

Original

Capacidad de respuesta del sistema de salud en atención primaria valorada por pacientes con enfermedades crónicas

Eva Rodríguez Eguizabal^a, María Josefa Gil de Gómez^b, Miguel San Sebastián^c, Bárbara Oliván-Blázquez^{d,*}, Valle Coronado Vázquez^e, María Antonia Sánchez Calavera^f y Rosa Magallón Botaya^g

^a Servicio Riojano de Salud, Centro de Salud de Arnedo, Arnedo, España

^b Servicio Riojano de Salud, Unidad Docente del Hospital San Pedro, Logroño, España

^c Departamento de Epidemiología y Salud Global, Universidad de Umeå, Umeå, Suecia

^d Departamento de Psicología y Sociología, Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^e Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, Centro de Salud de Illescas, Toledo, España

^f Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IISA), Zaragoza, España

^g Departamento de Medicina, Psiquiatría y Dermatología, Facultad de Medicina, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de octubre de 2020

Aceptado el 3 de febrero de 2021

On-line el xxx

Palabras clave:

Enfermedades crónicas

Sistema de salud

Capacidad de respuestas del sistema sanitario

Atención Primaria

Keywords:

Chronic diseases

Health system

Response capacity of the health system

Primary care

R E S U M E N

Objetivo: Evaluar la capacidad de respuesta del sistema de salud percibida por pacientes crónicos de atención primaria, así como los factores asociados a esa percepción.

Método: Estudio transversal basado en entrevistas a pacientes mayores de 18 años diagnosticados de al menos una enfermedad crónica que visitaron los centros de atención primaria durante junio y julio de 2015 en una zona básica de Salud de La Rioja. El resultado fue el índice de respuesta y los factores potencialmente relacionados incluyeron características sociodemográficas y de salud. Entrevistadores capacitados realizaron el cuestionario breve en español de la encuesta multipaís de la Organización Mundial de la Salud con 403 participantes. Se realizaron estadística descriptiva y regresión logística bivariable y multivariable.

Resultados: El 87,10% de los participantes consideró buena la respuesta general. Los dominios que obtuvieron las puntuaciones más altas fueron confidencialidad (99,3%), dignidad (98,3%) y comunicación (97,3%). Los peor evaluados fueron atención rápida (38,6%) y calidad de los servicios básicos (31,8%). La clase social baja fue el factor más importante asociado a la capacidad de respuesta, concretamente con la autonomía y la atención rápida. Sexo, educación y ocupación estuvieron relacionados con comunicación, y los pacientes con peor salud percibida valoraron peor la respuesta general. Los dominios considerados más importantes fueron dignidad (33,5%) y atención rápida (30,5%).

Conclusiones: Los dominios mejor evaluados fueron los relacionados con el respeto a las personas. La atención rápida tiene una baja valoración, pero una gran importancia, y por lo tanto requiere una acción prioritaria.

© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Evaluation of health center's primary care responsiveness by patients with chronic illnesses

A B S T R A C T

Objective: To evaluate the health systems' response capacity according to the perception of chronic patients, and the factors related to that perception.

Method: *Source of data:* patients diagnosed with at least one chronic disease who visited primary care centers during June and July 2015 in a basic health area of La Rioja.

Design: cross-sectional descriptive study based on interviews to over 18s who visited primary care centers. The dependent variable was the health systems' response capacity and independent variables were sociodemographic and health related. In order to collect data, trained interviewers conducted a short questionnaire in Spanish from the World Health Organization Multi-country Survey Study with 403 subjects. Descriptive statistics, bivariate and multivariate logistic regression were performed.

Results: The overall health systems' response capacity was considered good by 87.10%. The domains that scored highest were: confidentiality (99.3%), dignity (98.3%) and communication (97.3%). Those

* Autora para correspondencia.

Correos electrónicos: bolivan@unizar.es, barbaraolivan@gmail.com (B. Oliván-Blázquez).

<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.008>

0213-9111/© 2021 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

evaluated worst were: rapid service (38,6%) and quality of basic services (31,8%). Low social class was the most important factor associated with the responsiveness, mainly with autonomy and rapid service. Sex, educational level, and occupation were related to communication domain, and patients with worse perceived health rated the general response worse. The domains considered most important were dignity (33,5%) and rapid service (30,5%).

