



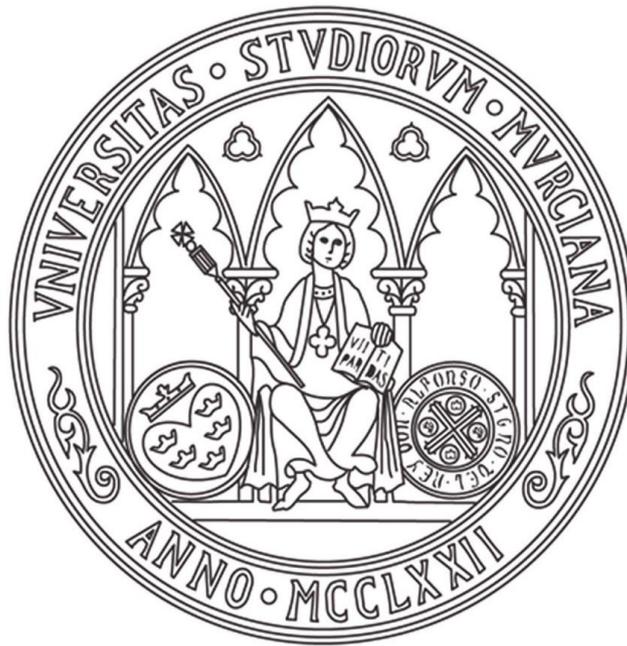
UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

**La Encuesta Nacional de Salud, como
Instrumento de Investigación para
la Planificación y Evaluación de
Políticas en Salud Pública**

D^a Shirley Beatriz Pérez Romero

2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

ESCUELA INTERNACIONAL DE DOCTORADO

TESIS DOCTORAL

“La Encuesta Nacional de Salud, como instrumento de investigación para la planificación y evaluación de políticas en Salud Pública.”

Shirley Beatriz Pérez Romero

Directores: Dr. D. Juan José Gascón Cánovas, Dra. Dña. Olga Monteagudo Piqueras,
Dr. D. Pedro Parra Hidalgo

Murcia, 2017

Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud

A mis padres, William José Pérez Pérez y Beatriz Romero de Pérez, porque gracias a vuestro amor constante y ejemplo de perseverancia, he logrado alcanzar muchas metas, entre ellas esta tesis doctoral.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a todas aquellas personas que, con su paciencia, calidad humana y/o aporte profesional e intelectual han contribuido a la realización de este trabajo.

A mi tía María Jesús Romero Lara, por su ejemplo de superación personal y amor incondicional.

A mi esposo Marcos Andrés y mi hija Camila, por su amor, paciencia y apoyo inquebrantable.

A mis directores de tesis Juan José Gascón, Olga Monteagudo y Pedro Parra, porque me han brindado muchas enseñanzas a nivel académico, profesional y humano. Gracias por su tiempo y constancia durante todo el proyecto.

A mi estadístico Diego Salmerón, por su invaluable trabajo y empeño para sacar adelante este proyecto.

A mis hermanos William, Warren, Alfonso y a mis sobrina/os Mayra, Valeria, Daniela y Warren por creer en mí.

Muchas gracias a todos.

Tabla de contenido

RESUMEN	VI
ABSTRACT	IX
RELACIÓN DE ARTÍCULOS INCLUIDOS	XII
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. ENCUESTAS DE SALUD: CONCEPTO Y GENERALIDADES	1
1.1.1. <i>Población y muestra en las encuestas de salud</i>	3
1.1.2. <i>Objetivos de las encuestas de salud</i>	4
1.1.3. <i>Ámbitos de estudio de las encuestas de salud</i>	5
1.1.4. <i>Fortalezas De Las Encuestas De Salud (Cuadro 1)</i>	6
1.1.5. <i>Debilidades De Las Encuestas De Salud</i>	8
1.1.6. <i>Definición y características de los Cuestionarios</i>	11
1.1.7. <i>Métodos de aplicación de los cuestionarios</i>	11
1.1.8. <i>Aplicación de cuestionarios mediante entrevista personal</i>	12
1.2. ENCUESTAS DE SALUD EN ESPAÑA	14
1.2.1. <i>Encuesta Nacional de Salud</i>	14
1.2.2. <i>Encuesta Europea de Salud (EES)</i>	17
1.3. LA SALUD MENTAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA SALUD PÚBLICA.....	21
1.3.1. <i>El concepto de Salud Mental</i>	23
1.3.2. <i>Comprender los trastornos mentales y conductuales</i>	24
1.3.3. <i>Salud Mental y Factores Sociales</i>	25
1.3.4. <i>Una visión integrada desde la salud pública</i>	29
1.4. LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE COMO INDICADOR DE RESULTADO DE LOS SERVICIOS SANITARIOS	31
1.4.1. <i>Factores que influyen sobre la satisfacción del paciente</i>	34
1.4.2. <i>Características del paciente</i>	34
1.5. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	36
2. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	39
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	43
OBJETIVOS GENERALES	43
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	43
HIPÓTESIS.....	44

4. ARTICULOS INCLUIDOS.....	45
ARTÍCULO 1: RECESIÓN ECONÓMICA (2006-2012) Y CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.....	47
ARTÍCULO 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABILIDAD GEOGRÁFICA RELACIONADA CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	51
ARTÍCULO 3: RELEVANCIA DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y SANITARIO EN LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE.....	55
5. CONCLUSIONES FINALES.....	59
6. APENDICES Y ANEXOS.....	¡Error! Marcador no definido.

ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

APS: Atención Primaria de Salud

CCAA: Comunidades autónomas

EES: Encuesta Europea de Salud

EFQM: Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (siglas en ingles)

ENS: Encuesta Nacional de Salud

ES: Encuestas de Salud

IDH: Índice de Desarrollo Humano

INE: Instituto Nacional de Estadística

ISO: Organización Internacional de Normalización

OR: Odds Ratio

PIB: Producto Interior Bruto

RP: Razón de Prevalencia

SNS: Sistema Nacional de Salud

VAB: Valor Añadido Bruto

RESUMEN

Introducción: Las encuestas de salud son instrumentos diseñados por la epidemiología para estudiar la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad, y son de relevancia científica ya que se utilizan para generar hipótesis de investigación. Además, proporcionan a los responsables políticos y gestores, la capacidad para supervisar los resultados en salud y así ajustar sus políticas, estrategias y programas.

Objetivo: Analizar, a través de la encuesta nacional de salud, la relación de factores socio-económicos con indicadores de salud y con la satisfacción del paciente, como medidas de resultados en salud para la evaluación y planificación de políticas sanitarias.

Métodos: Este trabajo se realizó a través de tres estudios elaborados entre noviembre 2013 y enero 2017, e incluye los siguientes análisis: Un primer estudio, a partir de las encuestas nacionales de salud (ENS) de España 2006/2007 - 2011/2012. Este análisis valoró mediante modelos de regresión logística múltiple la asociación de la actual recesión económica con la probabilidad de desarrollar un trastorno mental (a través del GHQ-12 incluido en la ENS), con el consumo de ansiolíticos y somníferos, y con la autopercepción del estado de salud de la población española. Se llevaron a cabo dos estudios adicionales tomando como base de datos la encuesta europea de salud (EES) realizada en España en el año 2009. El segundo análisis, evaluó a través de una regresión de Poisson, las características socio-económicas relacionadas con la satisfacción del paciente respecto a la atención proporcionada por el médico de atención primaria (AP) y su

variabilidad geográfica. El tercer estudio, mediante un análisis multinivel, identificó variables socioeconómicas y sanitarias asociadas a la satisfacción del paciente con los servicios sanitarios recibidos en: Hospitales, medicina especializada y médicos de atención primaria, y su variabilidad de acuerdo al área geográfica de residencia.

Resultados: El primer análisis, evidenció que en los años 2011/2012 se incrementó el consumo de medicamentos ansiolíticos y somníferos en hombres (OR=2.3; IC95% 1.8-2.8) y mujeres (OR=1.7; IC95% 1.4-1.9). La disfunción mental aumentó durante el periodo de crisis económica en la población de varones (OR=1.2; IC95% 1.1-1.3). En cuanto al análisis de la satisfacción de los pacientes con el médico de AP, aproximadamente uno de cada 3 usuarios consideró que la atención proporcionada había sido excelente, mientras que el 6,7% se mostró insatisfecho. Existió una amplia variabilidad en la satisfacción entre los distintos servicios regionales de salud, prevalencias que oscilaron entre el 10,9 y el 55,2%. Por otra parte, esta valoración estuvo estrechamente relacionada con la edad, nivel de salud auto-percibida, salud mental, ingresos hospitalarios previos, estatus de enfermedad crónica y limitaciones en las actividades diarias. El estudio de la satisfacción del paciente con los servicios recibidos en: Hospitales, medicina especializada y médicos de atención primaria se asoció a variables como sexo femenino, mayor edad, mejor nivel de salud mental y a sujetos nacidos en países del Magreb o de la UE distintos a España. El análisis jerárquico demostró una asociación significativa entre satisfacción y el PIB per cápita (OR= 2,53; IC95%: 1,18 - 5,42) o el gasto por habitante en servicios sanitarios (OR = 2,54; IC 95%: 1,07 - 6,02). La insatisfacción se vio relacionada con tasas de analfabetismo,

tasas de paro de corta y larga duración, el % VAB en el sector servicios, ratio consultorios/número de habitantes.

Conclusiones: La recesión económica mostró una relación variable con la salud mental y general de la población, y coincidió con un aumento de los trastornos de salud mental, como la ansiedad. La satisfacción con la atención proporcionada con el médico de APS es relativamente alta. No obstante, presenta una distribución heterogénea entre las comunidades autónomas y las características sociodemográficas y el nivel de salud del usuario. Casi un 11% de la población estudiada percibe como “excelente” la atención recibida en hospitales, consultas médicos especialistas y médicos de atención primaria. Factores como el sexo, la edad, la salud mental positiva o el país de nacimiento se relaciona con la satisfacción del paciente. De igual forma, hay diferencias en la satisfacción de acuerdo a determinantes socio-económicos como el PIB per cápita, tasas de analfabetismo, tasas de paro o ratio número de habitantes/consultorios.

