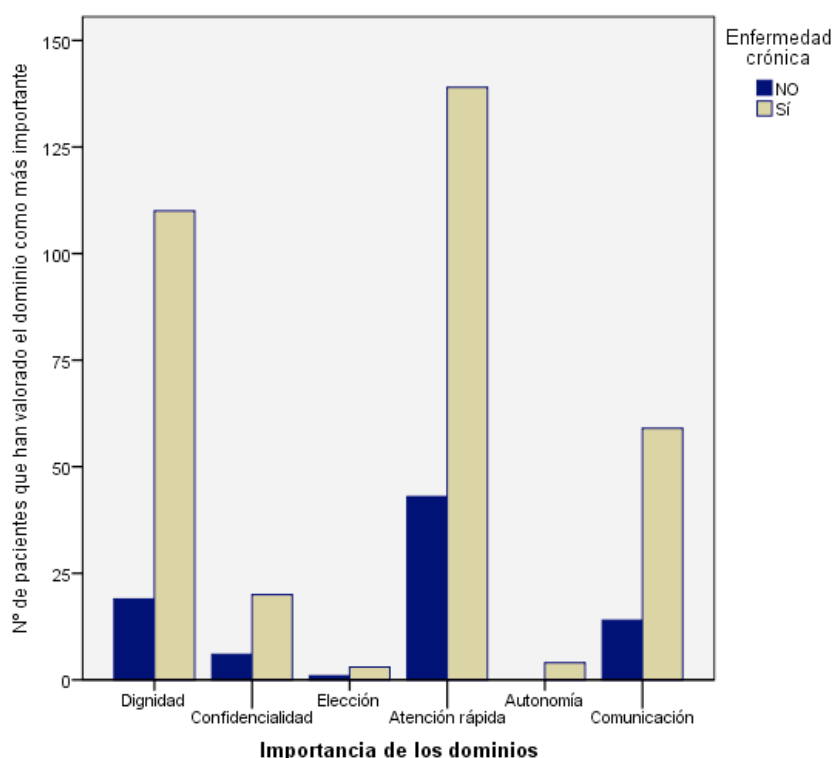


Gráfico 1. Representación de la importancia de los dominios según la presencia de enfermedades crónicas
Fuente: elaboración propia

4.7. Valoración de la capacidad de respuesta en relación con el entorno de los pacientes

El 38.8% de los participantes residían en una ciudad de más de 50.000 habitantes.

Los pacientes del ámbito urbano reportaron una peor percepción del dominio de atención rápida (OR: 5.36; IC95%: 2.80-10.27) que los del ámbito rural. Se encontró una asociación con el tamaño del lugar de residencia, de forma que vivir en una ciudad de más de 50.000 habitantes multiplicaba por 3 la probabilidad de una mala capacidad de respuesta en la atención rápida, por 2 en la limpieza, por 1.8 en las instalaciones y por 1.4 en la calidad de los servicios.

Sin embargo, la relación entre unos ingresos inferiores a 900 euros por mes y mala capacidad de respuesta en materia de confidencialidad no cambió al ajustar el tamaño del lugar de residencia.

4.8. Valoración de la capacidad de respuesta en relación al grado de dependencia de los pacientes

4.8.1. Características generales de la población en relación con la dependencia

La media de la puntuación en el índice de Barthel fue de 87.8 puntos (DS:21), es decir una dependencia moderada (79).

Un 34.7% de la muestra presentaba algún grado de dependencia para las actividades basales de la vida diaria, de los que el 13.3% tenían una dependencia moderada o severa.

La dependencia era más frecuente entre las mujeres (37.8%) ($p=0,117$).

Los pacientes independientes tenían con más frecuencia estudios superiores (73.5% $p=0.279$) y ganaban 900 euros o más (60.8% $p=0.003$).

La media de la puntuación en el estado de salud era más baja en los pacientes dependientes (Dif medias: -4,6 puntos, $p= 0,04$).

Las características sociodemográficas en presencia o no de dependencia física se presentan en la tabla 8:

Variables	Pacientes con algún grado de dependencia (%)	Pacientes independientes (%)	p
Sexo			0.117
Varón	28.9	71.1	
Mujer	37.8	62.2	
Estado civil			0.009
Soltero/a	28.6	71.4	
Separado/a	41	59	
Casado/a / en pareja	31.8	68.2	
Viudo/a	51.3	48.7	
Nivel estudios			0.279
Básicos	36.7	63.3	
Medios	37.6	62.4	
Superiores	26.5	73.5	
Lugar de residencia			0.208
≤50.000 Hab.	33.3	66.7	
≥50.000 Hab.	39.3	60.7	
Ocupación			0.007
Empleado/a	20.8	79.2	
Desempleado/a	34.7	65.3	
Jubilado/a / Incapacitado/a	40.9	59.1	
Clase social			0.034
Baja	30.5	69.5	
Media-alta	41	59	
Nivel de ingresos			0.808
< 900 €/mes	40.8	59.2	
≥ 900 €/mes	39.2	60.8	
Duración de la Enfermedad			0.196

Psiquiátrica			
Más 10 años	43	57	
Menor o igual a 10 años	36.1	63.9	
Tiene seguro privado			0.071
Si	23.4	76.6	
No	37.3	62.7	
Nº visitas al médico de Familia en los últimos 30 días			0.135
Nunca	24.6	75.4	
1 a 4 veces	37.9	62.1	
Más de 4 veces	35.7	64.3	
Nº de visitas al enfermero en los últimos 30 días			0.90
Nunca	32.2	67.8	
1 a 4 veces	39.9	60.1	
Más de 4 veces	53.3	46.7	
Nº de visitas al psicólogo en los últimos 30 días			0.106
Nunca	35.3	41.2	
1 a 4 veces	41.2	58.8	
Más de 4 veces	100	0	
Estado de salud			0.014
Muy bueno	16.7	83.3	
Bueno	38.3	61.7	
Normal	29.3	70.7	
Malo	39.7	60.3	
Muy malo	53.5	46.5	

Tabla 8. Características sociodemográficas en presencia o no de dependencia física

Fuente: Elaboración propia

4.8.2.Global

El 24.8% de los pacientes con enfermedad mental y algún grado de dependencia consideran mala la capacidad de respuesta global de la atención primaria frente al 21.8% de los pacientes independientes, aunque las diferencias no fueron significativas ($p=0,481$).

4.8.3. Dignidad

El 4% de los pacientes con algún grado de dependencia consideraban que la capacidad de respuesta era mala en cuanto al respeto a la dignidad, frente al 3% de los pacientes independientes ($p=0.581$).

4.8.4.Confidencialidad

El 8.5% de los pacientes dependientes referían una mala capacidad de respuesta en relación con la confidencialidad, a diferencia de los pacientes independientes donde esta era del 3.8% ($p=0.05$)

4.8.5. Comunicación

En cuanto al dominio de la comunicación, el 6% de los pacientes dependientes consideraban una mala capacidad de respuesta, frente al 5.6% de los pacientes independientes ($p=0.867$).

4.8.6. Autonomía

El 16.3% de los pacientes dependientes consideraban que la capacidad de respuesta era mala en cuanto al respeto a la autonomía, frente al 10.9% de los pacientes independientes ($p=0.128$).

4.8.7. Elección

En el 12.8% de los pacientes dependientes la capacidad de respuesta en la elección era mala frente al 13% de los pacientes independientes, ($p= 0.947$).

4.8.8. Atención rápida

Existe una asociación significativa entre el uso de la atención sanitaria rápida y el grado de dependencia, de forma que el 62% de los que habían recibido una atención sanitaria rápida en los últimos 12 meses eran pacientes independientes ($p=0.023$).

El 63.1% de los pacientes que refieren una pobre capacidad en la atención inmediata eran independientes ($p=0.87$).

4.8.9. Calidad de las instalaciones

Como vemos en la tabla 9, el 73.4% de los pacientes independientes consideraban pobre la capacidad de respuesta en las instalaciones ($p=0.005$).

En cuanto a la importancia de los dominios, los pacientes independientes consideran menos importante la calidad de las instalaciones seguido de la elección, y para los dependientes tendría menos importancia las instalaciones seguida de la autonomía ($p=0.001$).

-----Resultados: Valoración según dependencia

Capacidad de respuesta (CR) en la calidad de los servicios	Pacientes con algún grado de dependencia (%)	Pacientes independientes (%)	p
CR de las instalaciones			0.005
Buena	40.6	59.4	
Mala	26.6	73.4	
CR de la limpieza			0.005
Buena	40.8	59.2	
Mala	26.4	73.6	
CR de la calidad del espacio			0.042
Buena	40.9	59.1	
Mala	31.3	68.7	

Tabla 9. Evaluación de la calidad de las instalaciones en presencia o no de dependencia física

Fuente: Elaboración propia

5. DISCUSIÓN-----

En este estudio se evalúa la capacidad de respuesta de atención primaria valorada por las personas con enfermedad mental y diferentes grados de dependencia en tres ciudades españolas, Zaragoza, Teruel y Arnedo, y los factores asociados a “mala” capacidad de respuesta.

En este trabajo planteamos la hipótesis concreta de que “La capacidad de respuesta del sistema de salud en cada dominio, valorada por los enfermos mentales con algún grado de dependencia es peor que la valorada por los enfermos mentales sin dependencia funcional”, y después de haber terminado nuestro trabajo, podemos afirmar que la hipótesis se confirma únicamente en el dominio de confidencialidad.

La dignidad, comunicación, autonomía también han sido dominios peor valorados por los pacientes con enfermedad mental y cierto grado de dependencia, pero los resultados no han sido estadísticamente significativos.

Otro interesante dato que hemos encontrado al comparar la evaluación de la capacidad entre pacientes independientes y dependientes, es que los independientes valoran peor el dominio de la calidad de los servicios básicos.

Los pacientes sin dependencia funcional, también han valorado peor los dominios de elección y la atención rápida, pero los resultados no han sido estadísticamente significativos. Aunque sí hay asociación significativamente estadística en el uso de la atención rápida y el grado de dependencia, de forma que los pacientes sin dependencia física solicitan más atención rápida.

El concepto de capacidad de respuesta trata de evaluar el desempeño de los sistemas de salud, sobre todo en lo que se refiere a cómo son tratadas las personas por el sistema sanitario, de esta manera ofrece a los gestores información útil para poder priorizar las actividades de mejora del sistema sanitario. Actualmente se ha convertido en una herramienta fundamental para la identificación de las fortalezas y las debilidades de los sistemas de salud.

Este estudio plantea que la percepción de la capacidad de respuesta del sistema de salud puede cambiar en función de variables como el nivel de dependencia que

padecen los pacientes, el tipo de enfermedad que presentan o su nivel socioeconómico.

Para la mayoría de los pacientes, la capacidad de respuesta general fue buena, los porcentajes más altos corresponden a dominios que indican respeto por las personas: dignidad, confidencialidad y comunicación.

En un mundo en el que una de cada seis personas sufre un trastorno mental según la Encuesta de Salud de Cataluña (ESCA) del 2015 (85), y en el que desde el Ministerio de Sanidad mediante la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de salud 2022-2026, se asevera que “la atención a la salud mental de las personas y comunidades es condición indispensable para el desarrollo de calidad de vida y el ejercicio pleno de una ciudadanía en la que se conjuguen los derechos y deberes”(15); es obvio que es imprescindible una reorganización de los sistemas de salud para que puedan adaptarse a una población que está cambiando.

En la bibliografía estudiada, se encuentran pocos estudios dirigidos a la evaluación de la capacidad de respuesta centrada en grupos concretos de población. Sí hay estudios que comparan la capacidad de respuesta entre países como el realizado en 2008 por Valentine et al. (86) que comparaba la capacidad de respuesta de 41 países, o incluso metaanálisis que recogen la información de múltiples estudios sobre la capacidad de respuesta que tenemos hasta ahora. Un gran trabajo que recopila estudios desde el 2011 hasta el 2022, es el de Khan et al. (87) que recoge más de 600 publicaciones.

Hay unos pocos estudios como el estudio Tailandés de Liabsuetrakul et al. (88) en el que han usado el concepto de capacidad de respuesta para la evaluación de subgrupos como la atención a mujeres que dan a luz a sus hijos en hospitales; y otros estudios que evalúan la capacidad de respuesta en pacientes en concreto con VIH (89).

Hay muy pocos estudios que han evaluado la capacidad de respuesta en la atención a paciente mentales. Un ejemplo sería el estudio de Bramesfeld et al. (70). En este estudio se evaluaron pacientes tanto de Atención Primaria como de atención hospitalaria, y se obtuvieron interesantes resultados, como que los mejores dominios

evaluados fueron confidencialidad y dignidad, como en nuestro estudio, y los peores elección, autonomía y calidad de servicios básicos.

Otro estudio que también trabaja en concreto con pacientes con patología mental pero con un volumen de pacientes mucho más pequeño, 74, que en el de Bramesfeld et al. en el que se entrevistaron a 221 personas, es el estudio de Forouzan et al. (90). Fue realizado en Teherán, Irán, y también comparte resultados con nuestro estudio.

También hay algún trabajo que evalúa como afectan factores como el género, la gravedad de la patología y el grado de dependencia física en la satisfacción de los pacientes crónicos complejos, como por ejemplo el reciente estudio de Molina-Mula et al. (91). Entre otras conclusiones, este estudio muestra que la dependencia no sólo se ve afectada por las patologías relacionadas, sino también por cómo afecta la movilidad y las actividades diarias y ello genera una peor percepción de calidad de vida.

Pero la capacidad de respuesta evaluada en subgrupos como los pacientes con enfermedades mentales en el entorno de la atención primaria, sigue estando poco explorada, y en concreto en pacientes con enfermedades mentales y cierto grado de dependencia física, la bibliografía es casi inexistente.

Así pues, queda justificada ampliamente la necesidad de un estudio en concreto trabajando con este grupo de pacientes.

Otro factor que lo hace especialmente interesante es que es el primero en España que evalúa la capacidad de respuesta de la OMS en concreto a los pacientes con enfermedad mental y cierto grado de dependencia, en cada dominio en relación a la atención primaria. El único estudio que tenemos en España, lo hizo la OMS en el año 2000 evaluando la capacidad de respuesta a la población general mayor de 18 años (66). España fue incluida en el grupo de 61 países que la OMS eligió para evaluar, y en concreto en nuestro país se utilizó el modelo breve de la MCSS (65).

Para medir la percepción de calidad de la respuesta a nuestros pacientes, hemos usado el modelo breve del Multi-country Survey Study on Health and Health System's

Responsiveness (MCSS) a los pacientes con enfermedad mental que acudían a las consultas de medicina y enfermería por cualquier motivo en los últimos doce meses.

La utilidad del estudio, radica en determinar los factores que influyen de forma independiente en la capacidad de respuesta de la atención primaria en pacientes con enfermedad mental y cierta dependencia, así como la valoración que se hace de la misma por parte de profesionales sanitarios y gestores de centros. La comparación entre la capacidad de respuesta en cada uno de los dominios y la importancia que se les asignan puede contribuir a la planificación sanitaria, en cuanto a la adaptación de los recursos a las necesidades de los usuarios.

Es completamente necesaria la adaptación de los recursos ya que como dice en el Plan Estratégico para el desarrollo de los Servicio de Salud mental de Asturias (SESPA), queda claro que este tipo de patologías producen una demanda asistencial concreta, por lo que surgen diversas formas de organización, que deben procurar la continuidad, la accesibilidad de los cuidados longitudinal y transversalmente, y asegurar que sean globales e integrales (92).