Conclusions: The domains best evaluated were those related to respect for people. Rapid service has a low health systems' response capacity, but a high importance, and therefore requires priority action.

© 2021 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los principales problemas de salud a los que se enfrentan las personas mayores son las enfermedades crónicas, que causan un aumento en la demanda de atención primaria y hospitalaria, con la consiguiente necesidad de atención de larga duración y asistencia social y aumento de costes¹. Algunos países, España entre ellos, han desarrollado planes estratégicos para abordar los grandes desafíos que presenta el envejecimiento saludable, como el acceso a la atención, la equidad y el creciente número de enfermedades crónicas².

El informe sobre la salud mundial 2000 de la Organización Mundial de la Salud (OMS), *Sistemas de salud: mejorar el rendimiento*³, desarrolló por primera vez el concepto de capacidad de respuesta de los sistemas de salud como uno de los tres objetivos principales que debe tener todo sistema de salud. La capacidad de respuesta de los sistemas de salud se definió como la capacidad de estos para responder a las expectativas legítimas de su población en los aspectos no médicos de la atención médica; es decir, como 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 salud⁴. La capacidad de respuesta de los sistemas de salud se mide en ocho dominios (tabla 1) clasificados en dos categorías principales: los referidos al respeto hacia las personas (dignidad, confidencialidad, comunicación y autonomía) y los orientados al paciente (atención rápida, calidad básica de los servicios, acceso a apoyo social y elección del proveedor)⁵. Para medir la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, la OMS diseñó un módulo de encuesta con preguntas validadas y fiables⁴.

Los primeros estudios sobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud se centraron en identificar las diferencias entre países en la práctica general de atención de la salud^{6,7}, pero más recientemente la investigación ha descrito la capacidad de respuesta en grupos específicos, como atención al parto⁸, pacientes con enfermedades mentales^{9,10}, insuficiencia cardíaca¹¹, virus de la inmunodeficiencia humana¹², diabetes mellitus¹³ o centros de rehabilitación física¹⁴. Sin embargo, la aplicabilidad de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en la atención primaria y su relación con grupos vulnerables de población sigue siendo poco explorada.

Un factor que añade interés a este estudio es que se ha aplicado el concepto de capacidad de respuesta de los sistemas de salud por primera vez a la atención del enfermo crónico en un sistema sanitario público europeo, dado que estos pacientes requieren un contacto más consistente y regular con el sistema de atención sanitaria. Otros estudios realizados en España no se centran en este nivel asistencial y no aplican el concepto de capacidad de respuesta¹⁵. Los objetivos de este estudio fueron: 1) evaluar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de la atención primaria por pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad autónoma de La Rioja (España) y 2) identificar qué factores socio-demográficos y de salud se asociaron independientemente con una mala percepción de la capacidad de respuesta del sistema de salud.

Tabla 1

Definición de los dominios de la capacidad de respuesta de la Organización Mundial de la Salud

Dominios	Definición
Dignidad	Ser tratado con respeto por el personal de salud. Conservar la privacidad durante las exploraciones físicas y el tratamiento.
Confidencialidad	Realizar las consultas de manera que quede protegida su privacidad. Guardar la confidencialidad de la información proporcionada por el paciente y la información relativa a su enfermedad.
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 antes de realizar pruebas o tratamientos.
Atención rápida	Tener una atención rápida en casos de emergencia. Tiempos de espera cortos para consultas, pruebas, tratamientos y admisión hospitalaria. Tener personal sanitario disponible cuando se necesite en la estancia hospitalaria.
Comunicación clara	Proporcionar a los pacientes información sobre su problema de manera comprensible. Tener diálogo cercano entre los pacientes y los proveedores. Escuchar con atención. Tener suficiente tiempo los pacientes y las familias para hacer preguntas.
Elección	Poder elegir libremente entre los proveedores de la atención y los servicios.
Apoyo social	Llevar los familiares y amigos las comidas y jabones favoritos de los pacientes ingresados en el hospital. Poder interactuar con familia y amigos. Poder realizar sus prácticas religiosas.
Calidad de los servicios básicos	Tener espacios amplios, entorno limpio, mobiliario adecuado, ventilación suficiente, baños limpios.

Método

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el nivel de atención primaria en una zona básica de salud de La Rioja. En ella se incluyen un centro de salud urbano para unos 15.000 habitantes y 10 consultorios rurales que cubren unos 3800 habitantes. La distribución de la población en esta zona de salud es similar en términos de sexo, edad y población rural/urbana a la de toda la comunidad de La Rioja.