Palabras clave: Encuestas de salud; Recesión económica; Salud mental; Factores epidemiológicos; Estado de salud; España; Satisfacción del paciente; Atención Primaria; Garantía de la calidad de Atención de Salud; Determinantes; Indicadores económicos; Análisis multinivel.

ABSTRACT

Introduction: Health surveys are instruments designed by epidemiology to study the frequency and distribution of health and disease events, and they are of great scientific importance because they are used to explore and generate research hypotheses. In addition, they provide policy makers and managers the ability to monitor health outcomes and thus adjust their policies, strategies and programs if necessary.

Objective: To analyze, through the national health surveys, the relationship of socio-economic factors with health indicators and patient satisfaction as measures of health outcomes for the evaluation and planning of health policies.

Methods: This work was carried out through three studies elaborated between November 2013 and January 2017, which included the following analyzes: A first analysis, based on the national health surveys (ENS) of Spain 2006/2007, 2011/2012 from which the association of the current economic recession with the probability of developing a mental disorder (through the GHQ-12 included in the ENS), with the consumption of anxiolytics and sleeping pills, and with the self-perception of Health status of the Spanish population, was studied through models of multiple logistic regression. Based on the European Health Survey (EES) conducted in Spain in 2009, two additional studies were carried out. The second analysis evaluated, through a Poisson regression, the socioeconomic characteristics related to patient satisfaction regarding the care provided by the PHC physician and its geographical variability. The third study identified socioeconomic and health variables, associated to patient

satisfaction with the health services received in: hospitals, specialized medicine and primary care physicians, and their variability according to the geographical area of residence, through a multilevel analysis.

Results: The first analysis showed that consumption of anxiolytic and sleeping pills in men (OR = 2.3, CI 95% 1.8-2.8) and women (OR = 1.7, CI95% 1.4-1.9) increased in the years 2011/2012. Mental dysfunction increased during the period of economic crisis in the male population (OR = 1.2, 95% CI 1.1-1.3). Regarding the analysis of patient satisfaction with the primary care physician, approximately one in three users considered that the care provided had been excellent, while 6.7% were dissatisfied. There was a wide variability in satisfaction among the different regional health services, prevalences ranging from 10.9 to 55.2%. On the other hand, this assessment was closely related to age, self-perceived health level, mental health, previous hospital admissions, chronic disease status and limitations in daily activities. The study of patient satisfaction with the services received in: Hospitals, specialized medicine and primary care physicians was associated with variables such as female sex, older age, better mental health level and subjects born in different countries from Maghreb or the EU besides Spain. The hierarchical analysis showed a significant association between satisfaction and per capita GDP (OR = 2.53, 95% CI: 1.18-5.42) or per capita spending on health services (OR = 2.54, 95% CI: 1.07-6.02). Dissatisfaction was related to illiteracy rates, short- and long-term unemployment rates, GVA% in the services sector, and the number of inhabitants /doctor's office ratio.

Conclusions: The economic recession showed a variable relationship with mental and general health of the population, and coincided with an increase in mental health disorders, such as anxiety. Satisfaction with the care provided by the PHC physician is relatively high. However, it presents a heterogeneous distribution among the autonomous communities and the sociodemographic characteristics and the health status of the user. Almost 11% of the population studied perceived as "excellent" the care received in hospitals, specialist medical consultations and primary care physicians. Factors such as sex, age, mental health or country of birth are related to patient satisfaction. Similarly, there are differences in satisfaction according to socio-economic determinants such as GDP per capita, illiteracy rates, unemployment rates or number of inhabitants /doctor's office ratio. Factors such as sex, age, positive mental health or country of birth are related to patient satisfaction. Similarly, there are differences in satisfaction according to socio-economic determinants such as GDP per capita, illiteracy rates, unemployment rates or number of inhabitants /doctor's office ratio.

Keywords: health survey; economic recession; mental health; epidemiologic factors; health status; Spain; Patient satisfaction; Primary Care; multilevel analysis; factors socioeconomic; health services; Economic Indexes; Quality Assurance, Health care.

RELACIÓN DE ARTÍCULOS INCLUIDOS

Esta tesis doctoral ha sido realizada según la modalidad de compendio de trabajos publicados en revistas científicas.

A continuación se presentan las publicaciones que componen esta tesis, así como mi aportación en cada una de ellas:

Artículo 1

Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, de la Cruz-Sánchez E, Sánchez-Ruiz JF, Parra-Hidalgo P, Monteagudo-Piqueras O. Recesión económica (2006-2012) y cambios en el estado de salud de la población española. *Salud pública de México*. 2016; 58(1): 41 - 48.

Información previa y criterios de calidad:

- Manuscrito recibido el 16 de febrero de 2015; aceptado 10 de noviembre de 2015.
- Factor de impacto (JCR, 2015): 1,107
- Área temática y posición: Public, Environmental & occupational health; (Q3)

Aportación del doctorando: He participado en la elaboración de este manuscrito. Realicé las búsquedas bibliográficas para actualizar la información existente sobre el objetivo del estudio e interpretar los resultados obtenidos. Elaboré las tablas relacionadas con los resultados

principales así como la redacción de los borradores hasta la versión final del manuscrito.

Artículo 2

Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo- Piqueras O. Características sociodemográficas y variabilidad geográfica relacionada con la satisfacción del paciente en Atención primaria. *Revista de calidad asistencial*. 2016; 31(5): 300-308

Información previa y criterios de calidad:

- Manuscrito recibido el 15 de septiembre de 2015; aceptado el 12 de enero de 2016
- Factor de impacto (SJR, 2015): 0,183
- Área temática y posición: Medicine, Health Policy, Medicine - miscellaneous- (Q3)

Aportación del doctorando: He participado en la elaboración de este manuscrito. Realicé las búsquedas bibliográficas para actualizar la información existente sobre el objetivo del estudio e interpretar los resultados obtenidos. Elaboré las tablas relacionadas con los resultados principales así como la redacción de los borradores hasta la versión final del manuscrito.

Artículo 3

Pérez-Romero S, Gascón-Cánovas JJ, Salmerón-Martínez D, Parra-Hidalgo P, Monteagudo- Piqueras O. Relevancia del contexto socioeconómico y sanitario en la satisfacción del paciente. Gac Sanit. 2017; 31(5):416-422.

Información previa y criterios de calidad:

- Manuscrito recibido el 25 de noviembre de 2016; aceptado el 25 mayo de 2017.
- Factor de impacto (JCR, 2016): 1,77
- Área temática y posición: Public, Environmental & occupational health; (Q3)

Aportación del doctorando: He participado en la elaboración de este manuscrito. Realicé la búsqueda bibliográfica para actualizar la información existente sobre el objetivo del estudio e interpretar los resultados obtenidos. Elaboré las tablas relacionadas con los resultados principales así como la redacción de los borradores hasta la versión final del manuscrito.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Encuestas de Salud: concepto y generalidades

Las encuestas de salud (ES), son sistemas de información que obtienen datos recogidos sobre muestras de poblaciones humanas, también llamada población diana. Las ES recogen información sobre temas de salud (generales o específicos) mediante un cuestionario estructurado que es respondido generalmente por una muestra representativa de la población que se desea analizar, de manera que los resultados puedan inferirse al universo de referencia ⁽¹⁻⁴⁾.

De igual forma, podríamos definir las encuestas de salud, como estudios de carácter transversal que, en un momento dado, muestran una “fotografía” sobre la salud de la población o la utilización de los servicios sanitarios, convirtiéndose, pues, en estudios de prevalencia que los hace especialmente interesantes en la planificación sanitaria. Habitualmente, se trata de encuestas por entrevista de carácter presencial, aunque también pueden realizarse por correo, telefónicamente u otros métodos, dirigidas al conjunto de la población y no solamente a aquella que ha utilizado los servicios asistenciales o que presenta un determinado problema de salud ^(1, 5-7).

La técnica de encuesta, es un procedimiento ampliamente utilizado en el ámbito sanitario, como queda demostrado en los numerosos artículos publicados en los últimos años. Estos artículos tratan sobre una gran variedad

de temas (la valoración del estado de salud y calidad de vida relacionada con la salud, las conductas relacionadas con la salud, la morbilidad percibida, la presencia de discapacidades o dependencia, o la utilización de servicios, encuestas de satisfacción, etc.), lo que puede dar una idea de la relevancia de un procedimiento de investigación que permite aplicaciones masivas y la obtención de una gran cantidad de información sobre un extenso abanico de cuestiones a la vez ⁸.

Así pues, las encuestas de salud son un instrumento fundamental para recolectar información que se puede obtener directamente de la población y que no se logra mediante los registros rutinarios y otras fuentes de información sistemáticas, y aunque no constituyen una fuente de información habitual, son una parte primordial de los sistemas de información sanitaria. Están consideradas como herramientas esenciales para la toma de decisiones en planificación sanitaria. Permiten conocer aquellas necesidades de la población que no se convierten en demanda, además de proporcionar denominadores poblacionales útiles para el cálculo de tasas, estimaciones del número de personas a riesgo y ayudar a la evaluación de las políticas de salud y servicios, adquiriendo un papel básico para orientar de manera racional los objetivos y las intervenciones. Esta herramienta es también, especialmente útil por su capacidad para explorar y generar hipótesis de investigación (estudios analíticos), estimar la prevalencia de algunos padecimientos (esto es, la proporción de individuos que padece alguna enfermedad en una población en un momento determinado), así como identificar posibles factores de riesgo para algunas enfermedades ^(9 - 11).

Cuando el objetivo es explorar hipótesis de investigación, la característica particular de este tipo de técnica es que la variable de resultado (enfermedad o condición de salud) y las variables de exposición (características de los sujetos) se miden en un mismo momento o periodo definido. Como ejemplos se tiene el análisis de: la relación entre alcoholismo (exposición) y violencia en el núcleo familiar (evento) y la relación entre actividad física (exposición) y obesidad (evento)¹².

1.1.1. Población y muestra en las encuestas de salud

En las encuestas de salud, se obtiene información sobre una población definida para propósito del estudio, y se recogen datos de los sujetos sin estratificarlos a priori de acuerdo con la presencia o ausencia de la variable de resultado que se desee analizar.