5.1. Características de los participantes con enfermedad mental

En referencia al sexo, resultó mayor el número de mujeres con enfermedad mental. Este dato concuerda con otros trabajos como el Ramos-Lira (93) en el que los autores concluían que las mujeres presentan prevalencias más altas de sufrir enfermedades mentales y que tienen más probabilidad que los hombres de sufrir depresión y ansiedad.

Respecto a la edad, la mayoría de los pacientes con enfermedad mental fueron menores de 60 años y la mayoría de paciente con enfermedad mental y otras enfermedades crónicas fueron mayores de 60 años.

Estos resultados son acordes con el reciente informe realizado por Unicef en el que se concluye que a nivel mundial 1 de cada 7 adolescentes tiene un problema de salud mental diagnosticado (94). Se obtienen datos similares en Estados Unidos, una

-----*Discusión: características pacientes con enfermedad mental*
encuesta realizada en 2022 muestra que el 42% de la generación Z (los nacidos entre 1995 y 2010) está diagnosticado de un problema de salud mental (95).

Por otro lado, dado que la esperanza de vida ha aumentado y la mortalidad se ha reducido gracias al avance de la ciencia, la tecnología y la medicina, parece evidente que los pacientes con más edad, puedan sufrir más número de enfermedades crónicas (96).

Respecto al estado civil de los pacientes la mayoría de los pacientes con enfermedad mental y/u otras enfermedades crónicas estaban casados o con pareja.

En cuanto a la ocupación, la mayoría de los pacientes con enfermedad mental y otras enfermedades crónicas estaban jubilados, probablemente por el hecho de que la mayoría son mayores de 60 años.

5.2.Valoración de los objetivos del sistema sanitario por pacientes con enfermedad mental

El 63.3% de los participantes valoró que el objetivo del sistema de salud más importante era mejorar la salud para todos.

En cuanto al menos importante, el 85.3% de los participantes valoró como menos importante el aporte económico que cada uno debe hacer para sostener el sistema de salud.

Dentro del MCSS de la OMS, hay unas preguntas dedicadas a la evaluación de los objetivos del sistema sanitario. Los objetivos del sistema sanitario son: mejorar la salud de la población, mejorar la sensibilidad del sistema sanitario y hacer una contribución económica justa.

Es difícil comparar nuestros resultados con los de otros estudios porque no hay un consenso internacional y además cada país varía los objetivos en función de las necesidades del país o incluso de la localidad.

5.3. Importancia de los dominios y valoración de la capacidad de respuesta global de la atención primaria por pacientes con enfermedad mental

Los dominios más valorados por los pacientes con enfermedad mental fueron la atención rápida, la dignidad y la comunicación.

La elección fue el dominio al que se le dio el valor más bajo, junto con autonomía y posteriormente confidencialidad.

En la gran mayoría de los estudios que valoran la capacidad de respuesta tanto la dignidad como la atención rápida ocupan los primeros puestos en importancia. Los resultados de nuestro estudio coinciden con un estudio cuyo objetivo fue probar la aplicabilidad del MCSS de la OMS en Taiwan (97). En este estudio se concluyó que la dignidad, la atención rápida y la confidencialidad eran los dominios considerados más importantes de un sistema de salud por los participantes.

En una investigación realizada por la OMS en 41 países, la mayoría de los participantes seleccionaron como a atención rápida como el dominio más importantes y en segundo puesto la dignidad, como resulta en nuestro trabajo (86). En nuestra estudio la calificación de la atención rápida se ha valorado según los tiempos de espera en la consulta y los tiempo de espera para conseguir una cita con el médico o enfermero del centro de salud.

La autonomía ha sido considerada como poco importante. Resultados similares se pueden encontrar en otros estudios como el de Karami-Tanha (98) realizado con enfermos con insuficiencia cardiaca, y se podría relacionar con que algunos pacientes prefieren que las decisiones las tome el profesional en vez de ellos mismos y también que a menudo, los pacientes no tienen conocimiento sobre lo que será mejor para ellos antes de entrar en la consulta (99). Por ello es esencial la información que se proporciona por el proveedor de salud para la correcta construcción de las preferencias del paciente (54).

También se podría relacionar con que, dado que cada paciente tiene un médico de atención primaria asignado y los pacientes tienen confianza en sus conocimientos, los pacientes prefieren dejar en sus manos la toma de decisiones (100). Justificación

-----*Discusión: Importancia dominios y valoración global*
parecida tiene la poca importancia dada a la confidencialidad puesto que los pacientes confían en su proveedor de salud.

La capacidad de respuesta global fue buena para la mayoría de los pacientes siendo esta probabilidad mayor en los dominios: dignidad, confidencialidad y comunicación.

La capacidad de respuesta fue mala con mayor frecuencia en los dominios: autonomía, elección, atención rápida y calidad de los servicios básicos.

De éstos, solo la atención inmediata fue valorada como buena en importancia pero mala en calidad de respuesta.

La dignidad ha sido el dominio mejor valorado y a la vez de los más importantes para los pacientes. Es ampliamente reconocido que la calidad de la atención no solo depende del tratamiento recibido sino también de la forma en cómo se ofrece el cuidado a nuestros pacientes (101).

La atención rápida es el dominio más importante y con valoración pobre. Será este el aspecto sobre el que el sistema de salud tendrá que actuar de forma prioritaria para mejorar a calidad de atención.

En cuanto a la calidad de los servicios se deben dirigir políticas a su mejora puesto que es la peor valorada.

5.4. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental en relación con las variables sociodemográficas

5.4.1. En relación a la utilización de los servicios de salud

En los 30 días previos a la entrevista que realizamos para obtener la evaluación de la capacidad de respuesta nuestros resultados muestran que más del 80% de los pacientes con enfermedad mental había visitado ya a su proveedor de salud.

En España, al igual que en otros países, se ha producido un incremento de la demanda de las visitas médicas. Este incremento de la demanda se ha atribuido a diversas causas como por ejemplo a una sociedad progresivamente más demandante, a las

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad según variables sociodemográficas*

nuevas generaciones de población inmigrada que no habían sido provistas por gestores y políticos o a la disminución del número de profesionales sanitarios.

Se han propuesto diversos tipos de intervenciones para reducir la presión asistencial ocasionada por las demandas excesivas de visitas . Algunas de ellas son la atención de las enfermedades leves por parte de los profesionales de enfermería, la autogestión de la agenda por parte de los médicos por ejemplo habilitando citas telemáticas, o aplicar iniciativas para la reducción de la carga burocrática como la automatización de la solicitud de pruebas de controles periódicos o cribados (102).

Si estudiamos la situación en concreto en los pacientes con enfermedad mental las cifras de demanda también han ido aumentando en Atención Primaria, probablemente por, entre otros, dos factores: las altas cifras de patología mental entre la población general (se sabe que cerca del 30% de la población actualmente padece un trastorno mental) y al aumento del nivel de resolución de casos psiquiátricos desde el médico de AP, dado que se ha aumentado el conocimiento de estos problemas mediante una mejor preparación de los profesionales (103). El despliegue de los servicios psiquiátricos comunitarios también ha ayudado a la gestión de este tipo de pacientes en el ámbito de AP (104).

5.4.2. En relación al estatus social y nivel educacional

Las medidas tradicionales del estatus socioeconómico como la educación y los ingresos se correlacionan con el estatus social subjetivo, por eso hemos usado éstos parámetros para evaluar la clase social subjetiva y no solo los ingresos (105).

Los pacientes que se consideran de clase social medio-baja califican peor que los de clase medio-alta la capacidad de respuesta global. Este resultado es acorde con el estudio de Forouzan (90), que concluía que los encuestados que designaron su clase social como baja, tenía más probabilidades de experimentar una capacidad de respuesta pobre.

Según nuestros resultados, los pacientes con ingresos inferiores a 900 euros por mes, evaluaban como pobre la capacidad de respuesta en el dominio de autonomía y

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad según variables sociodemográficas*
confidencialidad, así como en confidencialidad para aquellos con un bajo nivel de estudios. Estos hallazgos son consistentes con los de otros estudios como el de Bramesfeld et al. (70), en el que se concluye que en la atención ambulatoria, la capacidad de respuesta fue peor calificada por los menos educados, los más enfermos y los indigentes.

En el trabajo de Tille et al. (106), realizado en pacientes con diferentes patologías que acuden a las consultas del médico general, la confidencialidad aparece también asociada a la situación laboral, siendo valorada como “pobre” por los que tienen un trabajo a tiempo parcial.

Como hemos dicho, aquellos con bajo nivel de estudios también evaluaron pobremente la confidencialidad. Sin embargo, en los pacientes con bajo nivel de estudios, la probabilidad de que la capacidad de respuesta en la atención rápida sea evaluada como pobre se reduce a la mitad, por lo que es más probable que la evalúen como buena.

Las personas de clase social baja reportaron una mejor capacidad de respuesta en el dominio de atención rápida, pero peor en autonomía.

Las personas con clase social baja claramente tienen más difícil el acceso a unos servicios de calidad, esto indica que el sistema de salud responde de manera diferente según los distintos grupos socioeconómicos dentro de la sociedad (107).

Las instituciones deben incluir las acciones necesarias para mejorar la atención en los planes de salud mental de las personas con menos recursos económicos y un bajo nivel de educación. Así, la estrategia de salud mental de Aragón, al ser una de las regiones donde se ha llevado a cabo el estudio, incluye procedimientos y recursos para garantizar el acceso a los servicios y continuidad de la atención (108).

5.4.3. En relación al estado de salud

Si estudiamos el estado de salud y el tiempo de padecimiento de una enfermedad de los pacientes vemos que, en los pacientes con mal estado de salud, la capacidad de respuesta fue valorada como mala en los dominios de atención rápida y dignidad. Sin

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad según variables sociodemográficas*
embargo, por ejemplo en el estudio de Forouzan et al. (109), la evaluación de la dignidad en enfermos mentales que habían sido hospitalizados fue mala para aquellos con un buen estado de salud.

En cuanto al tiempo de padecimiento de la enfermedad, objetivamos que la capacidad de respuesta está relacionada con la duración de la enfermedad mental, ya que es evaluada como mala en el dominio de elección para pacientes con una enfermedad de más de 10 años de evolución. Esto podría explicarse porque con el tiempo, se reduce la posibilidad de elegir nuevos servicios. Sin embargo en el estudio de Bramesfeld et al. (70), concluyen que aquellos que habían sufrido durante mucho tiempo la enfermedad percibían la capacidad de respuesta como buena, lo que se atribuyó a la reducción de las expectativas de estos pacientes.

Nuestras cifras muestran que un 30% de los participantes con enfermedad mental consideraba su estado de salud como malo.

5.4.4. En relación al entorno de los pacientes

Si estudiamos lugar de residencia, a diferencia del estudio de Gabrani J. et al. (110), la capacidad de respuesta en atención rápida fue peor valorada por los pacientes que viven en zonas urbanas.

Otros estudios obtienen también pobre evaluación del dominio de atención rápida en núcleos urbanos grandes como en un estudio que evaluó a pacientes residentes en grandes núcleos urbanos Alemanes o en un estudio realizado por la OMS en España en el año 2000 (70) (68).

Para tratar de paliar esta situación, deben ser implementadas medidas como la mejora de la organización de tiempos y una adecuada asignación de tareas entre los profesionales de atención primaria, así como la realización de intervenciones de educación para la salud del paciente (111).

5.5. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental en cada dominio

5.5.1. Dignidad

La dignidad fue el dominio mejor valorado, lo que implica que las personas con enfermedades mentales perciben un trato respetuoso y sin estigmatización por parte de los profesionales de Atención Primaria.

Es esencial preservar la dignidad de los pacientes cuando hacen uso del sistema de salud y para ello esta necesidad se incluye en la mayoría de las declaraciones de políticas sanitarias dedicadas a los profesionales sanitarios como por ejemplo en la Declaración de Ámsterdam, donde se expone que los pacientes tiene el derecho a ser tratado con dignidad, aspecto que debería traducirse en respecto también de su cultura y valores (112).

Existen varios estudios tales como el estudio de Luo (113) hecho en China en 2013 o el estudio israelí hecho en 2007 por Goldwag y Rosen (114), que han obtenido la dignidad como el mejor dominio evaluado.

El sistema nacional de salud de España protege el derecho a la salud de los españoles y su eje central se sustenta en la importancia de este derecho en las relaciones clínico-asistenciales. Este derecho está más interiorizado y ello se refleja en este estudio en una buena capacidad de respuesta en el dominio de dignidad.

5.5.2. Confidencialidad

El segundo puesto fue para la confidencialidad. Obtuvimos una valoración como “buena” en el 94.7% de los pacientes, lo que implica que los pacientes confían en que la información que dan a los proveedores de salud sobre su enfermedad, se mantendrá en privado. La confidencialidad se refiere a la conservación de los datos personales, y esto es un importante aspecto en estos pacientes ya que, cuando esto no está garantizado, puede haber una negativa a compartir la información (115).

En el presente estudio, la mayoría de los participantes valoraron esta dimensión como buena al indicar generalmente un alto grado de confianza en los médicos de familia que les atienden.

El sistema de salud español ha construido un ambiente de confianza y respeto a la privacidad y ha sabido promover la confidencialidad; ello ha contribuido a la implantación de la Ley de Protección de datos de 1999 de carácter personal que considera a los datos personales sobre la salud como datos especialmente protegidos (116).

La confidencialidad se encontró en el segundo puesto también en un estudio sudafricano realizado en 2012 por Peltzer et al. que evaluaba los afiliados al Sistema de Seguro Nacional de Salud; y también en el estudio israelí de Goldwag et al. (114) que incluyó a 1236 entrevistados mayores de 22 años de la población general.

Esta respuesta puede estar influenciada porque los pacientes saben que existe el secreto profesional en el ámbito médico y que es deber de todos los profesionales de la atención médica (117). Pese a que hemos obtenido estos resultados, se ha estudiado que los pacientes tienen cierta incertidumbre acerca de los límites del secreto de los médicos como se objetivó en el estudio Forouzan et al. (90) en el que se estudiaron también pacientes con enfermedad mental.

5.5.3. Comunicación

La comunicación ocupa el tercer puesto entre los que mejor responden a las expectativas de nuestros pacientes. Este resultado también es común a otros estudios como el reciente estudio de Debebe et al. del 2022 (118) o el realizado en 2007 de Goldwag y Rosen (114).

Hasta el 2014, durante la formación profesional los médicos no recibíamos un entrenamiento formal en comunicación médico-paciente, sin embargo, cuando la comunicación es inadecuada, los pacientes se comprometen menos y los tratamientos tienen más probabilidad de fracasar, por lo que la comunicación es un factor crítico. La

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad en cada dominio*
buena comunicación médico-paciente, podría permitir obtener mejor información, diagnósticos precisos, brindar indicaciones apropiadas y fortalecer el vínculo, lo que en conjunto repercute sobre la satisfacción del usuario (119).

Algunos autores argumentan que se ha desgastado la relación entre médicos y pacientes, generando sentimientos de frustración en ambos, por ejemplo por la relación vertical ejercida por parte de algunos médicos (120); por ello surgió la atención centrada en el paciente, que los identifica como iguales haciéndolos corresponsables al participar en la planificación de sus cuidados. Con este método se logra mejorar la relación médico-paciente, puesto que existe una convergencia entre la exploración de la dolencia y enfermedad y el entendimiento de la persona mediante la comunicación, como un todo y la elaboración de un proyecto en común (121).