La población de estudio fueron personas mayores de 18 años diagnosticadas de al menos una enfermedad crónica y que visitaron el centro de atención primaria por cualquier motivo durante los meses de junio y julio de 2015. Los datos clínicos se tomaron de los registros clínicos electrónicos de cada paciente.

Se consideraron las mismas enfermedades crónicas que en la estrategia de atención para pacientes crónicos de La Rioja¹⁶, que incluye 16, cinco de ellas denominadas enfermedades principales: insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedad renal crónica.

Para ser incluidos/as, los/las pacientes tenían que haber sido atendidos/as en un centro de atención primaria en los 12 meses anteriores al estudio, periodo adecuado para evitar el sesgo de

recuerdo¹⁶. Se excluyeron aquellos/as que no leían ni entendían el español, los/las que tenían deterioro cognitivo registrado en la historia clínica y aquellos/as con menos de 3 meses de residencia en la zona básica de salud.

Para el proceso de recopilación de datos, cinco estudiantes de enfermería recibieron capacitación para el procedimiento de selección y para la cumplimentación de los cuestionarios. Los/las médicos/as y enfermeros/as de la zona básica de salud fueron informados/as de los objetivos, las motivaciones y los criterios de inclusión y exclusión de la investigación. Estos/as profesionales invitaron a participar en la encuesta a todos/as los/las pacientes que asistieron a sus consultas por cualquier motivo durante el periodo de estudio y cumplían los criterios de selección. Quienes aceptaron participar fueron remitidos/as a un primer entrevistador que les informó de los objetivos del estudio, de las características y la duración del cuestionario, de que su participación era voluntaria, del derecho a abandonar el estudio sin ninguna consecuencia y de la garantía de la confidencialidad y el anonimato de sus datos personales. Posteriormente, los/las participantes fueron remitidos a un segundo entrevistador, que solicitó el consentimiento informado por escrito y realizó una entrevista cara a cara (fig. 1). El estudio obtuvo el dictamen favorable del Comité Ético de Investigación Clínica de La Rioja.

Se utilizó el cuestionario breve en español de la capacidad de respuesta¹⁷ basado en el *Multi-Country Survey Study* de la OMS realizado en España para la población general en 2001¹⁷. La variable principal fue la capacidad de respuesta de cada uno de los dominios, que se obtuvo mediante la pregunta «¿Cómo calificaría su experiencia general en los últimos 12 meses con respecto a...?». Las respuestas se clasificaron según una escala de tipo Likert de 5 puntos, de 1 (muy bueno) a 5 (muy malo). Siguiendo las recomendaciones de la OMS, las respuestas se agruparon en dos categorías: buena respuesta (muy buena y buena) y pobre respuesta (normal, mala y muy mala)^{9,18}. El dominio apoyo social no se incluyó porque se refiere a atención hospitalaria, y el dominio elección se excluyó posteriormente por la gran cantidad de valores perdidos (42,18%), generalmente debido a que los sistemas de salud no facilitan que los pacientes puedan elegir a sus proveedores. El índice de respuesta general se obtuvo al calcular el promedio total de los valores brutos de los seis dominios restantes y se categorizó como una capacidad de respuesta general buena cuando este promedio era ≤ 2 y como una deficiente capacidad de respuesta de los sistemas de salud general cuando fue > 2 .

Las variables independientes fueron la edad, dividida en menores de 60 y 60 años o más, siguiendo las indicaciones del *Multi-Country Survey Study*¹⁸; el sexo (hombre o mujer); el nivel de educación, clasificado como bajo (educación secundaria obligatoria completada o menos) o alto (a partir de educación secundaria superior)¹⁹; la ocupación, dividida en jubilados y no jubilados; la clase social subjetiva, definida como la percepción del individuo de su propia posición en la jerarquía social²⁰, dicotomizando en clase alta (superior, media-alta y media) y clase baja (baja-media y trabajadora); y el ámbito rural o urbano ($+10.000$ habitantes). Las variables de salud incluídas fueron la salud autopercebida basada en la pregunta de cinco ítems «En términos generales, ¿cómo describiría su estado actual de salud?» y dicotomizada en buena (muy buena y buena) y mala salud autopercebida (normal, mala y muy mala); el número de enfermedades crónicas actuales, dicotomizado en una o en dos o más enfermedades; y el número de medicamentos crónicos que figuraban en ese momento en la historia clínica del paciente, dividido en menos de cinco o en cinco o más.