Se define como población base del estudio aquella a la que el estudio hace referencia. En muchas ocasiones una encuesta de salud no logra obtener información de todos los sujetos que hacen parte de la población de estudio, sino de un grupo de ellos llamado muestra.

Es así como al realizar una ES, es necesario definir la unidad de observación del estudio, esto es, la unidad básica sobre la cual se obtendrá información, como por ejemplo, los individuos, familias, hogares o escuelas.

De igual forma, el proceso de selección del sujeto que responderá la encuesta es muy importante, teniendo en cuenta que la muestra seleccionada deberá reflejar las características de la población base que se desea estudiar. Se

considerará la idoneidad de la muestra seleccionada dependiendo de su representatividad, es decir, de su capacidad para reproducir las mismas características de la población de la que proviene; si la muestra no es representativa de la población se dice que es sesgada.

Existen diversos métodos de selección de sujetos para participar en las ES llamados métodos de muestreo. Estos, permiten asegurar que los individuos que componen la muestra son representativos de la población de la que provienen, entre ellos se encuentran: el muestreo aleatorio simple, muestreo aleatorio estratificado, muestreo por conglomerados o el muestreo sistemático con arranque aleatorio ^(8, 12 -14).

1.1.2. Objetivos de las encuestas de salud

Los principales objetivos que se persiguen al realizar una encuesta de salud son los siguientes:

- Conocer los problemas de salud percibida y las conductas relacionadas con la salud de la población.
- Conocer el patrón de utilización de servicios de salud tanto preventivos como curativos o de rehabilitación.

- Analizar la relación entre el estado de salud, las conductas relacionadas con la salud y la utilización de servicios sanitarios con los factores socioeconómicos.
- Evaluar y monitorizar indicadores socio-sanitarios como, la población con limitación de la actividad, población con discapacidad, equidad, etc.
- Comparar en el ámbito geográfico o en el tiempo (si se realizan encuestas periódicamente) los distintos aspectos mencionados anteriormente ^(1,8).

1.1.3. Ámbitos de estudio de las encuestas de salud

La mayoría de ES tienen ámbitos de estudios comunes, entre ellos:

- Características sociodemográficas: sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios, ocupación, clase social, ingresos económicos, situación laboral, municipio de residencia y otros aspectos relacionados con las condiciones de vida.
- Comportamientos relacionados con la salud: consumo de tabaco, alcohol, actividad física, estilos de vida y actividades preventivas.

- Estado de salud: autopercepción del estado de salud, calidad de vida, trastornos crónicos, discapacidades, salud mental, limitación de las actividades por motivos de salud.

- Utilización de servicios: cobertura sanitaria, visitas a profesionales sanitarios (medicina general, enfermería, especialidades médicas, etc.), utilización de dispositivos asistenciales (atención primaria, urgencias, hospitales), calidad de los servicios, satisfacción con los mismos y consumo de medicamentos.

Ante la relevancia que tienen las ES en el ámbito socio-sanitario, es fundamental enumerar tanto sus fortalezas como sus debilidades. A continuación, se esbozan algunas de ellas:

1.1.4. Fortalezas De Las Encuestas De Salud (Tabla 1)

- Suministran información del conjunto de la población general, utilicen o no los servicios de salud, sean de carácter público o privado.
- Permite aplicaciones masivas, que mediante técnicas de muestreo adecuadas pueden hacer extensivos los resultados a comunidades enteras.
- Complementan información que no es posible obtener de otras fuentes o la proporcionan en ausencia de fuentes rutinarias.

- Brindan una visión multidimensional de la salud a partir de la información directa de la población.
- Aportan una amplitud y variedad de contenidos que permiten establecer asociaciones y relaciones entre variables de salud y demográficas, económicas y sociales, así como establecer perfiles de poblaciones e identificar diferencias y desigualdades.
- Permiten, a través de su realización periódica, analizar la evolución del estado de salud de la población, evaluar la efectividad de las intervenciones sanitarias y orientar los objetivos de salud y servicios a la satisfacción de las necesidades de salud identificadas.
- Facilitan adecuar su diseño (cuestionarios, tamaño de la muestra, periodicidad, etc.) en función de objetivos, cambios epidemiológicos, presupuestarios o cambios sociales concretos.
- La información se recoge de modo estandarizado mediante un cuestionario (instrucciones iguales para todos los sujetos, idéntica formulación de las preguntas, etc.), lo que permite hacer comparaciones intra-grupales.
- Constituyen una forma de participación de la población en la planificación sanitaria, ya que ayudan en la identificación de problemas y necesidades y en la evaluación de políticas de salud y servicios.

- Favorecen al conocimiento, mediante la cesión de microdatos, a los potenciales usuarios de la misma.

1.1.5. Debilidades De Las Encuestas De Salud

- Reducen la complejidad de los fenómenos relacionados con la salud a los datos obtenidos a través de un cuestionario, habitualmente con un número limitado de preguntas y de respuestas (cerradas).
- Encuentran variabilidad en la percepción de los fenómenos, ya que ésta es relativa respecto a las expectativas de los individuos.
- Tienen un coste económico elevado, aunque la adaptabilidad a la disponibilidad presupuestaria es mayor que en los sistemas de información rutinarios que requieren de presupuestos fijos.
- Presentan errores provenientes de la complejidad del diseño, recogida de datos y análisis. Los más frecuentes son de no observación (cobertura, no respuesta o muestreo), de medida (entrevistado, entrevistador, instrumento o método) y de cálculo (proceso y elaboración de la base de datos y análisis).
- Necesitan de la coordinación de equipos expertos y estables en todo el proceso de elaboración.

- Pierden representatividad en el análisis de fenómenos de baja prevalencia o en el estudio de territorios pequeños; son necesarias las muestras grandes, lo que genera una limitación desde el punto de vista económico.
- Muestran dificultades para abordar determinados temas que presentan resistencia por parte de la población (salud sexual, consumo de drogas y bebidas alcohólicas, ingresos económicos, etc.) ^(1,8, 14-17)

Tabla 1 Principales características de las ENS y su utilidad en el ámbito de la salud pública	
Fortalezas de las ENS	Utilidad en el marco de la salud pública
Medir la carga de enfermedad y factores de riesgo seleccionados.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar la magnitud de dicha carga y la proporción de esta atribuible a los factores que la producen. ▪ Dimensionar los recursos asistenciales requeridos, valorizar el impacto económico de enfermedades y factores de riesgo, estudiar brechas en las necesidades de atención, evaluar la efectividad de intervenciones, etc.
Facilitar el proceso de jerarquización de problemas de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insumo indispensable para establecer prioridades en políticas, planes y programas nacionales con adecuada focalización. ▪ Herramienta para la toma de decisiones.
Evaluar los cambios en el tiempo de problemas de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar y activar sistemas de vigilancia en salud, especialmente en el marco de enfermedades crónicas.
Establecer mediciones basales en salud.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Insumo esencial para evaluar el resultado y efecto de intervenciones, planes y programas.
Establecer objetivos de intervención y fijar metas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Herramienta para el diseño de planes nacionales de salud y el marco metodológico para su posterior evaluación.
Conocer mejor la forma en que se presentan y evolucionan los problemas de salud en la población.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseñar estrategias preventivas adecuadas a la realidad nacional. ▪ Adecuar modelos tradicionales de atención de salud.
Evaluar el resultado técnico de intervenciones específicas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar las denominadas coberturas efectivas (impacto real de intervenciones en salud) en enfermedades relevantes (por ejemplo: hipertensión arterial, diabetes).
Determinar indicadores de necesidad percibida en salud y demanda satisfecha de salud	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estimar la demanda de atención de salud y la inclusión de aspectos cualitativos.
Evaluar la influencia del nivel educacional y socioeconómico, etnia, sexo, edad y región del país en las prevalencias estudiadas.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporar los determinantes sociales en salud en la evaluación de la situación de salud y las condiciones de vida. Efectuar análisis de desigualdades e inequidades en salud.
Establecer prevalencias de consumo, dosis y tipo de medicamentos utilizados en forma regular.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualizar el Formulario Nacional y el listado priorizado de fármacos para estudios de equivalencia terapéutica fármaco-vigilancia, estimar el gasto en medicamentos en subpoblaciones para el diseño de políticas de medicamentos. ▪ Ser el germen para futuros análisis fármaco-económicos.

Fuente: Valdivia G, Margozzini P. Encuestas Nacionales de Salud: Un ejemplo de instrumentos esenciales para contribuir al diseño de políticas de salud. *Persona y Sociedad*. 2012; 25(1): 147-74.

1.1.6. Definición y características de los Cuestionarios

El cuestionario, es el instrumento básico utilizado en la investigación por encuesta, lo podemos definir como el “documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta”. De esta definición es posible concluir que la palabra “encuesta” se utiliza para denominar a todo el proceso que se lleva a cabo, mientras la palabra “cuestionario” quedaría restringida al formulario que contiene las preguntas que son dirigidas a los sujetos objeto de estudio.

El objetivo que se persigue con el cuestionario es convertir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de producir respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas ¹⁵.

1.1.7. Métodos de aplicación de los cuestionarios

Tras haber diseñado y probado el cuestionario, existe un aspecto destacado a tener en cuenta: los métodos para su aplicación. El cuestionario puede ser aplicado por un encuestador entrenado mediante una entrevista personal o telefónica, o bien puede ser auto-administrado, tanto con el encuestador presente como por correo. En cualquier caso, el método de aplicación seleccionado tendrá repercusión sobre las respuestas de los encuestados, sobre el propio diseño del cuestionario y sobre el tiempo necesario para su contestación.

1.1.8. Aplicación de cuestionarios mediante entrevista personal

En esta situación, un encuestador, adecuadamente entrenado, lee las preguntas al entrevistado y anota en el cuestionario las respuestas. Las entrevistas realizadas bajo esta modalidad presentan las siguientes ventajas:

- Al tener que contestar el entrevistado en el acto, se evitan las influencias o consultas de terceras personas.
- Al exigir menos esfuerzo por parte del entrevistado, el cuestionario puede ser más extenso.
- Mediante las entrevistas personales se consiguen los mayores porcentajes de respuesta a las preguntas (entre 80 y 85%).