Por otro lado, en los últimos años esta habiendo un cambio en el entorno socio-económico español que influye de forma directa en la comunicación del personal sanitario con el paciente. Hay dos aspectos evidentes: los pacientes vienen más informados ya que tiene acceso a nuevas tecnologías y medios de comunicación; y por otro lado, la implementación de nuevas tecnologías en las consultas como intranet o la receta electrónica. Además la información ha adquirido más importancia haciendo palpable la importancia del consentimiento informado y del acceso libre a la historia clínica electrónica (122).

El nuevo enfoque que tiene el paciente y el hecho de que los médicos no recibimos un entrenamiento formal con buen aprendizaje eficaz en comunicación médico-paciente, hace que sea conveniente invertir en formación para que las habilidades en comunicación sean entrenadas y posteriormente mantenidas a través de la práctica (123) (124).

En los resultados, en lo referido a la comunicación, hemos encontrado una capacidad de respuesta “mala” en los pacientes con estudios primarios y secundarios, aunque las diferencias no son significativas. Estos hallazgos son coincidentes con los de Tille et al. (106), que describen esta relación con los que tienen estudios intermedios. Las

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad en cada dominio*
diferencias encontradas respecto a nuestro estudio pueden deberse a que nosotros hemos valorado la capacidad de respuesta en la atención primaria, donde las personas con enfermedad mental pueden ser atendidas por su enfermedad o por otros procesos, a diferencia de los servicios de salud mental.

Las instituciones deben incluir las acciones necesarias en planes de salud mental para mejorar la atención en los de las personas con menos recursos económicos y bajo nivel educativo. En Aragón, una de las regiones donde se ha llevado a cabo el estudio, la estrategia de salud mental incluye procedimientos y recursos para garantizar el acceso a los servicios y la continuidad de la atención (108).

Por último, otro aspecto que afecta de manera directa en el ámbito de la Atención Primaria entre otros es la limitación del tiempo y interrupciones durante la consulta (125).

5.5.4. Autonomía

Frecuentemente, la capacidad de respuesta se calificó como mala en el dominio de autonomía y en los dominios que se refieren a la prestación de servicios: la elección, la atención rápida y la calidad de servicios básicos.

Otros estudios encuentran resultados similares, como en los servicios de salud mental de Irán, donde la atención rápida, la calidad de los servicios básicos y la autonomía fueron los dominios en relación con la capacidad de respuesta con peor valoración; o en Alemania, ocurrió lo mismo en la valoración de los dominios de los servicios básicos y de autonomía (70) (109).

Actualmente en nuestros resultados, la autonomía ocupa el cuarto puesto, un 12.7% de pacientes calificaron este dominio como malo.

Se ha sugerido que haciendo algunos “ajustes” en la interacción entre los profesionales de la salud y los pacientes, como mantener una relación más empática, se puede conseguir una herramienta que permita mejorar su participación y así promover su autonomía (126). Las personas con enfermedad mental desean una participación más activa en los tratamientos y planificación, por lo tanto, la atención primaria es la

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad en cada dominio*
ubicación óptima para los servicios de salud mental debido a las posibilidades de continuidad de la atención y de mantenimiento de estrechas relaciones terapéuticas, que es de suma importancia para los pacientes (127) (128). Por eso promover ciertos comportamientos en las instituciones y en los profesionales, podría contribuir a reducir actitudes sobreprotectoras en el tratamiento de estos pacientes.

Factores como la falta de confianza, la falta de conocimientos del médico sobre la patología del pacientes o las opciones de tratamiento o la comorbilidad, afectan a la voluntad el paciente para participar en la toma de decisiones (129). Por este motivo, en ocasiones los médicos no saben evaluar las preferencias de los pacientes y por ello, los médicos deben tratar de involucrar a los pacientes en el proceso de toma de decisión tanto como sea posible porque además, se ha demostrado que la toma de decisiones compartida mejora la atención y reduce costos (130).

En resumen, nuestros resultados, en coherencia con la literatura, señalan que los dominios que se relacionan con el respeto por las personas; la confidencialidad, la dignidad y la comunicación, son los que mejores resultados han obtenido. Estos dominios aseveran que la preservación de la dignidad en el ámbito de la intimidad física, la comunicación de la información, la autonomía y la interacción respetuosa médico-paciente deben ser los fundamentos básicos de cada tratamiento de salud y en general, de cada paso de la actividad asistencial (101).

5.5.5. Elección del proveedor de salud

En cuanto a la elección del proveedor del cuidado de la salud, se clasifica según nuestros resultados con el quinto puesto.

Estos malos resultados en la capacidad de respuesta de este dominio se deben generalmente a que los sistemas de salud no facilitan que los pacientes puedan elegir a sus proveedores. De hecho, en este aspecto los pacientes con enfermedad mental tienen menos oportunidades de libre elección, tal y como muestra este estudio alemán (70) que justifica este hecho con la escasez de instalaciones y a la falta de información

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad en cada dominio*
sobre servicios y tratamientos alternativos, agravado además porque muchos pacientes tienen que someterse a tratamientos coercitivos.

También complica la situación el hecho de que un número importante de pacientes no sabe cuál es el proceso de elección del proveedor de salud. Esta situación también se describe en un estudio realizado en Tailandia en el que las pacientes no saben que pueden elegir médico (88).

5.5.6. Atención rápida

La atención rápida se encuentra en el sexto lugar, este dato en nuestros resultados significa que la capacidad de respuesta en cuanto a atención rápida no responde bien a las expectativas de los enfermos mentales.

Este resultado ha sido obtenido también por otros estudios los cuales justifican este resultado por diferentes causas como la alta presión asistencial, la mala actitud de los proveedores de salud o la mala calidad de los servicios públicos (89) (98) (131).

Por ejemplo el estudio de Liu et al. (132) sostiene que la percepción de mala capacidad de respuesta de la atención rápida puede explicarse por la mayor demanda en atención primaria que aumenta el tiempo para ser asistido. Los pacientes tienen cita a una hora determinada, pero cuando la demanda asistencial es como hemos dicho, alta, el tiempo entre citas se acorta y a veces se duplican pacientes en una sola cita, lo cual lleva a tiempos de espera largos (133).

Actualmente en el día a día, el tiempo que se dedica a cada paciente es cada vez menor, aunque el tiempo que se le dedica a los pacientes es clave en el proceso de atención médica además de ser un indicador de la accesibilidad a los servicios de atención primaria (133) (111).

Esto sugiere que hay grandes limitaciones operativas del personal sanitario por dicha sobrecarga asistencial, lo cual creará una mayor insatisfacción del paciente, pero también del personal médico.

-----*Discusión: Evaluación de la capacidad en cada dominio*

Además, este es el dominio que obtuvo la puntuación más alta en importancia y mala calidad de respuesta, datos que concuerdan con el estudio de Bestvater et al. (134) en el que se asevera que el tiempo de espera es uno de los principales componentes de la satisfacción del paciente.

5.5.7. Calidad de los servicios básicos

La calidad de los servicios básicos es el dominio peor valorado por los enfermos mentales. Un 50.9% de los pacientes ha valorado deficientemente este dominio.

Este mismo resultado ha sido obtenido en un reciente estudio realizado en 2015 y otro realizado en varios países en 2003 (90) (135). En el estudio del 2015, se reclutaron a 74 paciente en Teherán y concluyó que los dominios de autonomía y calidad de los servicios eran los peor valorados por los participantes. En el estudio llevado a cabo en 2003 por Valentine et al. en 41 países, también se valoró como pobre este dominio.

Hay varios ejemplos en la literatura donde se asevera que la calidad de las instalaciones es importante para los pacientes a la hora de calificar la capacidad de respuesta (6) (54). En el estudio de Mira et al. (136) se identificaron como aspectos clave para los pacientes en la atención sanitaria el trato humano y personalizado, la empatía de los proveedores de salud, la capacidad de repuesta del sistema de salud, la calidad de la información que facilita el personal sanitario y la confortabilidad de las instalaciones.

5.6. Características de los participantes con enfermedad mental con cierto grado de dependencia física

En cuanto al sexo, resultó más frecuente entre mujeres padecer algún grado de dependencia. Este dato también se obtuvo en un estudio realizado en España a 195 pacientes y se relacionó, como una de las posibles causas de que la dependencia sea más habitual en mujeres, que éstas tienen una mayor esperanza de vida (137).

-----*Discusión: Características de los pacientes con enfermedad mental y dependencia*

Respecto al grado de dependencia, la media de la puntuación en el índice de Barthel fue de 87.8 puntos, es decir una dependencia moderada (79).

Respecto al estado civil, hay más personas viudas entre los pacientes con dependencia que entre los independientes.

En relación a la utilización de los servicios de salud, en general los pacientes independientes acuden más a las consultas de los proveedores de salud.

En relación con el nivel de estudios, los pacientes independientes tienen nivel de estudios superior y es más frecuente que ganen más de 900 euros al mes.

En relación al estado de salud, la media de la puntuación en el estado de salud era más baja en los pacientes dependientes.

5.7. Evaluación de la capacidad de respuesta evaluada por los pacientes con enfermedad mental según su grado de dependencia en cada dominio

La hipótesis que planteamos es que la capacidad de respuesta del sistema de salud valorada por los enfermos mentales con algún grado de dependencia será peor que la valorada por los enfermos mentales sin dependencia funcional, y después de haber terminado nuestro trabajo, podemos afirmar que la hipótesis se confirma únicamente en el dominio de confidencialidad.

Los dominios de dignidad, comunicación, autonomía también han sido dominios claramente peor valorados por los pacientes con enfermedad mental y cierto grado de dependencia, pero los resultados no han sido estadísticamente significativos.

Al comparar la evaluación de la capacidad entre pacientes independientes y dependientes, los independientes valoran peor el dominio de la calidad de los servicios básicos.

Discusión: Evaluación de la capacidad en pacientes con enfermedad mental y dependencia-----

Los pacientes sin dependencia funcional, también han valorado peor los dominios de elección y la atención rápida, pero los resultados no han sido estadísticamente significativos.

Sí hay asociación significativamente estadística en el uso de la atención rápida y el grado de dependencia, así pues los pacientes sin dependencia física solicitan más atención rápida.

La evaluación de la capacidad global de respuesta fue peor valorada por los pacientes dependientes, aunque no obtuvimos diferencias significativamente estadísticas.

Hay muy poca bibliografía sobre la evaluación de la capacidad de respuesta con pacientes con dependencia física, pero podemos encontrar algunos interesantes estudios que obtuvieron resultados acordes con los nuestros.

5.7.1. Confidencialidad

El 8.5% de los pacientes con enfermedad mental y con cierta dependencia ha evaluado como pobre la capacidad de respuesta.

Nuestros resultados van en consonancia con el estudio de Habibullah (138) del 2012, quién evaluó la capacidad de respuesta en pacientes con dependencia física en Pakistan y también obtuvo malos resultados en los dominios del respeto a las personas, dignidad, confidencialidad, comunicación y autonomía.

Es este estudio del 2012 se comentan como posibles causas de la mala evaluación del dominio de confidencialidad: el hacinamiento de los hospitales (poco aplicable a nuestro ámbito ya que los pacientes están en nuestra consulta), en cuanto a que los pacientes son explorados y entrevistados delante de otros; la cultura, en el artículo se enfoca como una característica íntimamente ligada a la cultura pakistaní (desigualdades hombre-mujer en cuanto al acceso a información de resultados de pruebas...); la falta de sensibilidad de los proveedores de atención médica, en relación a la exposición de resultados o discusión de situaciones personales sin empatía o

Discusión: Evaluación de la capacidad en pacientes con enfermedad mental y dependencia-----

importancia; y a la falta de confidencialidad de los registros médicos, ya que en el ámbito en el que se hizo este estudio (hospitales federales de gobierno) cualquier persona podía acceder a información del paciente porque “no se hicieron esfuerzos especiales para mantener la confidencialidad de los registros ya que los archivos eran fácilmente accesibles”(138).

En otro reciente estudio hecho en el 2023 se evaluaron pacientes con cierto grado de discapacidad y VIH positivo, y también valoraron el dominio de confidencialidad como malo (139).

En pacientes sin dependencia física, hay estudios que han obtenido malos resultados en este dominio. Por ejemplo, un estudio realizado en Tailandia en que se evaluó a mujeres que habían dado a luz en un hospital o en otro en el que se evaluó a población general en China (88) (113). Ambos estudios, posicionan el dominio de confidencialidad en penúltimo lugar.

5.7.2. Autonomía

Este dominio es peor evaluado por un 16.3% de los pacientes con enfermedad mental y cierto grado de dependencia frente a un 10.9% de los pacientes sin dependencia funcional, pero estas diferencias no son significativamente estadísticas.

En el trabajo de Habibullah (138), se estudió también cuáles podrían ser los factores que influían en la mala valoración del dominio de autonomía en los pacientes con cierta dependencia. Se concluyeron cuatro aspectos: toma de decisiones conjunta por parte del paciente, el proveedor de salud y la familia, ya que los proveedores de salud creen que “las personas con discapacidad a menudo tenían menos educación y menos experiencia del mundo exterior y carecían de la confianza en sí mismos para tomar decisiones por sí mismos”; toma de decisiones por parte de los proveedores sin contar con la opinión del paciente; barrera cultural, puesto que “debido a factores culturales influencias familiares jugaron un papel importante en la toma de decisiones sobre atención médica”; y la dependencia de la familia, puesto que la dependencia financiera

y un “puesto bajo” en la estructura familiar fue reportado como un aspecto adverso en la autonomía.

En un estudio realizado en hospitales de China en 2013 y en otro realizado en Sud África en 2008 en el que se recogió una muestra de 3840 personas, el dominio de autonomía está entre los dominios peor valorados (113) (11).

5.7.3. Dignidad

Un 4% de los pacientes con enfermedad mental y cierto grado de dependencia valoran como pobre este dominio frente a un 3% de pacientes con enfermedad mental independientes, pero las diferencias no son significativamente estadísticas.

Un interesante estudio, publicado este mismo año, que evalúa pacientes con VIH y cierto grado de dependencia muestra como peor dominio el de dignidad (139).

Según este estudio, los pacientes refieren que no reciben un trato digno puesto que, pese a que le dan cierta prioridad a la hora de ser atendidos, la mayoría sienten que a los proveedores de salud “no les importan los pacientes con cierta dependencia física”.

En el estudio de Habibullah (138) se estudian posibles aspectos que pueden llevar a una mala capacidad de respuesta en este dominio: falta de respeto generalizada a nivel de sociedad hacia personas con dependencia física, saturación del sistema sanitario, falta de preparación de los proveedores de salud en el trato a estos pacientes o tratamiento de los mismos poco gratificante para los profesionales sanitarios.

5.7.4. Comunicación

En cuanto a la comunicación los pacientes con enfermedad mental con o sin dependencia funcional, evalúan prácticamente igual este dominio. No se han encontrado diferencias significativamente estadísticas.

Discusión: Evaluación de la capacidad en pacientes con enfermedad mental y dependencia-----

Hay estudios que relacionan su mala capacidad de respuesta en los pacientes con cierto grado de dependencia con la falta de tiempo que se dedica a los pacientes en cada consulta (140). También se hace referencia a la “impaciencia” de los proveedores de salud cuando explican ciertos procedimientos, resultados de pruebas o tipos de tratamiento, que podría relacionarse o no con el tiempo que se dispone en cada consulta (141).