El tamaño de la muestra se calculó para estimar una proporción de respuesta general buena esperada del 50% con una precisión de 0,05, con una corrección para poblaciones finitas y con un nivel de confianza bilateral del 95%, y se estimó necesario incluir 377 personas en el estudio.

Para el análisis descriptivo se calcularon las frecuencias para las variables categóricas. Para analizar la asociación entre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general y por dominio y cada variable independiente se realizó un análisis de regresión logística binaria, y también desagregado por sexo. Las variables independientes que mostraron una asociación con la capacidad de respuesta y alcanzaron un nivel de significación $< 0,20$ en el análisis bivariado²¹ se incluyeron en los modelos de regresión logística multivariable. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados

De las 562 personas a quienes se les propuso, 159 (28,3%) no aceptaron participar en el estudio, de ellas el 29,0% mujeres y el 27,4% hombres, sin encontrar diferencias significativas en cuanto al sexo en comparación con quienes sí participaron en el estudio ($p > 0,05$). Todos/as alegaron como motivo principal la falta de tiempo. Se entrevistó a 403 personas, de las cuales 228 (56,6%) eran mujeres. La edad media fue de 70,5 años (desviación estándar: 11,9). La mayor parte de los/las participantes (92,31%) tenían un nivel de educación bajo. La mayoría (83,13%) eran jubilados/as y un 43,26% se consideró de clase social baja. Alrededor de dos tercios de la muestra (64,76%) refirieron que su salud era mala. Tres cuartas partes de los/las participantes (74,69%) tenían dos o más enfermedades crónicas, y alrededor del 40% estaban recibiendo cinco o más medicamentos. Las características sociodemográficas y de salud de los/las participantes se detallan en la tabla 2.

El porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas que consideraron que el trato que recibían del sistema de salud era bueno, es decir, la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general, fue del 87,10%. En cuanto a la capacidad de respuesta en cada dominio, el 99,3% la calificó como buena para la confidencialidad, el 98,3% para la dignidad y el 97,3% para la comunicación. Los dominios peor valorados fueron la atención rápida, con un 38,6%, y la calidad de los servicios básicos, con un 31,8% (fig. 2).

Las variables sociodemográficas y de salud asociadas a una pobre capacidad de respuesta de los sistemas de salud se exponen en la

Tabla 2
Características sociodemográficas de pacientes con enfermedades crónicas de atención primaria de salud

	N (%)
Sexo	
Hombres	175 (43,42)
Mujeres	228 (56,58)
Edad	
< 60 años	64 (15,88)
≥ 60 años	339 (84,12)
Educación	
Alta	31 (7,69)
Baja	372 (92,31)
Ocupación	
No jubilado	68 (16,87)
Jubilado	335 (83,13)
Clase social	
Media-alta	202 (56,74)
Baja	154 (43,26)
Salud autopercebida	
Buena	142 (35,24)
Mala	261 (64,76)
Enfermedades crónicas	
1	102 (25,31)
≥ 2	301 (74,69)
Medicamentos	
< 5	234 (58,06)
≥ 5	169 (41,94)