La realización cuidadosa del cuestionario y del diseño muestral puede verse invalidada por una aplicación deficiente del mismo. En este sentido, es indispensable realizar una buena selección de los encuestadores y preparar los materiales necesarios para la realización correcta del trabajo de campo. Entre las características personales que deben reunir los encuestadores pueden destacarse la meticulosidad, el interés por las personas, la resistencia a la frustración y la honestidad, además de un nivel cultural medio. Por otro lado, los encuestadores deben tener una formación general sobre la investigación mediante encuestas y específica sobre la investigación concreta en la que participan.

Por último, como señalan algunos estudios¹⁶, en el desarrollo de cualquier investigación por encuesta pueden confluír distintos tipos de errores que afectarían la interpretación de los resultados. Fundamentalmente pueden dividirse en dos grandes grupos:

1. Errores aleatorios. Los errores aleatorios son los debidos al azar. Entre ellos se encuentra:

- ***Errores de muestreo.*** Estos errores pueden generarse cuando, por azar, la muestra seleccionada no representa a la población de la que procede. Esta posibilidad es mayor cuanto menor es el tamaño de la muestra estudiada.

- ***Errores de medición.*** El error aleatorio también puede producirse al medir las variables, de ahí la necesidad de estandarizar las condiciones de aplicación mediante instrucciones que garanticen la igualdad de condiciones para todos los encuestados.

2. Errores sistemáticos. Los errores sistemáticos, o sesgos, son errores en el diseño del estudio. Pueden ser:

- ***Sesgos de muestreo.*** Entre los errores de muestreo se destacan los derivados de una selección inadecuada de la muestra, que no representa a la población de estudio, y los originados por la falta de respuesta a todo el cuestionario o alguna de sus preguntas.

- **Sesgos de información.** Éstos pueden ser consecuencia de los errores cometidos en el diseño del cuestionario, en el modo de aplicación o en el manejo de los datos, y a los sesgos introducidos por el entrevistador o atribuibles al entrevistado.

Todos estos errores influirán en la fiabilidad y validez del cuestionario. En este sentido, es preciso verificar, en primer lugar, que el estudio de la fiabilidad y la validez de un cuestionario estará determinado por las características de las preguntas que lo componen, ya que en la mayoría de los casos no se tendrá una medida identificativa, o puntuación, para cada uno de los sujetos que han participado en la investigación ^(8, 15-25).

1.2. Encuestas de salud en España

1.2.1. Encuesta Nacional de Salud

En España, la primera Encuesta Nacional de Salud (ENS) se llevó a cabo en 1987, y se han realizado nuevas ediciones en los años 1993, 1995, 1997, 2001, 2003, 2006 y 2011. El Ministerio de Sanidad, servicios sociales e igualdad (MSSSI) es el organismo responsable de realizar la Encuesta Nacional de Salud de España, se trata de una operación estadística de periodicidad bienal incluida en el Plan Estadístico Nacional y que, como instrumento básico para ampliar el conocimiento de la salud de los ciudadanos y elemento fundamental para la planificación sanitaria y adopción de medidas de salud

pública, forma parte del Sistema de Información del Sistema Nacional de Salud.

La ENS, es un instrumento de investigación dirigido a una muestra de unos 26.502 (en el periodo 2011/2012) individuos, representativa de la población no institucionalizada residente en España. Desde su inicio y hasta 2001, la selección de las personas a entrevistar se realizó mediante técnicas de muestreo no probabilístico (cuotas de edad y sexo); sin embargo, dado que las exigencias de calidad y rigor en los datos de la encuesta hacen necesario utilizar una muestra probabilística, desde 2003 la selección se realiza de manera aleatoria a partir de un marco de población definido: el Censo de Población, gestionado por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

El INE colabora con el ministerio en la elaboración de los cuestionarios, el diseño de la muestra, la recogida de datos, el tratamiento informático y la confección de la base de datos. La encuesta se dirige a una muestra representativa de la población no institucionalizada residente en España, y para cada comunidad autónoma se diseña una muestra independiente que permite obtener resultados representativos. Se realiza mediante entrevista personal en el domicilio de la persona seleccionada a partir de tres tipos diferentes de cuestionarios: de hogares (21.508 viviendas en 2011) recoge información sociodemográfica básica de los miembros del hogar y permite la selección aleatoria del adulto y del menor, en su caso, a entrevistar. El cuestionario de adultos contiene la información concreta sobre estado de salud, estilos de vida y utilización de servicios sanitarios proporcionada de manera directa por la población de 15 y más años. El cuestionario de

menores, que se dirige a población menor de 15 años, está concebido para ser contestado por un informador indirecto, es decir, la persona que se ocupa regularmente del menor. Para poder disponer de información comparable se ha mantenido el contenido principal de la encuesta de 1987, aunque en las ediciones posteriores se han incorporado o variado diversas preguntas de acuerdo con las necesidades de información.

En la actualidad, las materias que recoge la Encuesta Nacional de Salud se agrupan en tres grandes módulos: 1. el estado de salud percibida por los ciudadanos, 2. sus estilos de vida o determinantes relacionadas con la salud, y 3. la utilización de los servicios sanitarios; además, se obtiene información sobre diversas características sociodemográficas y geográficas de la población, que permiten analizar los datos sobre el estado de salud y sus determinantes en función de estas variables de clasificación.

Entre las novedades que se han introducido en la Encuesta Nacional de Salud de España a partir del 2006, es importante destacar la posibilidad de obtención de un índice de salud mental (a partir de los resultados del cuestionario GHQ-12, instrumento validado y aceptado internacionalmente). Además, se ha incorporado la perspectiva de género, tanto en el diseño como en el análisis de la encuesta. Otra novedad destacable ha sido la incorporación en el año 2011, de la medida de calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta, mediante el cuestionario genérico EuroQol. Este aborda cinco dimensiones: movilidad, cuidados personales, actividades

cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Y también incluye una escala visual analógica.

La ENS, a través de sus ediciones periódicas, ha permitido obtener información del estado de salud de la población y relacionar morbilidad, utilización de servicios sanitarios y hábitos de vida entre sí y con determinadas características sociodemográficas y geográficas, convirtiéndose en una herramienta útil para poner en evidencia diferencias y desigualdades en el estado de salud y/o asistencia sanitaria entre grupos sociales. Y de acuerdo a esta información, ha proporcionado elementos de apoyo para la toma de decisiones sanitarias, tanto en lo que se refiere a la planificación sanitaria como a la gestión de servicios sanitarios y al establecimiento de programas de salud ^(1, 26-28).

1.2.2 Encuesta Europea de Salud (EES)

En España, se ha incorporado desde el año 2009 la EES. Esta encuesta se diseñó con el objetivo de armonizar la información y disponer de indicadores comunes. Es así, como los Directores de Estadísticas Sociales de los Estados Miembros de la Unión Europea (UE) acordaron implementar, dentro del Sistema Estadístico Europeo, un Sistema Europeo de Encuestas de Salud (EHSS - siglas en inglés), entre las cuales se encontraría una encuesta de Salud a través de entrevista personal (EHIS - siglas en inglés). El objetivo de esta encuesta sería medir de forma homogénea el estado de salud de los ciudadanos de la UE, así como su estilo de vida y el uso que hacen de los

servicios sanitarios, y así garantizar un alto grado de comparabilidad entre los miembros de la UE.

La primera edición de la encuesta se ha realizado en los Estados Miembros de la UE entre 2006 y 2009, accediendo a que cada uno de los 27 países miembros la implementase en el periodo que considerara más conveniente y admitiendo la posibilidad de adaptación del cuestionario.

En el estado español, los dos organismos implicados en el proyecto, Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (MSPSI) e INE, han llevado a cabo la operación estadística bajo el nombre de Encuesta Europea de Salud 2009 (EES-2009), incluida en el Plan Estadístico Nacional. En las distintas fases del desarrollo del cuestionario, el INE ha mantenido los protocolos marcados por Eurostat para la traducción con el fin de garantizar el sentido de las 3 dimensiones del cuestionario original. Tanto el MSPSI como el INE han realizado conjuntamente una comparación con la ya existente Encuesta Nacional de Salud (ENS) con el fin de elaborar una adaptación del cuestionario que procurase mantener en lo posible las principales series ya existentes, sin posibilidad de perder garantía en la comparabilidad de la información, objetivo básico de la EES-2009.

Es importante señalar los pasos previos que condujeron a la EES-2009: En primer lugar se realizó una selección “post-armonizada” de 12 indicadores provenientes de Encuestas Nacionales de Salud que se revisaron y ampliaron a 18 ítems en 2002 y en 2004 (incluían autopercepción del estado de salud, enfermedades crónicas, tabaquismo, actividad física, atención médica). No

obstante, la calidad y la comparabilidad de los datos resultaron insuficientes, debido a los diferentes ámbitos temporales considerados en cada país, así como a las peculiaridades metodológicas. Un segundo paso constituyó el Módulo Mínimo Europeo de Salud (MHEM- siglas en inglés) que incluía 3 cuestiones relacionadas con la percepción del estado de salud y las enfermedades crónicas, y que se incluyó en la Encuesta de Condiciones de Vida europea (SILC - siglas en inglés). La sencillez de éste módulo admitió que se introdujese en diversas encuestas sociales, y facilitó la comparabilidad y el análisis transversal entre países.

Finalmente, se impulsó un grupo de trabajo que desarrollase un cuestionario con un alto nivel de estandarización, cuidando substancialmente la traducción posterior realizada por los países miembros para mantener el concepto general de cada pregunta. En el cuestionario se incluirían ítems relacionados tanto con las necesidades de información para las políticas sanitarias como puntos de interés para investigadores. La encuesta trata de responder a los indicadores de salud de la UE: Indicadores ECHI (European Community Health Indicators), Indicadores de la OMC (Open Method of Coordination on Social Inclusion and Social Protection) de asistencia sanitaria e Indicadores Estructurales (Structural Indicators) y de Desarrollo Sostenible (Sustainable Development Indicators).