Por otro lado, se ha estudiado que podría ser una barrera para la buena evaluación de la comunicación el “estilo de comunicación de los proveedores de salud” siendo ésta inapropiada para el nivel de comprensión de ciertos pacientes, detalle que se debe tener muy presente habiendo, además obtenido entre nuestros resultados que los pacientes con cierto grado de dependencia habitualmente tiene peor nivel de estudios (140).

5.7.5. Calidad de los servicios básicos

En nuestro trabajo la gran mayoría de los pacientes independientes, el 73.4%, evaluaron como pobre la capacidad de respuesta de este dominio, frente a 26.6%.

Es posible que dado que los pacientes independientes, consideran poco importante a calidad de las instalaciones, sea más fácil obtener una buena valoración en este grupo. Son necesarios más estudios para profundizar en los factores que llevan a este resultado.

5.7.6. Atención rápida y elección del proveedor

Los dominios de atención rápida y de elección del proveedor son los dos dominios orientados al paciente que fueron mejor evaluados por los pacientes con cierto grado de dependencia que por los pacientes independientes, aunque este resultado no es estadísticamente significativo.

No se ha encontrado estudios con este mismo resultado.

Discusión: Evaluación de la capacidad en pacientes con enfermedad mental y dependencia-----

En cuanto a la atención inmediata, resultó uno de los dominios peor valorados junto con la elección en los pacientes con enfermedad mental, siendo el más importante sin embargo para estos pacientes en general; se podría esperar que los pacientes dependientes por su condición de dependencia sean valorados más rápidamente como vemos en el estudio de Kibet et al. (139), y que por ello valoren mejor este dominio.

En cuanto a la elección, es un dominio mal valorado como hemos dicho, pero sin embargo entre los pacientes independientes es el de menos valor, con lo que podría resultar más sencillo una calificación mejor que en los que tiene algún grado de dependencia.

Son necesarios más estudios para profundizar en los factores que llevan a estos resultados.

5.8. Limitaciones del estudio

La principal limitación de este estudio es el sesgo de selección debido a que se ha realizado un muestreo consecutivo, seleccionando la muestra entre los pacientes que acudían a las consultas de atención primaria y cumplían los criterios de inclusión.

El sesgo de información se ha minimizado al realizar las entrevistas con encuestadores entrenados, además de por la utilización de un cuaderno de recogida de datos diseñado *ad hoc* para el estudio.

En este estudio, se estudiaron siete de los ocho dominios definidas por la OMS, dado que una de ellas no es aplicable a los servicios de atención primaria.

6. CONCLUSIONES-----

Terminado el análisis de los datos analizados podemos concluir:

1. Evaluación de la capacidad de respuesta por los pacientes con enfermedad mental y dependencia

- La capacidad de respuesta del sistema de salud valorada por los enfermos mentales con algún grado de dependencia es peor que la valorada por los enfermos mentales sin dependencia funcional, en el dominio de confidencialidad.
- Los pacientes independientes valoran peor el dominio de la calidad de los servicios básicos.
- Hay asociación significativamente estadística en el uso de la atención rápida y el grado de dependencia, así pues los pacientes sin dependencia física solicitan más atención rápida.

2. Evaluación de la capacidad de respuesta por los pacientes con enfermedad mental

- La capacidad de respuesta global fue buena para la mayoría de los pacientes, siendo esta probabilidad mayor en los dominios: dignidad, confidencialidad y comunicación.
- La capacidad de respuesta fue mala con mayor frecuencia en los dominios: autonomía, elección, atención rápida y calidad de los servicios básicos.
- Los dominios considerados como más importantes fueron la atención rápida, la dignidad y la comunicación. La elección fue el dominio menos importante, junto con autonomía y confidencialidad.
- La atención rápida fue valorada como más importante pero con mala calidad de respuesta, por lo que es identificada como un área prioritaria para realizar estrategias de mejora en la Atención Primaria.

3. Identificar qué variables sociodemográficas y clínicas que se asocian a una valoración mala de la capacidad de respuesta

- Los pacientes con clase social subjetiva medio-alta no ven cumplidas sus expectativas con respecto a la limpieza en el cuidado de la salud.
- La capacidad de respuesta está relacionada con la duración de la enfermedad mental, ya que es evaluada como pobre en el dominio de elección para pacientes con una enfermedad de más de 10 años de evolución.

4. Determinar las diferencias en la capacidad de respuesta según el entorno de los pacientes, según los ingresos económicos y según el nivel de estudios.

-En relación con el entorno: la capacidad de respuesta en atención rápida fue peor valorada por los pacientes que viven en zonas urbanas >50000 habitantes.

-En relación con ingresos económicos: para aquellos con ingresos de 900 o más euros al mes, la probabilidad de calificar la capacidad de respuesta como mala en relación a la confidencialidad se multiplicaba por 3.

-En relación al nivel de estudios: en aquellos con un alto nivel de estudios, la probabilidad de calificar la respuesta como mala en términos de confidencialidad fue multiplicado por 2.7 y por 0.5 en atención rápida.

7. BIBLIOGRAFÍA-----

1. Balint M, Ball DH, Hare ML. Adjusting of medical students to medicine centered on the patient. *Rev Med Psychosom Psychol Med*. 1970;12(2):131-43.
2. Smoliner A, Hantikainen V, Mayer H, Ponocny-Seliger E, Them C. Development and test-theoretical analysis of an instrument for data collection on patients' preferences and experiences concerning participation in nursing care decisions in acute hospitals. *Pflege*. 2009;22(6):401-9.
3. Cañete R, Guilhem D, Brito K. Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*. 2012;18(1):121-7.
4. Légaré F, Turcotte S, Stacey D, Ratté S, Kryworuchko J, Graham ID. Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice. *The Patient*. 2012;5(1):1-19.
5. Murray CJL, Frenk J. Sistemas de salud Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud. *Bull World Health Organ*. 2000;78(6):717-31.
6. Musgrove P, Creese A, Preker A, Baeza C, Anell A, Thomson P. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000; Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
7. Gostin LO, Hodge JG, Valentine N, Nygren-Krug H, Organization WH. The domains of health responsiveness: a human rights analysis. 2003;
8. De Silva A. A framework for measuring responsiveness. World Health Organization Geneva; 2000.
9. Melo D da S, Martins RD, de Jesus RPFS, Samico IC, Santo ACG do E. Assessment of the responsiveness of a public health service from the perspective of older adults. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 2017;51. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5477718/>
10. Ebrahimipour H, Vafaei Najjar A, Khani Jahani A, Pourtaleb A, Javadi M, Rezazadeh A, et al. Health System Responsiveness: A Case Study of General Hospitals in Iran. *Int J Health Policy Manag*. 2013;1(1):85-90.

11. Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. Patient experiences and health system responsiveness among older adults in South Africa. *Glob Health Action*. 2012;5(1):18545.
12. Pedro-Cuesta J, Noguer I, Garcia Lopez FJ, Rodriguez-Blazquez C. *Salud Mental y Salud Pública en España: Vigilancia epidemiológica*. 2018;
13. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382(9904):1575-86.
14. Giner J, Saiz Ruiz J, Bobes J, Zamorano E, López F, Hernando T, et al. Spanish consensus on the physical health of patients with depressive disorders. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2014;195-207.
15. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud Período 2022-2026* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Estrategia-Salud-Mental-2022-2026.pdf>
16. Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta Europea de Salud en España (EESE)* [Internet]. 2020. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/EncuestaEuropea2020/EESE2020_inf_evol_princip_result.pdf
17. World Health Organization. *Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact: Scientific brief* [Internet]. 2022 mar. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mental_health-2022.1
18. World Health Organization. *Suicide worldwide in 2019 Global Health Estimates* [Internet]. Disponible en: <file:///Users/DMuseros/Downloads/9789240026643-eng.pdf>
19. Fonseca-Pedrero E, Inchausti F, Pérez-Gutiérrez L, Aritio Solana R, Ortuño-Sierra J. Ideación suicida en una muestra representativa de adolescentes españoles. *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018;11(2):76-85.
20. Grupo de Trabajo Depresión y suicidio en Urgencias y Emergencias hospitalarias. *Depresión y suicidio en Urgencias y Emergencias hospitalarias Un análisis multidisciplinar para optimizar el abordaje de estos pacientes sin descuidar la salud*

- mental de los profesionales. Fundación de ciencias del medicamento y productos sanitarios; 2021 jun.
21. Ministerio de Sanidad. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. [Internet]. 2022 may. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
 22. Real academia española. Real academia española. En 2022. Disponible en: <https://www.rae.es/>
 23. Clínica de Navarra. Diccionario médico. En. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/dependencia#:~:text=Necesidad%20de%20ayuda%20y%20protecci%C3%B3n,de%20maduraci%C3%B3n%20y%20de%20autonom%C3%ADa.>
 24. Ribera Casado J.M. LA DEPENDENCIA: TAMBIÉN UN PROBLEMA MÉDICO. Fund Caser [Internet]. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/ribera.ladependenciatbunproblemamedico_5.pdf
 25. Feng F, Lu B, Mi H. BARTHEL INDEX AND ITS ASSOCIATED HEALTH AND LIFE YEARS INDICATORS. Innov Aging. 2018;2(S1):535-6.
 26. Asociación estatal de directoras y gerentes en Servicios Sociales. XXII Dictamen del Observatorio de la Dependencia [Internet]. 2022. Disponible en: <https://directoressociales.com/xxii-dictamen-del-observatorio-de-la-dependencia/>
 27. Fundación Ramón Areces. EL FUTURO DEL ENVEJECIMIENTO. 2019;(21). Disponible en: <https://www.fundacionareces.es/recursos/doc/portal/2019/07/17/revista-franum-21-el-futuro-del-envejecimiento.pdf>
 28. Alfageme A. LA VEJEZ YA NO LLEGA A LOS 70. LLEGA AL CONVERTIRNOS EN DEPENDIENTES. Solidar Intergeneracional [Internet]. julio de 2022; Disponible en: <https://solidaridadintergeneracional.es/wp/la-vejez-ya-no-llega-a-los-70-llega-al-convertirnos-en-dependientes/>
 29. Office for National Statistics. Living longer: how our population is changing and why it matters Overview of population ageing in the UK and some of the implications for the economy, public services, society and the individual. [Internet]. UK; 2018. Disponible en:

- file:///Users/DMuseros/Downloads/Living%20longer%20how%20our%20population%20is%20changing%20and%20why%20it%20matters.pdf
30. Ministerio de derechos sociales y agenda 2030. ACUERDO PARA LA PUESTA EN MARCHA DEL PLAN DE CHOQUE EN DEPENDENCIA EN 2021 [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.mayoresudp.org/wp-content/uploads/2021/01/plan-dependencia.pdf>
 31. Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2030 [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
 32. Gobierno de España. PLAN DE RECUPERACIÓN, TRANSFORMACION Y RESILIENCIA [Internet]. 2021 jun. Disponible en: https://www.lamoncloa.gob.es/temas/fondos-recuperacion/Documents/160621-Plan_Recuperacion_Transformacion_Resiliencia.pdf
 33. Gómez-Fajardo CA. Los textos hipocráticos y su vigencia: elementos para la formación humanística del médico en el siglo xxi. *Pers Bioet.* 2019;23(2):194-206.
 34. Lamouret Colom G, García Nieto MT. Comunicar la humanización de la atención hospitalaria. Un ejercicio de responsabilidad social en los hospitales de Madrid. *Doxa Comun.* abril de 2020;(30):187-210.
 35. Suárez Cuba MA. MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE. *Rev Médica Paz.* 2012;18(1):67-72.
 36. Clever SL, Ford DE, Rubenstein LV, Rost KM, Meredith LS, Wang NY, et al. Primary care patients' involvement in decision-making is associated with improvement in depression. *Med Care.* 2006;44(5):398-405.
 37. Aboumatar HJ, Carson KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. The impact of health literacy on desire for participation in healthcare, medical visit communication, and patient reported outcomes among patients with hypertension. *J Gen Intern Med.* 2013;28(11):1469-76.
 38. Epstein RM, Fiscella K, Lesser CS, Stanger KC. Why the nation needs a policy push on patient-centered health care. *Health Aff (Millwood).* 2010;29(8):1489-95.
 39. Steward M, Brown JB, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract.* 2000;49(9):796-804.

40. Organización Mundial de Salud. Sistemas de Salud. Acerca de los sistemas de salud. [Internet]. 2015. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>
41. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians [Internet]. Gobernment of Canada; 1981. Disponible en: <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
42. Cabo Salvador J. Los Sistemas Sanitarios y sus Objetivos [Internet]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-objetivos.html#:~:text=La%20equidad%2C%20es%20la%20manera,o%20lugar%20de%20residencia%2C%20etc.>
43. Estado español. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud [Internet]. Boletín del Estado Español; 2003. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
44. Sampietro L, Elvira D. El sistema sanitario [Internet]. Universitat Oberta de Catalunya; 2014. Disponible en: https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/79345/1/El%20sistema%20sanitario%20en%20la%20Sociedad%20de%20la%20informaci%C3%B3n.%20La%20salud%20electr%C3%B3nica_M%C3%B3dulo%201_El%20sistema%20sanitario.pdf
45. Cabo-Salvador J, Cabo-Muiños J, Iglesias JR. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU [Internet]. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
46. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia. Ley 14, 1986, de 25 de Abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado. Boletín Oficial del Estado.; 1986.
47. Agencia Estatal. Ley 16/2012 [Internet]. Boletín Oficial del Estado; 2012. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-15650>
48. Organización de Consumidores y Usuarios. Comparación de sistemas sanitarios europeos [Internet]. OCU. Disponible en: <https://www.ocu.org/salud/derechos-paciente/noticias/dos-modelos-de-sanidad>
49. Organización Mundial de Salud. Atención primaria de salud [Internet]. 2021 Abril. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
50. Gobierno de España. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023 [Internet]. 2021. Disponible en:

- https://www.sanidad.gob.es/profesionales/excelencia/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion Primaria.pdf
51. Valdivia C. La política de parcheo está hundiendo el sistema sanitario español. El Esp [Internet]. Enero de 2022; Disponible en: https://www.elespanol.com/eldigitalcastillalamancha/opinion/el-comentario/20220113/politica-parcheo-hundiendo-sistema-sanitario-espanol/642055799_12.html
 52. Amnistía Internacional. Atención Primaria: exceso de buenas palabras, escasez de recursos efectivos [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/atencion-primaria-exceso-de-buenas-palabras-escasez-de-recursos-efectivos/>
 53. Robone S, Rice N, Smith P. Health Systems' Responsiveness and Its Characteristics: A Cross-Country Comparative Analysis. Health Serv Res. 2011;46(6):2079-100.
 54. Valentine NB, De Silva A, Kawamata K, Darby C, Murray CJL, Evans DB. Health System Responsiveness: Concepts, Domains and Operationalization. Health (N Y). enero de 2003;3(10):573-96.
 55. Ustun TB, Chatterji S, Villanueva M, Bendib L, Çelik C, Sadana R, et al. The WHO Multicountry Household Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001 [Internet]. World Health Organization; 2003. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/224921993_The_WHO_Multicountry_Household_Survey_Study_on_Health_and_Responsiveness_2000-2001
 56. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Härter M. The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. Patient Educ Couns. enero de 2007;65(1):69-78.
 57. Darby C, Valentine N, Murray CJL, De Silva A. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) : STRATEGY ON MEASURING RESPONSIVENESS [Internet]. World Health Organization; 2003. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/68703/a84044.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 58. Blendon RJ, Kim M, Benson JM. The public versus the World Health Organization on health system performance. Health Aff (Millwood). 2001;20(3):10-20.

59. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, Moloney TW, McMullen W, Walker JD. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood)*. 1991;10(4):254-67.
60. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, Boerma WGW, Van Der Eijk I. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bull World Health Organ*. 2004;82(2):106-14.
61. Valentine NB, Bonsel GJ, Murray CJL. Measuring quality of health care from user's perspective in 41 countries: psychometric properties of WHO's questions on health systems responsiveness. *Qual Life Res*. 2007;16(7):1107-25.
62. De Silva A, Valentine N. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries [Internet]. World Health Organization; 2000. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67781/a78638.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
63. Valentine N, Prasad A, Nigel R, Robone S, Chatterji S. Health system responsiveness: a measure of the acceptability of health-care processes and systems from the user's perspective. *Camb University Press*. 2009;138-86.
64. WHO [Internet]. [citado 1 de marzo de 2018]. WHO | Responsiveness Questionnaires. Disponible en: <http://www.who.int/responsiveness/surveys/en/#>
65. Üstün TB, Chatterji S, Salomon J, Cao Y, Wan Jun W, Özaltin E, et al. WHO Multi-Country Study on Health and responsiveness 2000-2001. *GPE Discuss Pap*. 2003;(37).
66. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, Çelik C, Sadana R, Valentine NB, et al. WHO Multi-Country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001. *Health System Performance Debates Methods And Empiricism WHO*. 2003;761-96.
67. World Health Organization. Health system responsiveness. Responsiveness questionnaires: brief 60 min questionnaire (Spanish). [Internet]. World Health Organization; 2001. Disponible en: www.who.int/responsiveness/surveys/es/#
68. IHSN (International Household Survey network). IHSN Survey Catalog. Spain Multi Country Study Survey 2000-2001. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/3865/studydescription#page=sampling&tab=study-desc>

69. Letkovicova H, Prasad A, La Vallée R, Valentine N. The Health Systems Responsiveness Analytical Guideline is for Surveys in the Multi-Country Survey Study. World Health Organization; 2005.
70. Bramesfeld A, Wedegärtner F, Elgeti H, Bisson S. How does mental health care perform in respect to service users' expectations? Evaluating inpatient and outpatient care in Germany with the WHO responsiveness concept. *BMC Health Serv Res.* 2007;2(7):99.
71. CNED-2014 (INE: Clasificación Nacional de Educación) [Internet]. Disponible en: <https://blog.fundae.es/aprendizaje-permanente/2014/12/15/nueva-clasificacion-nacional-de-educacion-cned-2014/>
72. Operario D, Adler N.E., Williams D. R. Subjective Social Status: Reliability and Predictive Utility for Global Health. *Psychol Health.* 2004;19(2):237-46.
73. Cohen S., Alper C.M., Doyle W.J., Adler N.E., Treanor J.J., Turner R.B. Objective and subjective socioeconomic status and susceptibility to the common cold. *Health Psychol.* 2008;27(2):268.
74. Singh-Manoux A., Marmot M.G., Adler N.E. Does subjective social status predict health and change in health status better than objective status? *Psychosom Med.* 2005;67(6):855-61.
75. CECS. Fundación encuentro. Informe España 2015. Una interpretación de su realidad social. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://blogs.comillas.edu/informeespana/wp-content/uploads/sites/93/2019/05/IE2015Cap18.pdf>
76. World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. 1996.
77. Escala Barthel [Internet]. 2021. Disponible en: <https://mitcentrodedia.es/indice-de-barthel/#:~:text=El%20%C3%8Dndice%20de%20Barthel%20comenz%C3%B3, trastornos%20m%C3%BAsculo%20esquel%C3%A9ticos%20o%20neuromusculares.>
78. Olave-Sepúlveda C, Ubilla-Bustamante P. Programa de activación psicomotriz en adultos mayores institucionalizados con deterioro cognitivo y depresión. *Psicogeriatría.* 2011;3(4):173–6.

79. Shah S., Vanclay F., Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol.* 1958;51:605-9.
80. Sterne J.A., White I.R., Spratt M., Royston P., Kenward M.G., Wood A.M., et al. Multiple imputation for missing data in epidemiological and clinical research: potential and pitfalls. *BMJ.* 2009;29(338):2393.
81. Whittaker R. Issues in Health: Findings From Key Informant Interviews. *J Med Internet Res* [Internet]. 2012;14(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510768/>
82. Yaman H. Exploring dementia management attitudes in primary care: a key informant survey to primary care physicians in 25 European countries - CORRIGENDUM. *Int Psychogeriatr.* 2018;30(10):1577.
83. Hosmer D.W., Lemeshow S, Sturdivant R. *Applied Logistic Regression.* 2013.
84. Peduzzi P., Concato J., Holford T.R., Feinstein A.R. A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(12):1373-9.
85. Comportamientos relacionados con la salud, el estado de salud y el uso de servicios sanitarios en Cataluña [Internet]. 2015. Disponible en: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_departament/estadistiques-sanitaries/enquestes/Enquesta-de-salut-de-Catalunya/Resultats-de-lenquesta-de-salut-de-Catalunya/documents/resum_eje_esca_2015_castellano.pdf
86. Valentine N, Darby C, Bonsel GJ. Which aspects of non-clinical quality of care are most important? Results from WHO's general population surveys of «health systems responsiveness» in 41 countries. *Soc Sci Med.* 2008;66(9):1939-50.
87. Khan G, Kagwanja N, Whyle E, Gylson L, Olivier J, Barasa E, et al. Health system responsiveness: a systematic evidence mapping review of the global literature. *Int J Equity Health.* 2021;20(112).
88. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care.* 1 de abril de 2012;24(2):169-75.
89. Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, Fylkesnes K. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in

- Kenya. BMC Health Serv Res [Internet]. 2009;9(243). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-243>
90. Forouzan S, Tandon A, Kawabata A. Assessing responsiveness in mental health care system: the case of Tehran. PhD thesis. Department of Public health and Clinical medicine, Epidemiology and Global Health. Umeå university, Sweden,; 2015.
 91. Molina-Mula J., Miguélez-Chamarro A, Taltavull-Aparicio J.M., Miralles-Xamena J., Ortego-Mate M.C. Quality of Life and Dependence Degree of Chronic Patients in a Chronicity Care Model. Healthcare. 2020;8(3):293.
 92. Plan de Salud Mental de Asturias 2023 - 2030. 2023.
 93. Ramos-Lira L. ¿Por qué hablar de género y salud mental? Salud Ment. 2014;37(4):275-81.
 94. Unicef. 1 de cada 7 adolescentes tiene un problema de salud mental diagnosticado [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.unicef.es/noticia/salud-mental-adolescentes-estado-mundial-infancia>
 95. Harmony Healthcare it. State of Gen Z Mental Health [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.harmonyhit.com/state-of-gen-z-mental-health/>
 96. Enfermedades y patologías en la tercera edad [Internet]. Cuideo; Disponible en: <https://cuideo.com/blog/enfermedades-patologias-tercera-edad/>
 97. Hsu C.C., Chen L., Hu Y.W., Yip W., Shu C.C. The dimensions of responsiveness of a health system: a Taiwanese perspective. BMC Public Health. 2006;6:72.
 98. Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H,, Nojomi M. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: Evidence form a university hospital. Arch Iran Med. 2014;17(11):736-40.
 99. Kenealy T., Goodyear-Smith F., Wells S., Arroll B., Jackson R., Horsburgh M. Patient preference for autonomy: does it change as risk rises? Fam Pract. 2011;15(4):355-60.
 100. Levinson W., Kao A., Thisted R.A. Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. J Gen Intern Med. 2005;20(6):531-5.
 101. Ferri P, Muzzalupo J, Di Lorenzo R. Patients' perception of dignity in an Italian general hospital: a cross-sectional analysis. BMC Health Serv Res [Internet]. 2015;15(41). Disponible en:

<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-015-0704-8>

102. SemFYC. Propuestas para bajar la presión asistencial Estrategias urgentes y a corto plazo [Internet]. 2023. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2023/03/NdP_Bajar-presion14-03-23.pdf
103. Sicras MAinar A., Rejas Gutiérrez J., Navarro Artieda R., Serrat Tarres J., Blanca Tamayo M., Diaz Cerezo S. Costes y patrón de uso de servicios en pacientes que demandan atención por problemas mentales en asistencia primaria. Gac Sanit. 2007;21(4):306-13.
104. Beltran-Vilella M., Salleras-MARcoo N., Camps-Garcia C., Solanas-Saura P., Igual-Massalles E., Garcia-Oria M. Abordaje de los problemas de salud mental desde atención primaria. Relación con los servicios de apoyo especializados. Aten Primaria. 2001;28:39-45.
105. Choi Y, Kim JH, Park EC. The effect of subjective and objective social class on health-related quality of life: new paradigm using longitudinal analysis. Health Qual Life Outcomes. 2015;13(121).
106. Tille F, Röttger J, Gibis B, Busse R, Kuhlmeier A, Schnitzer S. Patients' perceptions of health system responsiveness in ambulatory care in Germany. Patient Educ Couns. enero de 2019;102(1):162-71.
107. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. Health Policy Plan. marzo de 2013;28(2):197-205.
108. Departamento de Sanidad. Gobierno de Aragón. Plan de salud mental 2022-2025 [Internet]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/PLAN+DE+SALUD+MENTAL+DE+ARAG%C3%93N+2022-2025+d.pdf/63643efb-23fe-cfee-2e67-83e48d45b602?t=1673869931809>
109. Forouzan S, Padyab M, Ghazinour M, Dejman M, San SM. Measuring the mental health-care system responsiveness: results of an outpatient survey in Tehran. Front Public Health. 2016;3:285.
110. Gabrani J, Schindler C, Wyss K. Perspectives of public and private primary healthcare users in two regions of Albania on non-clinical quality of care. Journal of

- Primary Care & Community Health [Internet]. 2020;11. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2150132720970350>
111. Ballesteros Pérez AM, Pérez-Crespo C, Alcázar MF, García González AL, Fontcuberta Martínez J, Sánchez Rodríguez F. La demora en la consulta de atención primaria: ¿se puede mejorar? *Aten Primaria*. 2003;31(6):377-81.
 112. World Health Organization. A declaration on the promotion of patients' rights in Europe. [Internet]. 1994. Disponible en: http://www.who.int/genomics/public/eu_declaration1994.pdf.
 113. Luo Q, Wang Q, Lu Z, Liu J. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan City. *PLoS One*. 2013;8(5).
 114. Goldwag R, Rosen B. Responsiveness of the Health Care System: Findings from the Israeli Component of the World Health Survey. *Myers-JDC Brookdale Inst*. 2007;
 115. Blignault I, Ponzio V, Eisenbruch M. A qualitative study of barriers to mental health services utilisation among migrants from mainland China in south-East Sydney. *Int J Soc Psychiatry*. 2008;54(2):180-90.
 116. Gobierno de España. Ministerio de la Presidencia. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*.; 1999.
 117. Delgado A, López-Fernández LA. Práctica profesional y género en atención primaria. parte 1. La salud y el sistema sanitario desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit*. 2004;18(4).
 118. Debebe W, Tadie C, Yasachew L, Zenamarkos D, Atnafu A, Bihonegn D. Health system responsiveness and associated factors among outpatients in primary health care facilities in Ethiopia. *BMC Health Serv Res*. 2022;22:249.
 119. Fong Ha J, Surg Anat D, Longnecker N. Doctor-Patient Communication: A Review. *Ochsner J*. 2010;10:38-43.
 120. Domínguez-Samamés R, Romero-Albino Z, Cuba-Fuentes M S. Comunicación médico-paciente y satisfacción del usuario en un centro de primer nivel de atención de Lima Metropolitana, Perú. *Rev Medica Hered*. 2022;(33):35-40.

121. Cuba Fuentes M S, Romero-Albino Z. El método clínico centrado en la persona y su aplicación en la atención primaria de salud. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4):780-4.
122. Blazquez Manzano A., Feu S., Ruiz-Muñoz E., Gutierrez-Caballero J.M. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. *Rev Esp Comun Salud*. 2012;3(1):51-65.
123. Hyldmo I., Fjerstad E., Bragason A., Husby A., Lang N., Ranhoff A.H., et al. Communication as a tool in clinical practice. *Tidsskr Laegeforen*. 2014;134(20):1925-6.
124. Ruiz-Moral R., Garcia de Leonardo C., Cerro Perez A., Monge MArtin D., Caballera MArtinez F. Cómo se está incorporando, enseñando y evaluando la comunicación clínica en las facultades de Medicina españolas. *Educ Médica*. 2021;22(56):473-8.
125. Dean M., Oetzel J., Sklar DP. Communication in acute ambulatory care. *Acad Med*. 2014;89(12):1617-22.
126. Grant VJ, Briscoe J. Everyday ethics in an acute psychiatric unit. *J Med Ethics*. 2002;28(3):173-6.
127. Glenister D. Patient participation in psychiatric services: a literature review and proposal for a research strategy. *J Adv Nurs*. 1994;19(4):802-11.
128. Ashcroft R, Menear M, Greenblatt A, Silveira J, Dahrouge S. Patient perspectives on quality of care for depression and anxiety in primary health care teams: a qualitative study. *Health Expect*. 2021;24(4):1168-77.
129. Robinson A., Thomson R. Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools. *Quality in Health Care : QHC*. 2001;10(1):i34-8.
130. Hammami M.M., Al-Gaai E.A., Al-Jamarneh Y., Amer H., Hammami M.B., Eissa A., et al. Patients' perceived purpose of clinical informed consent: Mill's individual autonomy model is preferred. *BMC Med Ethics*. 2014;15:2.
131. Mohammed S, Bermejo JL, Sauerborn R, Souares A, Dong H. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. *Services Research. Serv Res*. 2013;13(502).

132. Liu Q, Zhou W, Niu L. Comparison of expectations for health services between inpatients from mental health department and endocrinology department in China. *Patient Prefer Adherence*. 2019;(13):1851-60.
133. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait?: The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Serv Res*. 2007;7(31).
134. Bestvater D., Dunn EV., Townsend C., Nelson W. Satisfaction and wait time of patients visiting a family practice clinic. *Can Fam Physician*. 1988;(34):67-20.
135. Valentine NB, Tandon A, Kawabata A. Patient Experiences with Health Services:Population Surveys from 16 OECD Countries. Chapter 46. Evans DB, Murray CJL. In *Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism*. World Health Organ. 2003;573-96.
136. Mlra J.J., Rodriguez-Marin J., Peset R., Ybarra J., Perez-Jover V., Palazón I., et al. Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calid Asist*. 2002;17(5):273-83.
137. Garcia Garcia M.A., Tajadura Albillos M.C., Gil Millan P., Millan Cuesta B. Valoración del grado de dependencia de los pacientes mayores de 75 años que ingresan en la unidad de traumatología. *Enferm Glob*. 2011;10(24):19-38.
138. Habibullah S. Responsiveness of the Federal Health System to the Needs of 18-45 Year Old Adults With Physical Disabilities in Islamabad, Pakistan [Internet]. University of South Florida; 2012. Disponible en: https://media.proquest.com/media/hms/ORIG/2/2W1uH?_s=KVGVm8J%2BdBnunGJRTemQR%2F5RT2o%3D
139. Kibet E., Namirimu F., Nakazibwe F., Kyagera A.Z., Ayebazibwe D., Omech B. Health System Responsiveness for Persons with HIV and Disability in South Western Uganda. *HIVAIDS - Res Palliat Care*. 2023;15:445-56.
140. Drainoni M.L., Lee-Hood E., Tobias C., Bachman S.S., Andrew J., Maisels L. Cross-Disability Experiences of Barriers to Health-Care Access. *ResearchGate*. 2006;17(2):101-15.
141. Raymaker D.M., McDonald K.E., Nicolaidis C., Ashkenazy E., Gerrity M., Baggs A.M., et al. Barriers to healthcare: Instrument development and comparison

between autistic adults and adults with and without other disabilities. *Autism*. 2016;21(8):972-84.