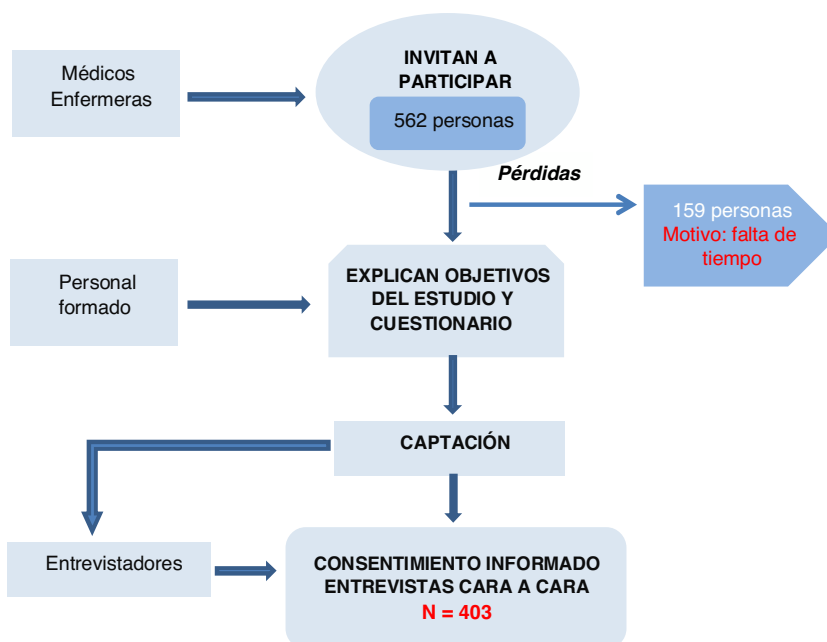


Figura 1. Procedimiento de recogida de datos del estudio sobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de atención primaria por pacientes con enfermedades crónicas.

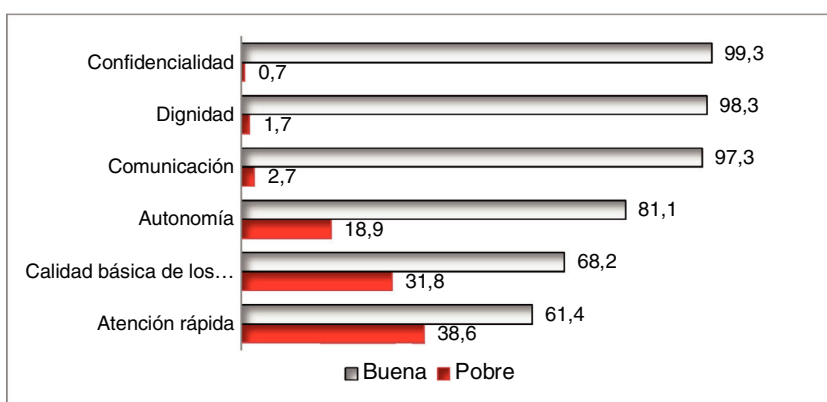


Figura 2. Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas que calificaron como buena o pobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de atención primaria en los diferentes dominios.

tabla 3. Las personas de clase social baja reportaron una mejor capacidad de respuesta en el dominio de atención inmediata (*odds ratio* [OR]: 0,77; intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,62-0,97), pero peor en autonomía (OR: 1,44; IC95%: 1,09-1,89). Los/las pacientes del ámbito urbano reportaron una peor percepción del dominio de atención rápida (OR: 5,36; IC95%: 2,80-10,27) que los/las del ámbito rural. Las variables sexo, educación y ocupación estuvieron relacionadas con la comunicación. Tras el análisis de regresión multivariante, solo las personas jubiladas refirieron una mejor comunicación (OR: 0,15; IC95%: 0,04-0,55) que las no jubiladas (datos no presentados en la tabla). En conjunto, aquellos/as con una peor salud percibida consideraron peor la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general (OR: 2,22; IC95%: 1,10-4,47). En el análisis de regresión logística desagregado por sexo (tablas I a IV en el [Anexo Apéndice online](#)) se obtuvo que los hombres refieren una peor atención rápida en las zonas urbanas, mientras que las mujeres refieren una peor atención rápida en las zonas urbanas, una peor autonomía si pertenecen a la clase social baja y una peor calidad básica aquellas que toman más de cinco medicamentos. Las mujeres también perciben una mejor comunicación si están jubiladas, una mejor calidad básica si son mayores de 60 años y en general si tienen una educación básica.

Los dominios considerados más importantes fueron la dignidad (33,5%) y la atención rápida (30,5%). La **figura 3** muestra la relación entre la importancia que los/las encuestados/as dan a los dominios y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud calificada como pobre para cada dominio, siendo la atención rápida el dominio que despierta más interés porque su capacidad de respuesta es pobre, aunque los/las pacientes lo consideran el segundo dominio en importancia.

Discusión

En este estudio, el 87,10% de los/las pacientes con enfermedades crónicas calificaron como buena la capacidad de respuesta de los sistemas de salud global, siendo este resultado similar al 84% del estudio de la OMS en 16 países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos⁷ y al 85% del estudio que evaluó la atención de salud mental en hospitales y pacientes ambulatorios en Alemania⁹. Otros estudios^{6,7,22} señalan que la capacidad de respuesta de los sistemas de salud varía sustancialmente entre países debido a las variaciones entre los sistemas de salud de cada país²³⁻²⁵.