El cuestionario se estructuró en 4 módulos:

1. EHSM: Módulo Europeo de Estado de Salud (European Health Status Module)

2. EHDM: Módulo Europeo de Determinantes de Salud (European Health Determinants Module)
3. EHCM: Módulo Europeo de Asistencia Sanitaria (European Health Care Module)
4. EBM: Módulo Europeo de Variables Sociales (European Background Module)

La EES 2009, ha sido proyectada para aplicar periódicamente cada cinco años, y dirigida a los hogares para recopilar información sanitaria relativa a la población de 16 y más años que reside en viviendas familiares principales de todo el territorio nacional. La recogida de la información se inició en abril de 2009 y se extendió hasta marzo de 2010.

El muestreo utilizado es trietápico estratificado. Las unidades de primera etapa son las secciones censales. Las unidades de segunda etapa son las viviendas familiares principales y en estas se investigan todos los hogares que la habitan. En cada hogar se elige a una persona adulta (de 16 y más años) para responder al cuestionario individual. Se ha escogido una muestra de aproximadamente 23.000 viviendas distribuidas en 1.927 secciones censales. La distribución de la muestra se hace entre Comunidades Autónomas estableciendo una parte uniformemente y otra proporcionalmente al tamaño de la Comunidad. Los datos han sido ponderados para ser representativos del país, a nivel nacional y autonómico. Se llevaron a cabo 22.188 entrevistas, las cuales se realizaron de forma personal y asistida por ordenador. Se aplicaron

dos tipos de cuestionario: un Cuestionario de Hogar y un Cuestionario de Adultos.

Pues bien, tras la puesta en marcha de la EES en el año 2009 se ha logrado obtener información de manera armonizada y comparable a nivel europeo, sobre la valoración del estado de salud a nivel general e identificar los principales problemas que percibe la población (enfermedades crónicas, accidentes, limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria entre otras). Además, se ha llegado a conocer el grado de acceso y utilización de los servicios de salud y sus características y, los factores determinantes de la salud, como las características del medio ambiente (físico y social) y los hábitos de vida sobre los que se pueden realizar intervenciones de promoción de la salud, con el fin de valorar los efectos de las políticas y estrategias sanitarias ⁽²⁹⁾.

1.3. La Salud Mental desde la perspectiva de la Salud Pública

Para todos los individuos, la salud mental, la salud física y la salud social son componentes esenciales de la vida estrechamente relacionados e interdependientes. Cuanto mayores son nuestros conocimientos sobre esta relación, más evidente resulta la importancia básica de la salud mental para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países ⁽³⁰⁾. Tomando como punto de partida la relevancia de este tema, se plantearon los principales objetivos del primer estudio incluido en este trabajo, el cual a través de un instrumento tan valioso desde la perspectiva de la salud pública

como lo son las encuestas de salud, ha permitido obtener resultados que aportan una evaluación de la salud mental en la población española.

Desafortunadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física. En parte como consecuencia de esta actitud, el mundo está sufriendo una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor. Actualmente, aproximadamente unas 450 millones de personas sufren un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe el tratamiento más básico. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, entre ellas la depresión, la demencia, la esquizofrenia o la toxicomanía. Y el envejecimiento de la población, el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social permiten prever que se generara un aumento del número de afectados.

Por otra parte, no es poco frecuente que, los planes de salud de una gran proporción de países no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades, hecho que ocasiona importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias. De este modo, el sufrimiento persiste y los problemas aumentan.

Sin embargo, esta tendencia no tiene por qué continuar así. La OMS ha reconocido desde su creación la importancia de la salud mental, como refleja la definición de “salud” desde la Constitución de la OMS, según la cual «no es

solamente la ausencia de afecciones o enfermedades», sino «un estado de completo bienestar físico, mental y social». En los últimos años, muchos avances importantes en las ciencias biológicas y del comportamiento han atraído aún más la atención sobre esta definición. Estas ciencias, por su parte, han ampliado los conocimientos sobre el funcionamiento de la mente y sobre la profunda relación entre la salud mental, la salud física y la salud social. De estos nuevos conocimientos nacen nuevas esperanzas.

Se conoce hoy en día que la mayor parte de las enfermedades, tanto psíquicas como orgánicas, están influidas por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. Se sabe que los trastornos mentales y del comportamiento asientan en el cerebro. Se tiene conocimiento que afecta a personas de todas las edades en todos los países y son causa de sufrimiento tanto para las familias y las comunidades como para los individuos. Se conoce también que en la mayor parte de los casos pueden diagnosticarse y tratarse de manera eficaz con relación al costo. El conjunto de conocimientos permite ofrecer a las personas con trastornos mentales o del comportamiento nuevas esperanzas de una vida plena y productiva en sus propias comunidades.

1.3.1. El concepto de Salud Mental

En las distintas culturas, los estudiosos han definido de formas diversas la salud mental, concepto que abarca, entre otros aspectos, el bienestar subjetivo, la percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional y la autorrealización de las capacidades

intelectuales y emocionales. Desde una perspectiva transcultural es casi imposible llegar a una definición exhaustiva de la salud mental. Se admite, no obstante, que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental y, en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento.

1.3.2. Comprender los trastornos mentales y conductuales

La promoción de una buena salud mental en todos los miembros de la sociedad es, sin duda, un objetivo importante, pero todavía queda mucho por aprender acerca de cómo lograr este objetivo. A la inversa, disponemos hoy día de intervenciones eficaces para diversos problemas psíquicos.

La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto. Los síntomas varían sustancialmente, pero estos trastornos se caracterizan en términos generales por alguna combinación de anomalías de los procesos de pensamiento, de las emociones, del comportamiento y de las relaciones con los demás.

La separación artificial entre los factores biológicos por un lado y los factores psicológicos y sociales por otro ha obstaculizado enormemente la plena

comprensión de los trastornos mentales y del comportamiento. En realidad, estos trastornos se asemejan a muchas enfermedades orgánicas en el hecho de ser el resultado de una interacción compleja de todos esos factores.

Durante años, los científicos han discutido acerca de la importancia relativa de la genética frente al ambiente en la aparición de los trastornos mentales y del comportamiento. Hoy día, las pruebas científicas indican que dichos trastornos son consecuencia de la suma de influencias genéticas y ambientales, esto es, de la interacción de las características biológicas con factores psicológicos y sociales. El cerebro no se limita a reflejar el desarrollo determinista de complejos programas genéticos, ni el comportamiento humano es sólo el resultado de un determinismo ambiental. Antes del nacimiento y a lo largo de la vida, los genes y el entorno intervienen en un conjunto de interacciones inextricables que son esenciales para la aparición y el curso de los trastornos mentales y del comportamiento.

1.3.3. Salud Mental y Factores Sociales

Se han relacionado los trastornos mentales y del comportamiento con factores sociales como la urbanización, la pobreza y la evolución tecnológica, pero no hay razón alguna para dar por sentado que la repercusión de los cambios sociales sobre la salud mental es igual en todos los segmentos de una sociedad determinada. Por lo general, dichos cambios tienen efectos distintos en función de la situación económica, el sexo, la raza y las características étnicas⁽³¹⁾.

Por ejemplo, Las características de la urbanización moderna pueden tener efectos nocivos sobre la salud mental por la influencia de los factores estresantes, más frecuentes, y de acontecimientos vitales adversos como los entornos superpoblados y contaminados, la pobreza y la dependencia de una economía monetaria, los altos niveles de violencia y el escaso apoyo social⁽³²⁾. Aproximadamente la mitad de la población urbana de los países con ingresos bajos y medios vive en la pobreza, y decenas de millones de adultos y niños carecen de un hogar. Por lo general, la emigración no aporta un mayor bienestar social; al contrario, genera a menudo altas tasas de desempleo y condiciones de vida miserables, de tal modo que los emigrantes quedan expuestos a tensiones sociales y a un mayor riesgo de trastornos mentales debido a la ausencia de redes sociales de apoyo. Así, los conflictos, las guerras y los enfrentamientos civiles se asocian a mayores tasas de problemas de salud mental.

También la vida rural está endurecida con problemas para muchas personas. Son frecuentes el aislamiento, la carencia de transportes y comunicaciones, y la escasez de oportunidades educativas y económicas. Además, los servicios de salud mental tienden a concentrar los recursos clínicos y el personal experimentado en áreas metropolitanas más amplias, dejando así pocas opciones a los habitantes de zonas rurales necesitados de asistencia psiquiátrica.

La relación entre pobreza y salud mental es compleja y multidimensional (figura 1). Según su definición más estricta, la pobreza consiste en la carencia de dinero o posesiones materiales. En términos más amplios, y quizá más

apropiados para hablar de los trastornos mentales y del comportamiento, la pobreza puede entenderse como la insuficiencia de medios, lo que comprende la falta de recursos sociales o educativos. La pobreza y las situaciones que conlleva, como el desempleo, la baja instrucción, las privaciones y la falta de un hogar, no sólo abundan en los países pobres, sino que afectan también a una minoría considerable en los países ricos. Entre las víctimas de la pobreza y las privaciones es mayor la prevalencia de trastornos mentales y del comportamiento, incluidos los asociados al abuso de sustancias psicotrópicas. Esta mayor prevalencia puede explicarse por la acumulación de causas de trastornos mentales entre los pobres, así como por la transición de los enfermos mentales hacia la pobreza. Aunque se ha discutido cuál de estos dos mecanismos es responsable de la mayor prevalencia entre los pobres, los datos indican que ambos tienen importancia. Por ejemplo, el mecanismo causal puede ser más válido para los trastornos depresivos y de ansiedad, mientras que la teoría de la transición a la pobreza puede explicar sobre todo la mayor prevalencia de trastornos psicóticos y ligados a toxicomanías entre los pobres. Pero estos mecanismos no se excluyen mutuamente: los individuos pueden estar predispuestos a los trastornos mentales debido a su situación social, y aquellos que padecen estos trastornos pueden sufrir aún más privaciones como consecuencia de su enfermedad. Éstas consisten en niveles de instrucción más bajos, desempleo y, en casos extremos, carencia de un hogar. Los trastornos mentales pueden causar discapacidades graves y duraderas, e incluso incapacitar para el trabajo. Si no existe un apoyo social suficiente, como ocurre a menudo en los países en desarrollo carentes de

servicios organizados de asistencia social, las personas se empobrecen con rapidez ⁽³³⁾.