8. ANEXOS

8.1. Índice de Barthel

Comida 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona
Aseo 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise. 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.
Vestido 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable. 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas
Arreglo 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona. 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda
Deposición 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios. 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.
Micción 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc) 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse
Ir al retrete 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona. 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo. 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
Traslado cama /sillón 15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.

10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
Deambulaci3n
15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n
0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro
Subir y bajar escaleras
10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona
5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor
Total:

Máxima puntuaci3n: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente

8.2. Cuestionario Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness (MCSS)

ESTUDIO SOBRE SALUD Y CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD

Nº DE ENTREVISTA _/_/_/_/

CÓDIGO DE LA ENTREVISTA _/_/_/_/_/_/

NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA SELENE-AP DEL ENTREVISTADO _/_/_/_/_/_/

ENTREVISTADOR/A (nombre y apellidos): _____

CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR _/_/_/_/_/_/

FECHA de la entrevista: _/_/_/_/_/_/_/_/ HORA comienzo: _____

DURACIÓN (minutos): _/_/_/

FILTROS: 1. ¿Ha recibido algún tipo de atención médica en los últimos 12 meses?

SÍ ☐ NO ☐ _____ (Fin de la entrevista)

2. ¿Padece alguna/s enfermedad/es de las citadas en la estrategia de atención al paciente

SÍ ☐ NO ☐ _____ (Fin de la entrevista)

3. ¿Toma algún tratamiento para las enfermedades anteriores?

SÍ ☐ NO ☐ _____ (Fin de la entrevista)

DESEA PARTICIPAR EN LA ENTREVISTA SÍ ☐ NO ☐ Motivos _____

EDAD (años cumplidos):	De 18 a 29	_1_	SEXO: Mujer	<input type="checkbox"/>	Varón	<input type="checkbox"/>
	De 30 a 34	_2_				
	De 45 a 59	_3_				
	De 60 a 69	_4_				
	De 70 a 79	_5_				
	80 o más	_6_				

COMPROBADO DE DATOS: _____ VÁLIDA ☐ NULA ☐ Motivos _____

SUPERVISOR/A: _____

CUESTIONARIO BREVE EN ESPAÑOL DE LA OMS ADAPTADO A ATENCIÓN PRIMARIA DE UNA ZONA BÁSICA DE SALUD

Nº DE ENTREVISTA __/__/__/

CÓDIGO DE LA ENTREVISTA __/__/__/__/

PRESENTACIÓN:

Buenos días/tardes sr./sra. soy entrevistador del estudio que se va a realizar en la Zona Básica de Salud de _____ sobre cómo el sistema de salud trata a los enfermos mentales.

P.1. En términos generales, ¿cómo describiría su estado actual de salud?

Muy bueno ----- 1
 Bueno ----- 2
 Normal ----- 3
 Malo ----- 4
 Muy malo ----- 5
 No sabe ----- 99

P.2. En general, durante los últimos 30 días, ¿qué grado de...?
(MOSTRAR CARTÓN 2 CON ESCALA)

LEER	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO	NO SABE	REHÚSA CONTESTAR
1. ¿... dificultad ha tenido para moverse?	7 1	2	3	4	5	6	7
2. ¿... dificultad ha tenido en el cuidado personal, como lavarse o vestirse?	8 1	2	3	4	5	6	7
3. ¿... dificultad ha tenido con el trabajo o las tareas domésticas?	9 1	2	3	4	5	6	7
4. ¿... dolor o molestias ha tenido?	10 1	2	3	4	5	6	7
5. ¿... angustia, tristeza o preocupación ha experimentado?	11 1	2	3	4	5	6	7
6. ¿... dificultad ha tenido para concentrarse o recordar cosas?	12 1	2	3	4	5	6	7

P.3. 1) En los últimos 30 días, ¿cuántos días ha sido completamente incapaz de hacer ninguna tarea del hogar?

(ENTREVISTADOR: ESCRIBIR EL NÚMERO DE DÍAS, EN CASO DE MEDIO DÍA REDONDEAR HACIA ARRIBA, EN CASO DE NINGUNO, ANOTAR '00', SI NUNCA HACE TAREAS DEL HOGAR, ANOTAR '98', SI NO RECUERDA O NO SABE, ANOTAR '99')

2) ¿Y cuántos días ha estado completamente incapacitado para ir a trabajar?

	NÚMERO DE DÍAS
1. Incapaz de realizar ninguna tarea del hogar	_ _ _
2. Incapaz de ir a trabajar	_ _ _

P.4. Tomando en consideración distintos aspectos de su estado de salud actual tal y como ha descrito anteriormente, ¿dónde se situaría Ud. en esta escala?

Por favor, mire la escala, '100' significa que Ud. cree que se encuentra en el mejor estado de salud posible, '0' significa que Ud. cree que se encuentra en el peor estado de salud posible, los números intermedios le permiten matizar su opinión

(MOSTRAR CARTÓN 3 CON ESCALA)

|_|_|_|_|

P.5. Le voy a leer varias situaciones posibles con personajes ficticios. En cada una de las situaciones, dígame, por favor, utilizando la escala, ¿cómo calificaría el nivel de dolor o malestar de cada personaje?

LEER	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO	NO SABE
1. (Marco) tiene dolores de articulaciones casi todo el tiempo. Son peores durante la primera mitad del día. El dolor se reduce tomando medicación pero no desaparece totalmente. El dolor le hace bastante difícil moverse, sostener y levantar cosas.	1	2	3	4	5	6
2. (Felipe) tiene dolor en la cadera que le produce molestias al dormir. El dolor está durante todo el día pero no le impide andar.	1	2	3	4	5	6
3. (Jaime) tiene dolor de espalda que hace muy molestos los cambios de posición. No puede estar de pie o sentado durante más de media hora. Los medicamentos hacen disminuir un poco el dolor pero lo tiene todo el tiempo e incluso interfiere con su capacidad para llevar a cabo las tareas diarias.	1	2	3	4	5	6
4. (Laura) tiene un dolor de cabeza una vez al mes que se alivia una hora después de tomar una pastilla. Mientras sufre el dolor de cabeza puede llevar a cabo sus tareas diarias.	1	2	3	4	5	6
5. (Tomás) tiene dolor de muelas durante unos 10 minutos varias veces al día. El dolor es tan intenso que le cuesta concentrarse en su trabajo.	1	2	3	4	5	6
6. (Patricia) tiene dolor de cabeza una vez la semana que se alivia 3-4 horas después de tomar una pastilla. Cuando sufre el dolor de cabeza tiene que echarse en la cama y no puede hacer nada.	1	2	3	4	5	6
7. (Ester) Tiene un dolor muy agudo en el cuello que se extiende a los brazos y se alivia muy poco con medicamentos u otros tratamientos. El dolor es agudo en todo momento y muy a menudo hace que se despierte por la noche. Ha necesitado reposo absoluto en la cama y a menudo le hace pensar en poner fin a su vida.	1	2	3	4	5	6

P.6. Le voy a leer varias situaciones posibles con otros personajes ficticios. En cada situación, dígame, por favor, utilizando la escala, ¿cómo calificaría el grado de dificultad de cada uno de los personajes respecto al cuidado personal?

LEER	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO	NO SABE
1. ... (Jan) se siente nervioso y ansioso. Se deprime casi cada día durante 3-4 horas pensando en el futuro de forma negativa, pero se siente mejor en compañía o cuando hace algo que realmente le interesa.	1	2	3	4	5	6
2. ... (Enriqueta) está feliz y animada la mayor parte del tiempo, pero una vez a la semana se preocupa por cosas del trabajo. Se deprime una vez al mes y pierde el interés pero es capaz de salir de ese estado en un par de horas.	1	2	3	4	5	6
3. ... (Ken) está feliz y animado casi todo el tiempo. Es una persona entusiasta y disfruta de la vida.	1	2	3	4	5	6
4. ... (Roberta) se siente deprimida todo el tiempo, llora con frecuencia y se siente desesperada. Siente que se ha convertido en una carga, cree que estaría mejor muerta que viva y a menudo planea suicidarse.	1	2	3	4	5	6
5. ... (Eva) siempre está preocupada por cosas del trabajo y de casa y siente que todo va a ir mal. Se deprime una vez a la semana durante un día, pensando de forma negativa sobre el futuro, pero es capaz de recuperarse de este estado de ánimo en unas horas.	1	2	3	4	5	6
6. ... (Juan) se siente tenso y al límite todo el tiempo. Está deprimido casi cada día y se siente desesperado. También tiene una baja auto-estima, es incapaz de disfrutar de la vida y siente que es una carga.	1	2	3	4	5	6

- P.7. Hay distintos tipos de lugares donde se pueden recibir los servicios de atención sanitaria que aparecen en la lista a continuación. Por favor, dígame el número de veces que Ud. ha ido a cada uno de estos sitios en los últimos 30 días.
(ENTREVISTADOR: ANOTAR EL NÚMERO DE VECES, SI NO HA IDO NUNCA, ESCRIBIR '00', SI NO LO RECUERDA O NO LO SABE, ESCRIBIR '99')

LEER	NÚMERO DE VECES	OTROS CÓDIGOS
1. Médicos de cabecera	_ _	
2. Dentistas	_ _	
3. Especialistas	_ _	
4. Fisioterapeutas	_ _	
5. Quiroprácticos	_ _	
6. Curanderos	_ _	
7. Centro de Salud (sobre todo atendido por enfermeras, funcionando separadamente del hospital)	_ _	
8. Visitas hospitalarias (pacientes no hospitalizados)	_ _	
9. Servicios de pacientes hospitalizados	_ _	
10. Farmacia (donde habla con alguien acerca de su cuidado y no sólo compra medicamentos)	_ _	
11. Servicios de salud a domicilio	_ _	
12. Otro 1 (ESPECIFICAR NÚMERO DE VECES Y TEXTO)	_ _	
13. Otro 2 (ESPECIFICAR NÚMERO DE VECES Y TEXTO)	_ _	
14. Otro 3 (ESPECIFICAR NÚMERO DE VECES Y TEXTO)	_ _	
15. Otro 4 (ESPECIFICAR NÚMERO DE VECES Y TEXTO)	_ _	

- P.8. 1) ¿Está Ud. cubierto por algún tipo de seguro médico para consultas externas, ya sea público o privado para visitas médicas u otros cuidados?
2) ¿Y está Ud. cubierto por algún seguro público o privado para atención hospitalaria?

	SÍ	NO	NO SABE
1. Seguro para consultas externas	1	2	99
2. Seguro de hospitalización	1	2	99

Para responder a las siguientes preguntas, Ud. necesita comprender a qué nos referimos con "Objetivos del Sistema Sanitario". Los objetivos principales del sistema sanitario de un país son:

1. Mejorar la salud de la población (tanto el nivel como la igualdad de la salud)
2. Mejorar la sensibilidad del sistema sanitario (tanto el nivel como la igualdad)
3. Una contribución económica justa.

Estos objetivos significan lo siguiente:

1. Mejorar la salud de la población
 - Alarga la vida de toda la población
 - El conjunto de la población vive con menos enfermedades
 - Hay más igualdad en la duración y la calidad de vida y enfermedad.
2. Mejorar la sensibilidad del sistema sanitario
 - El sistema sanitario respeta los derechos del individuo, la dignidad, autonomía, confidencialidad y clara comunicación.
 - El sistema sanitario proporciona comodidades básicas de una forma rápida, permite el apoyo social adecuado y da a las personas la elección de una fuente de atención sanitaria.
 - El sistema sanitario trata a todas las personas igual con respecto a las cuestiones arriba mencionadas.
3. Contribución económica justa:
 - Cada familia debería pagar una parte justa al sistema sanitario.
 - Esto significa que las personas sanas comparten los gastos de los servicios para los enfermos; y las personas más ricas subvencionan los servicios a los pobres.

P.9. En esta lista que le muestro hay 3 posibles objetivos para el cuidado de la salud en su país. Nos gustaría saber cuál de estos objetivos cree que es el más importante y cuál cree que es el menos importante. Por favor, ponga un "1" en el recuadro para el objetivo que Ud. cree que es el "más importante", un "2" en el recuadro para el "segundo más importante", y un "3" para el "menos importante".

(ENTREVISTADOR: MOSTRAR CARTÓN 4)

MEJORAR LA SALUD DE TODOS. Este objetivo significa: Todas las personas viven más con menos enfermedades. Hay más igualdad en la salud de las personas, en sus enfermedades y en cuánto viven.	<input type="text"/>
MEJORAR EN COMO SE TRATA A LAS PERSONAS CUANDO RECIBEN CUIDADOS MÉDICOS. Este objetivo significa: Son respetados los derechos del individuo, la dignidad, autonomía confidencialidad y comunicación clara. Comodidades básicas, apoyo social adecuado y elección de una fuente de atención sanitaria. Todas las personas son tratadas igual.	<input type="text"/>
COBRAR A LAS PERSONAS LO QUE PUEDAN PERMITIRSE. Este objetivo significa: Todas las personas pagan una parte justa del coste sanitario. Las personas sanas comparten los costes para los servicios de los enfermos. Las personas con ingresos más altos pagan una parte del coste de los servicios sanitarios para las personas con menos ingresos.	<input type="text"/>

P.10. Suponga que Ud. pudiese decirle a los médicos españoles, compañías de seguros y al gobierno la importancia que se debería dar para conseguir cada uno de estos objetivos.

El gráfico en forma de pastel que se muestra debajo representa el sistema sanitario español. Cada porción representa cuánto cree Ud. que es importante cada objetivo. Si Ud. tuviera que dividir el pastel, ¿Cómo sería de grande la porción asignada a la salud (mejorar la salud de todos)?, ¿y la asignada a la sensibilidad (cómo es tratada la gente)?, ¿y cómo sería el pedazo para un pago justo (cobrar a cada persona lo que se pueda permitir)? Cuanto más importante sea para Ud. un objetivo, mayor deberá ser la porción que le asigne.

Puede coger uno de los pasteles ya dibujados o dibujar uno Ud. mismo en el círculo en blanco. Por favor, marque el gráfico elegido.

(MOSTRAR CARTÓN 5 CON GRÁFICOS DE PORCIONES)

a) Pago justo 33%, Salud 34%, Sensibilidad 33%..... 1

b) Pago justo 30%, Salud 40%, Sensibilidad 30%..... 2

- c) Pago justo 30%, Salud 50%, Sensibilidad 20%..... 3
- d) Pago justo 20%, Salud 50%, Sensibilidad 30%..... 4
- e) Pago justo 15%, Salud 70%, Sensibilidad 15%..... 5
- g) Otro (ESPECIFICAR)..... 6

Por favor, dibuje en las porciones del pastel. Etiquete las porciones e indique la parte que corresponde a cada porción respecto al total de 100.

1. PAGO JUSTO |__|__|
2. SALUD |__|__|
3. SENSIBILIDAD |__|__|

P.11. A continuación, díganos, por favor, cuánta importancia debería dársele a estos dividiendo el pastel en 2 porciones. Los dos objetivos son ahora la mejora del nivel de salud de la población frente la reducción de las desigualdades sanitarias. Recuerde que cuanto más grande sea la porción, más importante es el objetivo. Puede coger uno de los gráficos ya dibujados o dibujar el suyo propio en el círculo en blanco. Por favor, marque el gráfico que Ud. ha elegido.