Tabla 3
Análisis de regresión logística bivariado entre las variables independientes y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general de atención primaria y por dominios valorada por pacientes con enfermedades crónicas

	Atención inmediata	Dignidad	Comunicación	Autonomía	Confidencialidad	Calidad básica	General
<i>Sexo</i>	1	1,94 (0,37-10,12)	1	1	1,53 (0,14-17,02)	1,13 (0,74-1,73)	1
Hombres	0,98 (0,65-1,48)		7,98 ^a (1,01-69,95)	1,11 (0,64-1,89)			1,58 (0,83-2,81)
Mujeres							
<i>Edad</i>	1	1,14 (0,13-9,59)	1	1	NA	1	1
< 60 años	1,47 (0,82-2,64)		0,32 (0,09-1,11)	1,59 (0,69-3,71)		0,68 (0,39-1,18)	1,25 (0,54-2,90)
≥ 60 años							
<i>Educación</i>	1	1	1	1	1	1	1
Alta	1,89 (0,82-4,34)	0,49 (0,06-4,22)	0,21 ^a (0,05-0,82)	1,08 (0,40-2,96)	0,16 (0,01-1,84)	1,37 (0,59-3,15)	0,47 (0,19-1,16)
Baja							
<i>Ocupación</i>	1	1	1	1	NA	1	1
No jubilado	1,15 (0,67-1,99)	1,22 (0,14-10,32)	0,11 ^a (0,03-0,37)	1,39 (0,65-2,99)		0,97 (0,55-1,69)	0,83 (0,39-1,75)
Jubilado							
<i>Clase social</i>	1	1	1	1	1	1	1
Media-alta	0,77 ^a (0,62-0,97)	1,83 (0,80-4,19)	0,74 (0,38-1,48)	1,44 ^a (1,09-1,89)	1,63 (0,49-5,44)	1,12 (0,89-1,40)	1,23 (0,91-1,66)
Baja							
<i>Salud autopercebida</i>	1	3,32 (0,40-27,83)	1	1	1	1	1
Buena	0,91 (0,60-1,39)		2,50 (0,53-11,73)	1,07 (0,61-1,87)	1,09 (0,10-12,16)	1,23 (0,79-1,92)	2,22 ^a (1,10-4,47)
Mala							
<i>Enfermedades</i>	1	1	1	1	NA	1	1
1	0,90 (0,57-1,44)	0,84 (0,16-4,42)	0,58 (0,17-2,04)	1,70 (0,87-3,36)		1,40 (0,85-2,31)	0,73 (0,39-1,38)
≥ 2							
<i>Medicamentos</i>	1	1	1	1	NA	1	1
< 5	1,01 (0,67-1,52)	1,04 (0,23-4,70)	0,79 (0,23-2,73)	1,25 (0,73-2,12)		1,47 (0,97-2,25)	1,21 (0,68-2,19)
≥ 5							
<i>Residencia</i>	1	NA	1	1	1	1	1
Rural	5,36 ^a (2,80-10,27)		2,94 (0,37-23,26)	1,14 (0,61-2,15)	0,57 (0,05-6,41)	1,36 (0,70-2,62)	1,19 (0,71-1,99)
Urbana							

NA: no analizado

^a Dominios significativos en el análisis de regresión logística bivariado.