Figura 1 El círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales

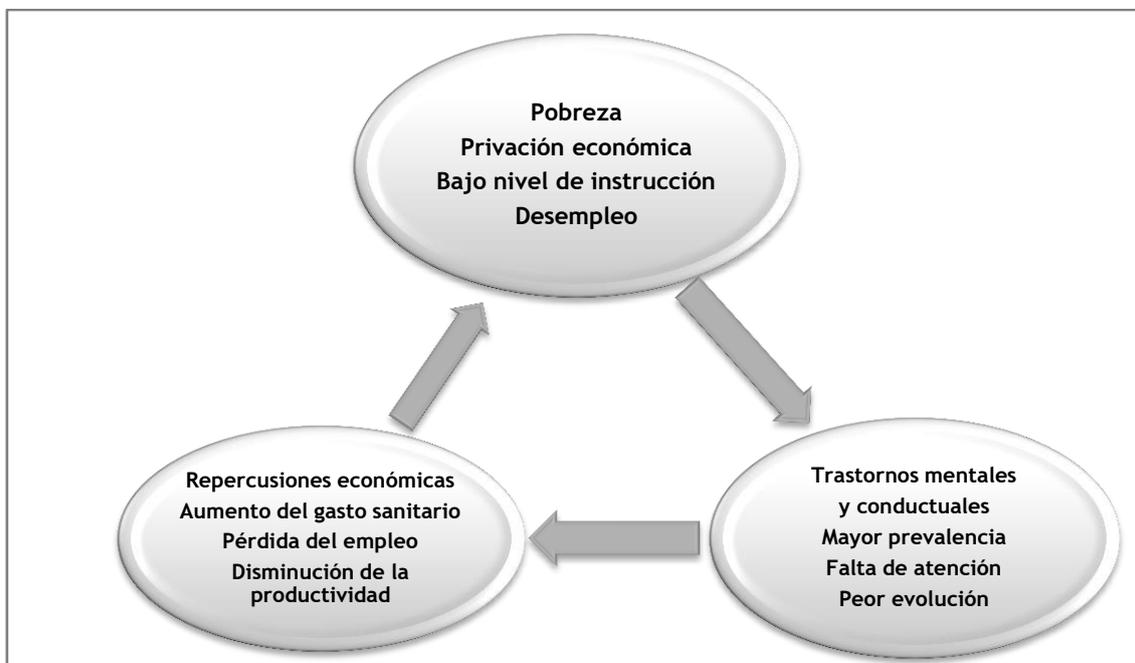


Figura 1 Fuente: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

Existen también pruebas de que la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento está determinada por la situación socioeconómica del individuo. Puede ser el resultado de una carencia general de servicios de salud mental, unida a las barreras que impiden a ciertos grupos socioeconómicos el acceso a la asistencia médica. Los países pobres disponen de muy pocos recursos para la asistencia psiquiátrica, y éstos a menudo quedan fuera del alcance de los segmentos más pobres de la sociedad. Incluso en los países ricos, la pobreza, unida a factores como la ausencia de cobertura de seguro médico, el menor nivel de instrucción, el desempleo y la condición de minoría racial, étnica y lingüística, puede levantar barreras

infranqueables para el acceso a la asistencia médica. El desfase terapéutico es grande para la mayoría de los trastornos mentales, pero en la población pobre es enorme.

1.3.4. Salud mental: una visión integrada desde la salud pública

Los vínculos esenciales entre los factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan la aparición y la evolución de los trastornos mentales y del comportamiento dan pie a enviar un mensaje de esperanza a los millones de personas que padecen estos problemas incapacitantes. Todavía queda mucho por aprender, pero las pruebas científicas recientes son claras: tenemos a nuestro alcance los conocimientos y la capacidad para reducir significativamente la carga de trastornos mentales y del comportamiento en el mundo.

Este escenario lleva a plantear un llamado a la acción para reducir la carga de los aproximadamente 400 millones de personas que se calcula padecen enfermedades mentales y del comportamiento. Dada la propia magnitud del problema, su etiología multifactorial, la estigmatización y la discriminación generalizada que conlleva, y el importante desfase terapéutico en todo el mundo, la respuesta más adecuada es una estrategia de salud pública.

Desde la perspectiva de la salud pública, queda mucho por hacer para reducir la carga de los trastornos mentales. A continuación, se plantean algunas de las estrategias a seguir:

- Formular políticas encaminadas a mejorar la salud mental de las poblaciones;
- Asegurar el acceso de toda la población a servicios adecuados y eficaces con relación al costo, como la promoción de la salud mental y los servicios de prevención;
- Asegurar una asistencia suficiente y la protección de los derechos humanos para los pacientes internados con trastornos mentales graves;
- Evaluar y supervisar la salud mental de las comunidades, en particular las poblaciones vulnerables como los niños, las mujeres y los ancianos;
- Promover estilos de vida saludables y reducir los factores de riesgo de trastornos mentales y del comportamiento, como los entornos familiares inestables, los malos tratos y la agitación social;
- Apoyar la estabilidad familiar, la cohesión social y el desarrollo humano.

- Impulsar la investigación de las causas de los trastornos mentales y del comportamiento, el desarrollo de tratamientos eficaces, y la supervisión y evaluación de los sistemas de salud mental ⁽³⁰⁾.

1.4. La Satisfacción del Paciente como indicador de resultado de los servicios sanitarios

La satisfacción del paciente es hoy en día una forma habitual de evaluar el resultado de la asistencia sanitaria. La medida de la satisfacción del paciente se ha desarrollado vertiginosamente y si bien hace unos años no era extraño encontrar quienes cuestionaban este tipo de evaluaciones, en la actualidad existe un amplio consenso acerca de la necesidad de contar con algún tipo de medida que informe de cómo es vista la prestación sanitaria por quienes en definitiva se benefician de ella.

La relevancia del papel de la satisfacción del paciente como indicador de resultados de los servicios de salud, ha llevado a considerarla una de las dimensiones de la calidad de la atención. Esto ha generado el planteamiento por parte de los responsables políticos y gestores de servicios de salud de un nuevo modelo o forma de atención sanitaria. Es el llamado modelo biopsicosocial, bajo el cual la mejora de la calidad asistencial debe tener en cuenta las necesidades y percepciones del usuario o paciente. Hoy en día se asume que para una empresa el hecho de disponer de indicadores de calidad de sus productos y/o servicios, así como de la satisfacción de sus usuarios, resulta fundamental para mejorar su capacidad competitiva ⁽³⁴⁾. Si esto es

válido para empresas privadas con fines puramente lucrativos, también lo será para organizaciones sanitarias de carácter público. En el ámbito sanitario el enfoque de la calidad asume que el paciente es el juez final e inapelable de las actividades de gestión. Los índices de calidad- satisfacción representan, en este sentido, un activo sobre el cual pivota la rentabilidad y crecimiento de las organizaciones o, en este caso, la confianza de la población en los servicios que se le prestan, la imagen de la sanidad pública e, incluso, la adherencia a un tratamiento médico y sus resultados a nivel clínico⁽³⁵⁾.

Para algunos autores el interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política sanitaria. Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, ⁽³⁶⁾ aportando a los gestores públicos información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas ^(37 - 39). Por último, medir la satisfacción de los usuarios de los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud. Algunos especialistas en el tema, han mostrado la alta correlación existente entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, lo que implica la necesidad del conocimiento

de la primera para poder conocer mejor y aumentar la segunda. De hecho, la medición de la satisfacción de los usuarios es un buen proxy de la calidad de la asistencia ^(40,41). Strasser y Devis, definieron la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones subsecuentes a los estímulos que perciben en el centro de salud, definición que recoge conceptualmente el hecho de que la satisfacción esté influida por las características del paciente y por sus experiencias de salud. Para una mejor comprensión de cómo se forma la satisfacción del usuario de un servicio sanitario hay que tener en cuenta que ésta es una realidad compleja, de naturaleza multidimensional; de hecho, los individuos son capaces de hacer un juicio global de éste, así como de distinguir varias dimensiones del servicio y evaluarlas separadamente en términos de cuál es la satisfacción en cada una de ellas. Una vez conocida la satisfacción en cada dimensión del servicio recibido, puede determinarse cómo éstas contribuyen a la configuración de la satisfacción global ^(42 - 44).

Otra forma de concebir la “satisfacción del paciente” ha sido a través de una teoría muy citada, denominada “acción razonada”, esta afirma que los pacientes poseen expectativas sobre diversos aspectos de la asistencia sanitaria y que, tras recibir tratamiento, evalúan cada uno de esos aspectos de la prestación sanitaria para ellos relevante. De este modo, se ha argumentado que empíricamente la satisfacción sería el sumatorio de las expectativas del paciente por la evaluación que realiza de cada uno de esos aspectos significativos para él ⁽³⁶⁾.

1.4.1. Factores que influyen sobre la satisfacción del paciente

Las diferencias en la satisfacción se atribuyen a factores individuales en los pacientes, a sus diferentes actitudes hacia el sistema sanitario, a cómo se organiza los servicios sanitarios y se proveen las atenciones médicas y a diferencias entre los prestadores. En este sentido, se ha sugerido que, al menos en el caso de la atención que prestan algunas especialidades médicas como “la Familiar y comunitaria”, más del 90% de la varianza de la medida de la satisfacción radica en factores del propio paciente y el restante 10% en factores del médico.

1.4.2. Características del paciente relevantes en su satisfacción

Los resultados cuando se ha intentado analizar si la edad, el nivel educativo o los ingresos económicos del paciente condicionan su nivel de satisfacción han sido en muchos casos heterogéneos. Existe una leve tendencia a encontrar una mayor satisfacción en pacientes de edad, y en personas de ingresos económicos medios y superiores, sin embargo resulta necesario ahondar más en estos aspectos. En cambio, en lo que parece existir acuerdo es en que las mujeres suelen valorar en forma más positiva la atención médica que reciben, mostrándose sobre todo satisfechas con las características del entorno de los centros ⁽⁴⁵⁾.