(MOSTRAR CARTÓN 6 CON GRÁFICOS DE PORCIONES)

- a) Igualdad 25%, Nivel 75% 1
- b) Igualdad 33%, Nivel 67% 2
- c) Igualdad 50%, Nivel 50% 3
- d) Igualdad 67%, Nivel 33% 4
- e) Igualdad 75%, Nivel 25% 5
- f) Otro (ESPECIFICAR) 6

Por favor, dibuje en las porciones del pastel. Etiquete las porciones e indique la parte que corresponde a cada porción respecto al total de 100.

1. IGUALDAD |__|__|
2. NIVEL |__|__|

P.12. Dígame también, por favor, qué importancia debería darse a estos dos objetivos dividiendo el pastel en 2. Los dos objetivos son mejorar el nivel de los derechos de las personas a la dignidad, confidencialidad y a la elección de su médico contra la reducción de desigualdades en los derechos de las personas a la dignidad, confidencialidad y a la elección de su propio médico.

Recuerde que cuanto más grande sea la porción, más importante será el objetivo.

Puede coger uno de los gráficos ya dibujados o dibujar su propio gráfico en el círculo en blanco.

Por favor, indique el gráfico elegido.

(MOSTRAR CARTÓN 7 CON GRÁFICOS DE PORCIONES)

- a) Igualdad 25%, Nivel 75% 1
- b) Igualdad 33%, Nivel 67% 2
- c) Igualdad 50%, Nivel 50% 3
- d) Igualdad 67%, Nivel 33% 4
- e) Igualdad 75%, Nivel 25% 5
- f) Otro (ESPECIFICAR) 6

Por favor, dibuje en las porciones del pastel. Etiquete las porciones e indique la parte que corresponde a cada porción respecto al total de 100.

1. IGUALDAD |__|__|

2. NIVEL |__|__|

P.13. ¿Ha recibido algún tipo de atención médica en los últimos 12 meses?

ENTREVISTADOR: ESPECIFICAR - INCLUYENDO VISITAS A MÉDICOS O CUALQUIER OTRA ATENCIÓN SANITARIA O VISITAS AL HOSPITAL)

1. SÍ |_1_|

2. NO |__|

3. NO SABE (no leer) |__|

P.14. ¿En los últimos 12 meses ha recibido algún tipo de atención médica, ya sea una consulta externa o una visita a domicilio?

(ENTREVISTADOR: ESPECIFICAR SI ES NECESARIO "CONSULTA EXTERNA" ES LA CONSULTA DE UN MÉDICO, UNA CLÍNICA O LA CONSULTA EXTERNA EN UN HOSPITAL – CUALQUIER SITIO FUERA DE SU DOMICILIO DONDE USTED NO PASÓ LA NOCHE)

- SÍ (ya sea consulta externa o visita a domicilio) 1
- NO (ni consulta externa ni visita a domicilio) 2
- NO SABE (no leer) 3

P.15. ¿En los últimos 12 meses, ha recibido principalmente atención médica en un centro sanitario o mediante visita a domicilio?

- PRINCIPALMENTE EN UN CENTRO SANITARIO 1
- PRINCIPALMENTE EN MI DOMICILIO 2
- DE IGUAL FORMA AMBOS CASOS (espontáneo) 3
- NO SABE (no leer) 4

P.16. ¿Cuándo fue su última visita a un centro sanitario o a un médico? Fue...
(MOSTRAR CARTÓN 8 - LEER – SÓLO UNA RESPUESTA – EN EL ORDEN ABAJO MOSTRADO)

- EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS 1
- EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES 2
- EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES 3
- NO SABE NO RECUERDA 99

P.17. ¿Cuál era el nombre del centro sanitario?
(ENTREVISTADOR: ANOTAR EL NOMBRE COMPLETO)

- | _____ |
- NO SABE 99
- REHÚSA CONTESTAR 1

P.18. ¿Es éste su centro de atención habitual?

SÍ..... 1

NO..... 2

NO ES APLICABLE / NO TIENE UN LUGAR DE ATENCIÓN HABITUAL..... 3

P.19. En los últimos 12 meses, cuando ha necesitado atención médica, ¿con qué frecuencia

La ha recibido de forma inmediata?

SIEMPRE ----- 1

NORMALMENTE ----- 2

A VECES ----- 3

NUNCA ----- 0

NO SABE ----- 99

P.20. En los últimos 12 meses, ¿Durante cuánto tiempo ha tenido que esperar normalmente

desde el momento que ha necesitado atención hasta el momento de recibirla?

Su respuesta puede ser en meses, semanas, días, horas o minutos.

	MINUTOS	HORAS	DÍAS	SEMANAS	MESES
	_ _ 1	_ _ 2	_ _ 3	_ _ 4	_ _ 5

P.21. ¿Ha necesitado en los últimos 12 meses reconocimientos médicos o análisis clínicos, como análisis de sangre o rayos X?

SÍ ----- 1

NO ----- 0

NO SABE ----- 99

P.22. Generalmente, ¿durante cuánto tiempo ha tenido que esperar hasta tener el resultado de sus análisis o reconocimientos médicos?

LOS TUVE EL MISMO DÍA ----- 1

1-2 DÍAS ----- 2
 3-5 DÍAS ----- 3
 6-10 DÍAS ----- 4
 MÁS DE 10 DÍAS (especificar) ----- 5
 NO SABE ----- 99

Si más de 10 días, especificar:	DÍAS	SEMANAS	MESES
	_ _ 1	_ _ 2	_ _ 3

P.23.A. Ahora dígame, por favor, cómo calificaría, su experiencia en los últimos 12 meses respecto a... **RECIBIR ASISTENCIA RÁPIDA EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.**

MUY BUENA ----- 1
 BUENA ----- 2
 NORMAL ----- 3
 MALA ----- 4
 MUY MALA ----- 5
 NO SABE ----- 99

P.24.A. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?

LEER	SIEMPRE	NORMALMENTE	A VECES	NUNCA	NO SABE
1. ¿... le trataron con respeto los médicos, enfermeras u otro personal sanitario?	1	2	3	0	99
2. ¿...el personal de oficina (como recepcionistas, etc.) le trató con respeto?	1	2	3	0	99
3. ¿...sus reconocimientos físicos fueron llevados a cabo de un modo en que su privacidad quedara preservada?	1	2	3	0	99

P.23.B. ¿Cómo calificaría en global su experiencia en los últimos 12 meses respecto a...?

SER TRATADO CON DIGNIDAD EN LOS SERVICIOS SANITARIOS.

MUY BUENA ----- 1

BUENA ----- 2
 NORMAL ----- 3
 MALA ----- 4
 MUY MALA ----- 5
 NO SABE ----- 99

P.24. B. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?

LEER	SIEMPRE	NORMALMENTE	A VE CES	NUNCA	NO SAB E
1.¿... los médicos, las enfermeras u otros empleados sanitarios le escucharon atentamente?	1	2	3	0	99
2. ¿...los médicos, enfermeras u otros empleados sanitarios le explicaron cosas de una forma comprensible para Ud.?	1	2	3	0	99
3. ¿...los médicos, enfermeras u otros empleados sanitarios le dedicaron tiempo para preguntarle acerca de sus problemas de salud o acerca de su tratamiento?	1	2	3	0	99

P.23.C. En los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría, en global, su experiencia respecto a...?

LA FORMA CON QUE SE COMUNICARON LOS TRABAJADORES
 SANITARIOS CON USTED.

MUY BUENA ----- 1
 BUENA ----- 2
 NORMAL ----- 3
 MALA ----- 4
 MUY MALA ----- 5
 NO SABE ----- 99

P.25. ¿En los últimos 12 meses, cuando necesitó atención médica, se tomó alguna decisión sobre su cuidado, tratamiento (dándole fármacos, por ejemplo) o sobre algún tipo de test o examen médico?

SÍ ----- 1
 NO ----- 0
 NO SABE ----- 99

P.26.A. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?

LEER	SIEMPRE	NORMALMENTE	A VE CES	NUNCA	NO SABE
1. ¿... los médicos, enfermeras u otro personal sanitario le dejaron participar tanto como Ud. quería en las decisiones sobre su tratamiento o sus exámenes médicos?	1	2	3	0	99

P.26.B. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia...?

LEER	SIEMPRE	NORMALMENTE	A VE CES	NUNCA	NO SAB E
2. ¿... los médicos o enfermeras le pidieron permiso antes de empezar el tratamiento o los exámenes médicos?	1	2	3	0	99

3. ¿... las conversaciones con su médico o enfermera se realizaron en privado de tal modo que otras personas que Ud. no quería que oyeran su conversación no pudieran oírla?	1	2	3	0	99
4. ¿... su médico o enfermera mantienen su información personal confidencial? Esto significa que nadie que Ud. no quiera, no podría averiguar cosas acerca de su estado.	1	2	3	0	99

P.27. Ahora dígame, por favor, cómo calificaría, en global, su experiencia en los últimos 12 meses respecto a...

LEER	MUY BUENA	BUENA	NORMA L	MAL A	MUY MALA	NO SABE
1. ... su implicación en la toma de decisiones acerca de su cuidado o tratamiento en el grado que Ud. quería.	1	2	3	4	5	99

2....el modo en que los servicios de salud mantienen su información de una manera confidencial.	1	2	3	4	5	99
3. ... ser capaz de utilizar un servicio sanitario o un médico de su elección.	1	2	3	4	5	99

P.28. En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema, ¿cómo lo calificaría?

LEER	No ha sido un problema	Problema leve	Problema Moderado	Problema grave	Problema Extremo	No sabe
1... con los doctores, enfermeras y otro personal sanitario para obtener atención sanitaria con la cual Ud. Estuviera satisfecho.	1	2	3	4	5	99
2... para conseguir otro servicio sanitario distinto al habitual.	1	2	3	4	5	99

P.29. Ahora piense en los lugares que Ud. ha visitado para recibir atención médica en los últimos 12 meses, ¿cómo calificaría...?

LEER	MUY BUENA	BUENA	NORMAL	MALA	MUY MALA	NO SABE
1. ... la calidad básica de la sala de espera, por ejemplo, el espacio, asientos o si está aireada.	1	2	3	4	5	99
2. ... la limpieza del sitio.	1	2	3	4	5	99

P.30. Ahora, en general, ¿cómo calificaría la calidad de las instalaciones de los servicios sanitarios que Ud. ha visitado en los últimos 12 meses (por ejemplo en cuanto al espacio, asientos, sitio aireado, limpieza, etc.)?

MUY BUENA..... 1

BUENA..... 2

NORMAL..... 3

MALA..... 4

MUY MALA.....,..... 5

NO SABE/ NO RECUERDA (no leer)..... 99

NO ES APLICABLE – VISITADO EN DOMICILIO 6

P.31. ¿En los últimos 12 meses ha pasado la noche en algún centro sanitario o hospital?

SÍ..... 1

NO..... 2

NO SABE..... 99

P.32. ¿Cuál es el nombre del hospital en el que Ud. ha estado más recientemente?
(ENTREVISTADOR: ANOTAR NOMBRE COMPLETO)

|_____

P.33. ¿Recibió atención hospitalaria tan pronto como Ud. quiso?

SÍ..... 1

NO..... 2

NO SABE / NO RECUERDA..... 3

P.34. Cuando Ud. estuvo en el hospital, ¿con qué frecuencia recibía atención por parte de los médicos y enfermeras tan rápido como Ud. quería? **(MOSTRAR CARTÓN 9 - LEER - SÓLO UNA RESPUESTA)**

SIEMPRE..... 1
 NORMALMENTE..... 2
 A VECES..... 3
 NUNCA..... 4
 NO SABE / NO RECUERDA (no leer)..... 5

P.35. En los últimos 12 meses, en general, ¿cómo calificaría su experiencia respecto a...? **(MOSTRAR CARTÓN 1 CON ESCALA)**

LEER	MUY BUENA	BUENA	NORMAL	MALA	MUY MALA	NO SABE	REHÚSA CONTESTAR
1. ... conseguir atención rápida en el hospital.	1	2	3	4	5	99	6
2. ... ser tratado con dignidad en el hospital	1	2	3	4	5	99	6
3. ... la forma que tenía el personal sanitario de comunicarse con Ud. mientras estuvo en el hospital.	1	2	3	4	5	99	6
4. ... sentirse tan involucrado como quería en la toma de decisiones acerca de su cuidado o tratamiento durante su estancia en el hospital	1	2	3	4	5	99	6
5. ... la forma en que el hospital mantenía confidencialmente la información referente a Ud.	1	2	3	4	5	99	6
6. ... ser capaz de utilizar el hospital de su elección.	1	2	3	4	5	99	6
7. ... cómo el hospital le permitió relacionarse con su familia, amigos y continuar sus hábitos sociales y/o religiosos durante su estancia.	1	2	3	4	5	99	0

P.36. En los últimos 12 meses, si ha habido algún problema durante su estancia en el hospital, ¿cómo lo calificaría respecto a...? **(MOSTRAR CARTÓN 11 CON ESCALA)**

LEER	No ha sido un problema	Problema leve	Problema Moderado	Problema grave	Problema extremo	No Sabe
1. ... conseguir que el hospital permitiera a sus familiares cuidar de sus necesidades personales, por ejemplo, traerle su comida favorita, jabón, etc.	1	2	3	4	5	99
2. ... conseguir que el hospital le permitiera practicar sus costumbres religiosas o tradicionales si Ud. lo deseaba.	1	2	3	4	5	99

P.37. En los últimos 12 meses, ¿Se ha sentido Ud. tratado incorrectamente por el sistema o los servicios sanitarios debido a su...?

LEER	SÍ	NO	NO SABE	REHÚSA CONTESTAR
1. Nacionalidad	1	2	99	3
2. Clase Social	1	2	99	3
3. Falta de seguro privado	1	2	99	3
4. Origen étnico	1	2	99	3
5. Color	1	2	99	3
6. Sexo	1	2	99	3
7. Idioma	1	2	99	3
8. Religión	1	2	99	3
9. Orientación política/Otras creencias	1	2	99	3
10. Estado de salud	1	2	99	3
11. Falta de dinero	1	2	99	3
12. Otro (especificar: _____)	1	2	99	3

SI "OTRO", especificar

1, 4, 7, 10 13 16 19 22 25 28 31 34
 2, 5, 8, 11 14 17 20 23 26 29 32 35
 3, 6, 9, 12 15 18 21 24 27 30 33 36

P.38. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez no ha podido tener atención médica debido a que no podía permitírselo?

Sí, no busqué atención médica porque no podía permitírmela..... 1
 No, busqué atención médica aunque no podía permitírmela..... 2
 No sabe..... 99
 Rehusa contestar..... 4
 No aplicable.....5

P.39. 1) Le voy a leer descripciones acerca de distintas formas en que los servicios sanitarios muestran respeto hacia las personas y las convierten en su punto central. Pensando en lo que aparece en estos cartones y, a su vez, en el conjunto del sistema sanitario, ¿cuál es en su opinión la más importante? (MOSTRAR CARTÓN 12- SÓLO UNA RESPUESTA)

2) ¿Y la menos importante para Ud.? (MOSTRAR EL MISMO CARTÓN 12 - SÓLO UNA RESPUESTA)

LEER	a) MÁS IMPORTANTE	b) MENOS IMPORTANTE
1. DIGNIDAD, mostrar respeto y realizar los reconocimientos físicos en privado.	1	1
2. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN, mantener confidencial el historial clínico y mantener las conversaciones con el médico de forma privada sin que puedan ser oídas por otras personas.	2	2
3. ELECCIÓN, ser capaz de elegir su médico o enfermera y poder ir a otro centro sanitario si lo desea.	3	3
4. ATENCIÓN RÁPIDA, significa que hay una distancia adecuada desde su hogar al centro sanitario, recibe una atención rápida en urgencias, tiene cortas esperas para citas y consultas y consigue los reconocimientos rápidamente, listas de espera cortas para cirugía que no sea de urgencia.	4	4
5. AUTONOMÍA, sentirse implicado en su cuidado, tratamiento si Ud. lo desea, el médico pide su permiso antes de empezar un tratamiento o examen médico.	5	5
6. INSTALACIONES O AMBIENTE, tener suficiente espacio, asientos, salas de espera aireadas, servicios limpios (incluyendo la higiene del baño), comida sana y comestible.	6	6
7. APOYO SOCIAL, provisión de comida y otros regalos familiares, libertad de prácticas religiosas.	7	7
8. COMUNICACIÓN, el médico le escucha atentamente, le explica las cosas de forma comprensible, le da tiempo para que Ud. le haga preguntas.	8	8
No sabe	99	99

P.40. Por favor, considere los siguientes casos, ¿cómo calificaría la experiencia de cada una de las siguientes personas en relación a cómo el médico se comunicó con él/ella? (MOSTRAR CARTÓN 1 CON ESCALA)

LEER	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO	NO SABE
1. (Rosa) es una mujer mayor analfabeta. Últimamente se siente mareada y tiene problemas para dormir. El médico no parece muy interesado en lo que ella le cuenta. Le dice que no es nada y escribe algo en un papel. Después le dice a Rosa que vaya a por el medicamento a la farmacia.	1	2	3	4	5	6
2. (Carmen) ha ido por un análisis de sangre y el médico le dice que tiene "diabetes mellitus" y que su actividad pancreática no funciona bien. También le dice que necesita inyecciones de insulina 3 veces al día y que debe estar al tanto por la hipoglucemia. Si no controla su azúcar podría quedarse ciega. Carmen se siente muy mal porque no entiende de qué habla el médico pero debe irse ya que el doctor ha llamado al paciente siguiente.	1	2	3	4	5	6
3. (Débora) es una mujer joven que ha sido llevada a la clínica por su familia ya que se siente muy ansiosa y angustiada. Ella también tiene miedo de que vaya a morir aunque goza de buena salud. El médico se ha tomado tiempo para escucharla y tranquilizarla y le invita a ir a la clínica en cualquier momento que lo necesite.	1	2	3	4	5	6
4. (Sonia) ha llegado a la clínica con su bebé de 3 meses. La madre dice que la niña ha perdido mucho peso, ha tenido fiebre durante 2 días y no toma su leche. La enfermera escucha a la madre sin interrumpirla. Después la enfermera le pregunta alguna información adicional y anima a la madre a que le pregunte si no ha entendido algo.	1	2	3	4	5	6
5. (Mario) le han dicho que tiene epilepsia y necesita tratamientos. El médico le ha explicado brevemente cuál es su estado. El médico está muy ocupado ya que hay una cola de pacientes esperando. A Mario le gustaría saber más acerca de lo que tiene pero siente que no hay tiempo para preguntas y que el médico no será de mucha ayuda.	1	2	3	4	5	6
6. A (Tomás) le han dicho que tiene cataratas y que necesita una operación. Nunca le han examinado los ojos y no entiende por qué no ve bien. El médico le ha explicado lo que tiene pero Tomás no ha entendido ni una palabra y tiene miedo de volver a preguntar. El médico no ha comprobado si lo ha entendido o no, después de tomar una pastilla. Cuando sufre el dolor de cabeza tiene que echarse en la cama y no puede hacer nada.	1	2	3	4	5	6
7. (Jiang) tiene un dolor en el pecho. Le duele cuando tose o mueve el pecho. Ha fumado durante 30 años. Después de examinarle, el médico le ha dicho que si no deja de fumar enfermará de cáncer. El médico no es muy comprensivo y ni siquiera le ha sugerido qué puede hacer para dejar de fumar.	1	2	3	4	5	6

P.41. Por favor, considere los siguientes casos, ¿cómo calificaría la experiencia de cada una de las siguientes personas en cuanto a la dignidad con que fueron tratados? (MOSTRAR CARTÓN 1 CON ESCALA)

LEER	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO	NO SABE
1. (Simón) tiene dolor de articulaciones y se queda sin aliento. Ve a dos especialistas para estos problemas una vez cada dos meses. Recientemente, como su problema respiratorio estaba empeorando pidió ver a un cardiólogo y su medicación fue reajustada. Ve a su médico de cabecera regularmente para sus recetas.	1	2	3	4	5	6
2. (Alfredo) tiene un médico de familia al que consulta regularmente. Recientemente unos amigos le aconsejaron consultar a un médico especializado en medicina alternativa para su problema de piel. Cuando le pidió a su médico que le enviara a uno, éste le dijo que era imposible y a cambio le envió a un dermatólogo.	1	2	3	4	5	6
3. (Nathan) ha padecido un dolor de cabeza durante el último año. Inicialmente su médico de cabecera le dio medicación pero eso no ayudó. Pidió ver a un especialista. Su caso ha sido investigado y se le ha detectado un tumor cerebral que va a requerir intervención quirúrgica. Él conoce a un famoso cirujano y ha podido conseguir una cita para la intervención este mes.	1	2	3	4	5	6
4. (Ibrahim) ha tenido problemas estomacales durante varios años. Le han mandado a muchos médicos pero sólo ha seguido las sugerencias de su médico de familia. Sus peticiones para ver a un conocido especialista del estómago han sido denegadas por su seguro.	1	2	3	4	5	6
5. (Pascal) necesita ir al hospital local por su presión sanguínea. Cada vez que va, le hace el reconocimiento un médico distinto. Cuando pidió ver a su médico anterior, le dijeron que era imposible. Una vez estuvo enfermo y se sentía mareado pidió ver a otro médico o especialista pero le dijeron que él no podía decidir a quién tenía que ver.	1	2	3	4	5	6
6. (Mamadou) va al centro de salud de la comunidad por su epilepsia. El debe ir en unos determinados días de la semana ya que la unidad/equipo que le ve sólo está disponible en esos días. De los cuatro miembros del equipo, aunque él ve a un neurólogo cada vez, no puede decidir a cuál de ellos va a ver ya que le mandan al que está disponible en el momento.	1	2	3	4	5	6
7. (Andhaka) va al hospital general local. El hospital es grande y tiene varias especialidades. Dependiendo de su enfermedad él puede decidir a qué departamento ir. Una vez que se ha registrado en el departamento sólo debe ver a la persona que se le ha asignado ese día.	1	2	3	4	5	6

8.3. Consentimiento informado

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

Título de la investigación:

Capacidad de respuesta del sistema de salud a personas con enfermedad mental y dependencia en el ámbito de la atención primaria

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en un proyecto de investigación que estamos realizando en el Centro de Salud de Las Fuentes, en Zaragoza. Su participación es importante para obtener el conocimiento que necesitamos, pero antes de tomar una decisión debe:

- Leer este documento entero
- Entender la información que contiene el documento
- Hacer todas las preguntas que considere necesarias
- Firmar el consentimiento informado, si finalmente desea participar.

Si decide participar se le entregará una copia de este documento y del consentimiento firmado. Por favor, consérvelos por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración porque usted es un profesional que trabaja en Atención Primaria y nos interesa conocer su percepción de la capacidad de respuesta del sistema de salud en este ámbito asistencial.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

El objetivo de este estudio es conocer la percepción que tienen los pacientes crónicos de la capacidad del sistema sanitario para responder a sus necesidades.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Se le va a solicitar que participe en un grupo focal para discutir durante 30 minutos sobre la capacidad que tiene el sistema de salud de dar respuesta a los pacientes que atiende en su consulta. Para ello, se acordará con usted y con el resto de los participantes del grupo la hora y el lugar para mantener dicha reunión.

Se harán grabaciones de voz de las intervenciones de los participantes del grupo, que serán posteriormente transcritas y analizadas.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

Este estudio no le causará ninguna molestia. El lugar y la hora de la entrevista se acordarán con usted previamente.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento es probable que no obtenga ningún beneficio por su participación, si bien usted contribuirá al avance del conocimiento y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por la participación.

7. ¿Cómo se van a gestionar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

De acuerdo con lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además, puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan los datos ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud.

Los datos codificados pueden ser transmitidos a terceros y a otros países, pero en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas, pero siempre manteniendo la confidencialidad de estos de acuerdo con la legislación vigente.

El promotor/investigador adoptará las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de

datos que pudieran permitir su identificación o que se utilicen para fines ajenos a los objetivos de esta investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas, pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

8. ¿Quién financia el estudio?

Este proyecto se financia con fondos procedentes del Instituto de Salud Carlos III.

El conocimiento derivado de este estudio puede generar en un futuro beneficios comerciales que pertenecerán al equipo investigador. Los participantes no tendrán derecho a reclamar parte de ese beneficio.

9. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Tal como se ha señalado, su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

Si usted desea retirarse del estudio se eliminarán los datos recogidos y las muestras biológicas no utilizadas en ese momento.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En caso de duda o para cualquier consulta relacionada con su participación puede ponerse en contacto con el investigador responsable, Dña.en el teléfonoen horario de 8:00 a 15:00 horas, o por correo electrónico en la dirección

Si finalmente desea participar, le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

Muchas gracias por su atención.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del PROYECTO: CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL SISTEMA DE SALUD A PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL Y DEPENDENCIA EN EL ÁMBITO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído el documento de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He hablado con:(nombre del investigador)

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio:

sí no (marque lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al paciente mencionado

Firma del Investigador:

Fecha:

8.4. Cuestionario de recogida de datos demográficos**DATOS DEMOGRÁFICOS**

D.S1. ¿Nació Ud. en España?

SÍ ☐ 1☐ NO 0NO SABE ☐ 99

D.S2. ¿Sus padres nacieron en España?

SÍ ☐ 1NO ☐ 0NO SABE ☐ 99

D.8. ¿Qué edad tenía Ud. cuando dejó los estudios que realizaba como única ocupación,
es
decir, cuando se dedicaba sólo a estudiar (NO TRABAJABA A LA VEZ)?
(SI AÚN ESTÁ ESTUDIANDO : CÓDIGO 00 - IR A D.10)

--	--

D.S3 ¿Qué estudios ha realizado usted?

Primaria incompleta 1

Primaria 2

EGB/Secundaria obligatoria/ESO/FP1 3

Bachillerato/COU/FP2 4

Estudios universitarios de grado medio 5

Estudios universitarios de grado superior 6

Estudios universitarios de tercer ciclo 7

D.15. a) ¿Cuál es su ocupación actual?

b) (SI NO REALIZA NINGUNA ACTIVIDAD REMUNERADA ACTUALMENTE-
CÓDIGOS 1 A 4 EN

D.15.a)

¿Ha realizado alguna actividad remunerada en el pasado?

¿Cuál fue su última ocupación?

LEER	a) OCUPACIÓN ACTUAL	b) ÚLTIMA OCUPACIÓN
INACTIVO		
Responsabilidad de hacer la compra diaria y del cuidado de la casa o sin ninguna actividad actual, no trabaja	1	1
Estudiante	2	2
En paro o temporalmente sin empleo	3	3
Jubilado o de baja por enfermedad prolongada o crónica	4	4
TRABAJA POR CUENTA PROPIA		
Agricultor/ Ganadero	5	5
Pescador	6	6
Profesionales (abogado, médico, contable, arquitecto, etc.)	7	7
Propietario de tiendas/ talleres de artesanía u otro tipo de trabajo por cuenta propia, autónomos	8	8
Propietario de un negocio (total o parcialmente) o de una empresa	9	9
TRABAJA POR CUENTA AJENA/ ASALARIADO		
Profesionales Empleados (médico, abogado, arquitecto)	10	10
Alto ejecutivo/ Directivo (Presidente, Consejero Delegado, Director General...)	11	11
Ejecutivo Medio, Gerente, (Jefe de Departamento, Director Junior, Profesor, Técnico, etc)	12	12
Empleados dedicados la mayor parte del tiempo a trabajos de oficina	13	13
Empleados no trabajando en oficina, pero viajando (vendedor, Representante, Conductor, etc)	14	14
Empleados no trabajando en oficina, pero trabajando en empresas de servicios (Hospital, Restaurante, Policía, Bomberos, etc)	15	15
Encargados/ Capataces	16	16
Trabajador cualificado	17	17
Trabajador no cualificado	18	18
NO HA REALIZADO NUNCA UNA ACTIVIDAD LABORAL	19	19

D.23. Si tuviera que escoger uno de estos 5 nombres para definir clases sociales, ¿a cuál diría que pertenece Ud.?

Clase media.....	1
Clase media baja.....	2
Clase trabajadora.....	3
Clase alta.....	4
Clase media alta.....	5
Rehúsa ser clasificado.....	6
Otro.....	7
No sabe.....	99

D.29. También necesitamos información sobre los ingresos de su hogar para poder analizar

los resultados del estudio de diferentes hogares.

Aquí hay una lista de grupos de ingresos.

Por favor, cuente los salarios mensuales de todos los miembros del hogar; todas las pensiones, seguros de beneficio, total beneficios por los niños, rentas, etc.

Por supuesto, sus respuestas a esta pregunta y a todas las anteriores de la entrevista, son estrictamente confidenciales y nunca volveremos a hacer referencia a Ud. o a su familia.

Por favor, dígame la letra del grupo de ingresos en la que se puede clasificar su hogar antes de deducir impuestos u otras retenciones.

B - Menos de 300 €	1
T - De 301 a 360 €	2
P - De 361 a 420 €	3
F - De 421 a 480 €	4
E - De 481 a 540 €	5
H - De 541 a 600 €	6
L - De 601 a 750 €	7
N - De 751 a 900 €.....	8
R - De 901 a 1050 €	9
M - De 1051 a 1200 €	10
S - De 1201 a 1350 €	11
K - 1351 € o más.....	12
Rehúsa contestar.....	13
No sabe.....	14

PROTOCOLO DE LA ENTREVISTA

	DÍA	MES
P.1. – Fecha de la entrevista	_ _	_ _

ANOTAR DE 00 A 24 HORAS “4 NÚMEROS”	HORA	MINUTOS
P.2. – Hora de comienzo de la entrevista	_ _	_ _

	MINUTOS
P.3. – Duración en Minutos de la Entrevista	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

P.4. – NÚMERO DE PERSONAS PRESENTES DURANTE LA ENTREVISTA.

Dos (Entrevistador y entrevistado).....	1
Tres.....	2
Cuatro.....	3
Cinco o más.....	4

P.5. – COOPERACIÓN DEL ENTREVISTADO

Excelente.....	1
Buena.....	2
Regular.....	3
Mala.....	4

P.6. – TAMAÑO DE HÁBITAT

Menos de 2.000 hab	1
De 2.001 a 10.000 hab	2
De 10.001 a 50.000 hab	3
De 50.001 a 100.000 hab	4
De 100.001 a 300.000 hab	5
De 300.001 a 500.000 hab	6
De 500.001 a 1.000.000 hab	7
Más de 1.000.000 hab	8