En cuanto al propio estado de salud del paciente, aunque la mayoría de los resultados de las investigaciones ponen el acento en que la percepción del paciente de su estado de salud afecta directamente a su nivel de satisfacción, hay otros estudios que no han encontrado esa relación con tanta claridad. De

esta forma, se ha argumentado tanto que los pacientes crónicos podrían mostrarse insatisfechos con los cuidados recibidos dada su situación clínica como, también, que por sus condiciones particulares podrían apreciar mejor los cuidados que se le prestan. Lo que sí parece suceder, es que el nivel de satisfacción que manifiesta el paciente se debe más a su estado de salud tras el tratamiento que a la mejoría que haya logrado con el mismo, y que la satisfacción previa del paciente es un buen predictor del nivel de calidad de vida que el paciente alcanza tras el tratamiento ^(46,47).

Este dato es decisivo ya que se ha comprobado que la disposición del paciente de dónde acudir para recibir tratamiento médico (en aquellos casos donde cabe la posibilidad de elección) viene condicionada, fundamentalmente, por el nivel de satisfacción de otros pacientes. De este modo, se ha estimado en menos del 25% el porcentaje de pacientes que a la hora de elegir una compañía sanitaria para tener cobertura sanitaria basan su decisión en la información que sobre los resultados asistenciales logra esa compañía. Aún más, hay una amplia mayoría de los clientes de estas compañías aseguradoras que afirman tener grandes dificultades para entender toda la información médica que se les brinda, sobre todo porque esta información aparece desestructurada y el paciente no logra estructurarla ⁽⁴⁸⁾.

Los denominados "Report cards" con los que algunas compañías aseguradoras intentan educar a sus pacientes para que adopten decisiones responsables y elijan dónde buscar ayuda médica están resultando controvertidos. Por un lado, parece que contribuyen a mejorar la asistencia sanitaria estimulando a

los profesionales. Por otro, no está del todo esclarecido si la información que contienen es accesible para los potenciales pacientes.

En la literatura especializada, se ha señalado, en varias oportunidades, que conforme aumenta la información se incrementa la dificultad de comprensión de la misma. Tanto es así, que un 12% de los consumidores de pólizas de seguros sanitarias afirman que en su decisión solo se fijaron en uno de los datos obviando el resto. En una proporción importante, este dato suele ser o el nivel de satisfacción que relatan otros pacientes, o bien que esa compañía haya obtenido alguna certificación o acreditación de calidad por un organismo independiente. Las medidas de satisfacción del paciente que se han extendido en numerosos estudios responden, en parte, a este nuevo enfoque a la hora de organizar y diseñar los procesos asistenciales que se han comentado ^(45, 49).

1.5. Justificación del estudio

Como se ha expuesto anteriormente, las encuestas de salud son un instrumento diseñado por la epidemiología para estudiar, a nivel poblacional, la frecuencia y distribución de eventos de salud y enfermedad, y son de gran relevancia científica porque se utilizan para explorar y generar hipótesis de investigación. Además, a través de esta herramienta la población objeto de estudio pueda expresar sus opiniones, actitudes, estilos de vida, creencias y conductas en relación a los factores implicados en su salud ^(1 - 3, 6 - 7).

Aunque desde el sistema sanitario, se puede acceder a gran cantidad de información sobre morbilidad, mortalidad o frecuencia de uso, es escasa la información que se tiene de la opinión de los individuos acerca de su estado de salud, de enfermedad o de los procesos asistenciales que se les ofertan. Es en este punto, donde los datos obtenidos a través del análisis de las encuestas de salud aplicadas a la población se convierten, desde la óptica de la salud pública, en un elemento clave para la planificación, evaluación y monitorización de los servicios de salud ^(12, 17, 24).

Con el fin de generar conocimientos para la planificación y evaluación de las políticas en salud pública, y partiendo de las ventajas que ofrece la información adquirida a través de las encuestas de salud aplicadas en el estado español, hemos decidido realizar este trabajo.

2. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Brugulat-Guiteras P, Mompert-Penina A, Séculi-Sánchez E, Tresserras-Gaju R, De la Puente-Martorell ML. Encuestas de salud: luces y sombras. Med Clin (Barc). 2010;134 Supl 1:21-6.
2. Canela-Solera J, Mompert-Penina A, Coll-Fiol JJ. (2011). Encuestas de Salud en Cataluña: revisión bibliográfica. Medicina Clínica, 137, 66-70.
3. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson; 1987.
4. Canela-Soler J. Una perspectiva integradora de los indicadores de salud: De dónde venimos y adónde vamos. En: Rodríguez Ávila N, editor. La red Latinoamericana-Europea REDALUE Salud Pública. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2011. p. 33-40.
5. Boerma JT, Stansfield SK. Health statistics now: Are we making the right investments? Lancet. 2007; 369:779-86.
6. Organización Mundial de la Salud. Encuestas Epidemiológicas [última consulta: 29 de diciembre 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>
7. <http://www.cdc.gov/nchs/> [última consulta: 29 de diciembre 2016].
8. Anguita JC, Labrador JR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). Atención Primaria. 2003; 31(8): 527-538.ç
9. Borrell C, Rodríguez-Sanz M. Aspectos metodológicos de las encuestas de salud por entrevista: aportaciones de la Encuesta de Salud de Barcelona 2006. Revista Brasileira de Epidemiologia. 2008; 11: 46-57.
10. Health Interview Surveys. De Bruin A, Picavet HSV, Nossikov A (ed.). Towards internacional harmonization of methods and instruments. WHO Regional Publications, European Series number 58, 1996.
11. The European Union Health Monitoring Programme. Eur J Public Health 2003; 13(3); Supplement.
12. Hernández B, Velasco-Mondragón HE. (2000). Encuestas transversales. salud pública de México. 2000; 42(5): 447-455.
13. Sánchez Carrión JJ. La calidad de la encuesta. Papers. 1996; 48:127-46.
14. Dos Santos-Silva I. Estudios transversales. En: Dos Santos-Silva I. Epidemiología del cáncer: principios y métodos. Lyon, (Francia): Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer/Organización Mundial de la Salud. 1999; 225-244.

15. Anguita JC, Labrador JR, Campos JD. La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (II). Atención Primaria. 2003; 31(9): 592-600.
16. Cea D'Ancona MA. Metodología cuantitativa. Estrategias y técnicas de investigación social. Madrid: Síntesis, 1998.
17. Valdivia G, Margozzini P. Encuestas Nacionales de Salud: Un ejemplo de instrumentos esenciales para contribuir al diseño de políticas de salud. Persona y Sociedad. 2012; 25(1): 147-74.
18. Sentís J, Pardell H, Cobo E, Canela J. Manual de bioestadística. Barcelona: Masson, S.A., 1995.
19. Cochran WG. Técnicas de muestreo. México: CECSA, 1990.
20. Padilla JL, González A, Pérez C. Elaboración del cuestionario. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C, editores. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis 1998; p. 115-40.
21. León O, Montero I. Diseño de investigaciones. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U., 1999.
22. Pulido A. Estadística y técnicas de investigación social. Madrid: Ediciones Pirámide, S.A., 1992.
23. Visauta B. Técnicas de investigación social: recogida de datos. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, 1989.
24. Fernández JS, Rojas AJ. Trabajo de campo. En: Rojas AJ, Fernández JS, Pérez C, editores. Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos. Madrid: Editorial Síntesis, 1998, p. 155-67.
25. Mira JJ, Aranaz J, Blanco MA, García E, Martínez B, Lizán M, et al. Calidad relacional y satisfacción del usuario. En: Rodríguez P, García J, editores. Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva, 2001; 149-94.
26. Rodríguez Blas C. Encuesta Nacional de Salud. Índice. Revista de estadística y sociedad. 2007; 20: 9-11.
27. <http://www.ine.es/metodologia/> [última consulta: 29 de diciembre de 2016].
28. <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/ense.htm> [última consulta: 29 de diciembre de 2016].
29. https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Metodologia_EES_2009.pdf [última consulta: 29 de diciembre de 2016].

30. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. 2001.
31. Harpham T, Blue I, eds (1995). Urbanization and mental health in developing countries. Aldershot, UK, Avebury
32. Desjarlais R, Eisenberg L, Good B, Kleinman A (1995). World mental health: problems and priorities in low-income countries. New York, Oxford University Press.
33. Patel V (2001). Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon D, Walt G, eds. Poverty, inequality and health: an international perspective. Oxford, Oxford University Press: 247-261
34. Aaker, D.A. (1992). Strategic Market Management (3ª ed.). Nueva York: Wiley and Sons.
35. Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literatura review and analysis. En: Attkisson, C. y Pascoe, G. (Eds.), Patient satisfaction in health and mental services. Evaluation and program planning, 6, 185-210.
36. Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993;35:238-247.
37. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of marketing 1985;49:41-50.
38. Parasuman A, Zeithaml V, Berry L. Alternative scales for measuring service quality: a comparative assessment based on psychometric and diagnostic criteria. J Mark 1994;70:201-230.
39. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública. 1990:10-12.
40. Valdés R, Molina J, Solís C. Aprender de lo sucedido. Análisis de las quejas presentadas ante la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Salud Publica Mex 2001;43:444-454.
41. Rees-Lewis J. Patient views on quality care in general practice: Literature review. Soc Sci Med 1994;39:655-670.
42. Strasser S, Davis RM. Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1991:210.
43. Fitzpatrick R. Satisfaction with health care. En: Fitzpatrick R, ed. The Experience of Illness. London: Tavistock, 1984:154-175.
44. Rubin HR. Can patients evaluate the quality of hospital care? Med Care Rev 1990;47:267-326.
45. Sixma HJ, Spreeuwenberg P, van der Pasch M. Patient satisfaction with the general practitioner. Medical Care 1998; 36:212-229.

46. Sixma HJ, Kersenns J, van Campen C, Peters L. Quality of care from the patients perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations* 1998; 1:82-95.
47. Da costa D, Clarke AE, Dobkin P, Senecal JL, Fortin P, Danoff D, Esdaile J. The relationship between health status, social support and satisfaction with medical care among patients with systemic lupus erythematosus. *International Journal for Quality in Health Care* 1999; 11:201-207.
48. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *J Gen Intern Med* 2003;18:23-30.
49. Nerney M, Chin MH, Jin L et al. Factors associated with older patients' satisfaction with care in an inner-city emergency department. *Ann Emerg Med* 2001;38:140-45.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Objetivos Generales

- Valorar la utilidad de las encuestas de salud como instrumento de investigación para la planificación y evaluación de políticas en Salud Pública.
- Determinar de qué forma influye la recesión económica sobre la salud de la población.
- Identificar la variabilidad geográfica y los factores individuales y ecológicos asociados a la satisfacción de la población con la prestación de servicios de salud.

Objetivos Específicos

1. Analizar la relación de los problemas de salud mental en población española con la recesión económica (2006-2012) y establecer en qué sentido afecta a la autopercepción del estado de salud.
2. Identificar las características del paciente o usuario que se relacionan con la satisfacción ante los servicios proporcionados por el médico de familia en los centros de APS, y describir la variabilidad geográfica de este fenómeno en el Sistema Nacional de Salud español.

3. Determinar la relevancia de los contextos socioeconómico y sanitario sobre la percepción de la satisfacción de la población con los servicios de salud.

Hipótesis

1. Las recesiones económicas pueden generar cambios en el estado de salud y afectar la autopercepción del estado de salud.
2. La satisfacción del paciente o usuario con el médico de familia del Sistema Nacional de Salud de España, está asociado a características socio-demográficas del individuo, así como al área geográfica donde reside.
3. La percepción de excelencia o insatisfacción del ciudadano con los servicios de salud puede estar determinada por factores del contexto socio-económico y sanitario.

4. ARTICULOS INCLUIDOS

ARTÍCULO 1: RECESIÓN ECONÓMICA (2006-2012) Y CAMBIOS EN EL ESTADO DE SALUD DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA

Revista de publicación: salud pública de México

Resumen

Objetivo: Analizar la relación de los problemas de salud mental en población española con la recesión económica (2006-2012) y establecer en qué sentido afecta a la autopercepción del estado de salud. **Material y métodos:** Estudio transversal comparativo utilizando la Encuesta Nacional de Salud de España, 2006/2007 y 2011/2012. Mediante modelos de regresión logística, se analizaron tres indicadores relacionados con la salud mental y la salud percibida. **Resultados:** En 2011/2012 aumentó el consumo de medicamentos ansiolíticos y somníferos en hombres y mujeres. La disfunción mental aumentó durante el periodo de crisis económica en la población de varones. La percepción de una salud óptima no sufrió cambios significativos en hombres ni en mujeres. **Conclusiones:** La recesión económica mostró una relación variable con la salud mental y general de la población, y coincidió con un aumento de los trastornos de salud mental, como la ansiedad.

Palabras clave: Recesión económica; Salud mental; Factores epidemiológicos; Estado de salud; España.

Dirección URL: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v58i1.7666>

ARTÍCULO 2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y VARIABILIDAD GEOGRÁFICA RELACIONADA CON LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

Revista de publicación: Revista de Calidad Asistencial

Resumen

Objetivos: La satisfacción del paciente con los servicios sanitarios juega un rol importante en los programas de mejora de la calidad asistencial. Los objetivos de este estudio fueron: identificar las características sociodemográficas del paciente relacionadas con su satisfacción respecto a la atención proporcionada por el médico de familia en los centros de Atención Primaria de Salud (APS) y describir la variabilidad geográfica de este fenómeno en el Servicio Nacional de Salud español. **Material y métodos:** Los datos se obtuvieron de la Encuesta Europea de Salud de 2009. Se analizaron las razones de prevalencia (brutas y ajustadas) de las características asociadas tanto con una satisfacción excelente como de insatisfacción mediante regresión de Poisson, así como su variabilidad geográfica. **Resultados:** Aproximadamente uno de cada 3 usuarios de la APS consideró que la atención proporcionada había sido excelente, mientras que el 6,7% se mostró insatisfecho. Existió una amplia variabilidad en la percepción de satisfacción entre los distintos servicios regionales de salud, prevalencias que oscilaron entre el 10,9 y el 55,2%. Por otra parte, esta valoración estuvo estrechamente relacionada con la edad, el nivel de salud autopercebida, la salud mental, los ingresos hospitalarios previos, el estatus de enfermedad crónica y las limitaciones en las actividades diarias. **Conclusiones:** La satisfacción con la atención proporcionada por el médico de APS es relativamente alta. No obstante, presenta una distribución heterogénea entre las comunidades autónomas y las características sociodemográficas y el nivel de salud del usuario.

Palabras clave: Satisfacción de pacientes; Calidad percibida; Atención Primaria; Determinantes; Dimensiones de calidad

Dirección URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2016.01.004>

**ARTÍCULO 3: RELEVANCIA DEL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y SANITARIO EN
LA SATISFACCIÓN DEL PACIENTE**

Revista de publicación: Gaceta Sanitaria

Resumen

Objetivo: Determinar qué factores de los contextos socioeconómico y sanitario influyen sobre la percepción de la satisfacción de la población con los servicios de salud. **Método:** Los datos provienen de la Encuesta Europea de Salud de 2009. En los 22.188 sujetos encuestados se estudió la relación entre percepción de la satisfacción con los servicios sanitarios recibidos y las variables tanto individuales como contextuales, aplicando un análisis multinivel. **Resultados:** Los factores de los contextos socioeconómico y sanitario que influyen sobre la satisfacción son las mayores tasas de población sin estudios, en la cual la percepción de excelencia es menos probable (odds ratio [OR]: 0,48-0,82) y la insatisfacción es más prevalente (OR: 1,46-1,63). Asimismo, la proporción de personas insatisfechas es menor cuando el gasto per cápita en servicios sanitarios es muy elevado (>1400 €) (OR: 0,49-0,87) y la ratio entre médicos de atención primaria de salud y habitantes es alta (>60) (OR: 0,50-0,85). Además, la prevalencia de insatisfacción describe una tendencia lineal positiva con la tasa de paro (OR: 1,12; $p = 0,0001$) y la magnitud relativa del sector servicios (OR: 1,03; $p = 0,001$). Por el contrario, esta tendencia lineal es negativa conforme aumenta el índice de cobertura de la prestación sanitaria (OR: 0,88; $p = 0,04$). **Conclusiones:** Los factores individuales que determinan la satisfacción del paciente son el sexo, la edad, la salud mental y el país de nacimiento. Además, hay diferencias en la satisfacción del paciente entre las comunidades autónomas de acuerdo con determinantes socioeconómicos, como el producto interior bruto per cápita,

las tasas de población sin estudios, las tasas de paro o la ratio número de habitantes/consultorios. Los estudios de satisfacción del usuario, además de ajustarse por variables individuales como el sexo, la edad o el nivel de salud, también deberían tomar en consideración características del entorno socioeconómico del área geográfica donde residen.

Palabras clave: Satisfacción del paciente, Determinantes, Garantía de la calidad de la atención de salud, Indicadores económicos, Análisis multinivel.

Dirección URL: <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.05.003>

5. CONCLUSIONES FINALES

1. Un mayor consumo de somníferos y ansiolíticos está significativamente asociado con el periodo de crisis económica tanto en hombres como en mujeres. Además, de forma específica, este consumo es más probable en las mujeres con un menor nivel de estudios.
2. Tanto en hombres como en mujeres, se observa un gradiente de aumento del consumo de ansiolíticos y somníferos conforme disminuye el apoyo social percibido, cuando el IDH del país de origen es mayor y, sobre todo, en situaciones de discapacidad, desde leve hasta grave.
3. La disfunción mental aumenta durante el periodo de crisis económica en hombres, mientras que en mujeres no muestra cambios significativos respecto al periodo de pre-recesión.
4. Los casos de disfunción mental aumentan según disminuye el apoyo social y, de forma importante, cuando aumentan las limitaciones en las actividades diarias.
5. En hombres y mujeres, el estar soltero y casado se asocia con menos casos de disfunción mental, específicamente, en mujeres pertenecientes a las clases sociales I y II.

6. La salud auto-percibida calificada como óptima, no ha mostrado cambios significativos en la población, asociados con el periodo de recesión económica.
7. Las mujeres se mostraron con mayor frecuencia más satisfechas que los hombres respecto a la atención proporcionada por el médico de atención primaria.
8. La frecuencia con que se percibió como muy satisfactoria la atención del médico de atención primaria fue mayor en aquellos con una salud auto-percibida muy buena. Además, a medida que mejoraba la salud mental aumentaba la probabilidad de percibir la atención como excelente.
9. Los pacientes con ingreso hospitalario < 12 meses y aquellos pacientes con enfermedad crónica percibieron con mayor frecuencia una atención excelente por parte del médico de atención primaria.
10. Las CCAA del norte de España, suelen tener con mayor frecuencia una percepción de excelencia con el servicio recibido por el médico de Atención Primaria
11. El grado de insatisfacción con el servicio recibido por parte del médico de atención primaria, aumenta conforme se percibe una peor salud.

12. En las CCAA con un PIB per cápita elevado, pero no máximo, existe con mayor frecuencia, una percepción de excelencia con los servicios sanitarios recibidos.
13. En las CCAA con altas tasas de analfabetismo la percepción de excelencia con los servicios recibidos es menor. Además, se observa una tendencia lineal respecto a la tasas de analfabetismo, es decir, conforme estas van en aumento la satisfacción va disminuyendo.
14. La población residente en las CCAA con tasas elevadas de analfabetismo y tasas notables de paro de larga duración se mostraron insatisfechas con mayor frecuencia que aquellas con tasas inferiores.
15. Cuando el VAB en el sector servicios es extremadamente elevado la frecuencia de sujetos insatisfechos casi se duplica. Por el contrario, una mayor ratio del número de médicos de atención primaria de salud/habitante, se asoció significativamente a una menor frecuencia de insatisfacción.
16. Al aumentar las tasas de mortalidad, de analfabetismo, de paro larga duración y el porcentaje del VAB en servicios, la insatisfacción lo hace también. Por el contrario, el PIB per cápita, el índice de cobertura total de SNS y el gasto per cápita en servicios sanitarios se relacionan de forma inversamente proporcional con la prevalencia de sujetos insatisfechos.