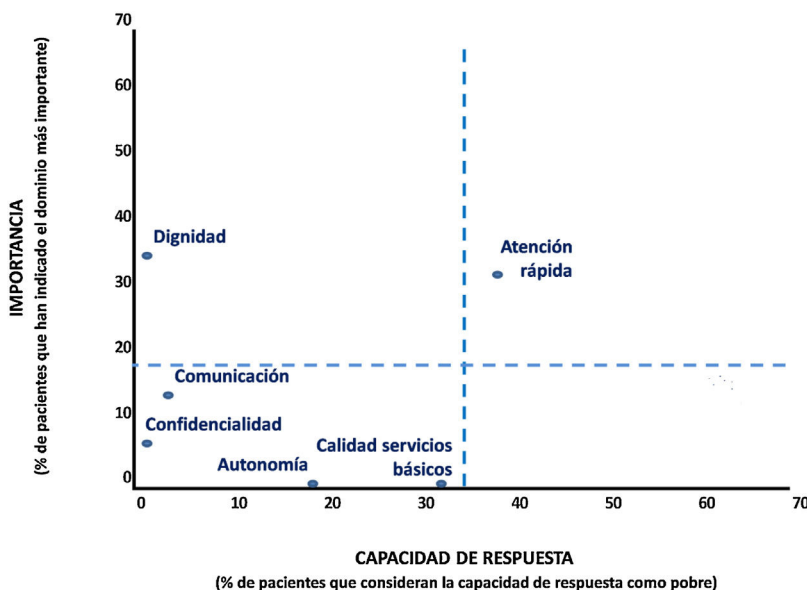


Figura 3. Porcentaje de pacientes con enfermedades crónicas que valoran como pobre la capacidad de respuesta de atención primaria de salud en relación con la importancia percibida en cada dominio.

El dominio mejor valorado fue el de confidencialidad, igual que ocurrió en los estudios realizados en Alemania⁹, Kenia¹² e Irán^{10,11,13}, y en el de la OMS en España²⁶. Este resultado podría explicarse porque, en general, los pacientes son conscientes de que el secreto profesional es un deber de cualquier profesional involucrado en la atención médica²⁷. Dignidad y comunicación quedaron en segundo y tercer lugar, respectivamente, en consonancia con otros estudios^{9,25,26}. Son los dominios relacionados con el respeto los que obtuvieron mejores resultados en este estudio. Una posible explicación podría ser que los dominios de esta categoría son considerados más importantes por los/las profesionales de la salud y, por lo tanto, reciben más atención²⁸. El

dominio peor valorado fue la atención rápida, de modo similar a lo observado en otros estudios^{10,25}. Una atención rápida percibida por los/las pacientes con enfermedades crónicas se ha asociado positivamente con un manejo eficiente de estos/as pacientes²⁵.

Respecto a la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general, fue significativamente peor para los/las pacientes con enfermedades crónicas con mala salud autopercebida, en consonancia con otros estudios²⁵. La mala salud percibida se asocia a una mayor frecuentación de los servicios sanitarios y quizá estos/as pacientes tengan mayores expectativas respecto al cuidado de su salud.

Especial importancia adquiere la valoración de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud por los diferentes subgrupos de población. En este estudio, la clase social baja se asoció a una pobre capacidad de respuesta en la autonomía y a una buena capacidad de respuesta en la atención rápida. Forouzan¹⁰ introdujo el término «clase social subjetiva» en su estudio y concluyó que las personas consideradas de clase social baja tenían tres veces más probabilidad de experimentar una atención rápida y una dignidad deficientes, y duplicaban el riesgo de malos resultados para comunicación y autonomía. Respecto a la educación, los/las pacientes con alta educación tenían más probabilidad de calificar como pobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en el dominio de comunicación. Este resultado está en contradicción con el estudio de Murante et al.²⁵, en el que los/las pacientes de los sistemas de salud de Europa con alta educación valoran mejor la autonomía y la comunicación.

En cuanto al sexo, los resultados obtenidos son parcialmente contradictorios cuando se comparan con los de la literatura. Existen estudios en los que la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general fue peor para los hombres^{10,11,13,29}, mientras que en otros³⁰⁻³² fue peor para las mujeres. En nuestro estudio, las mujeres puntuaron más bajo que los hombres la capacidad de respuesta de los sistemas de salud global, siendo estas diferencias significativas en el dominio de comunicación. Sin embargo, nuestros resultados son coherentes con la literatura que expresa que las mujeres tienen mayores expectativas en cuanto a comunicación³³ y tienen más probabilidades de preferir un estilo colaborativo de comunicación con sus médicos al asumir un papel activo en el proceso de su atención médica³⁴.

También se encontraron diferencias significativas en la ocupación, siendo las personas no jubiladas las que valoraron peor que las jubiladas la capacidad de respuesta de los sistemas de salud en el dominio de comunicación. En los estudios revisados no se han encontrado resultados significativos respecto a la ocupación y su relación con los dominios, aunque existe un estudio¹⁰ en el que las personas desempleadas valoran como más pobre la capacidad de respuesta de los sistemas de salud general. Los/las pacientes con pluripatologías y los/las polimedicados/as son, clínicamente, un grupo especialmente vulnerable. Sin embargo, ni en nuestro estudio ni en la literatura revisada encontramos ninguna relación entre estas dos variables y la capacidad de respuesta de los sistemas de salud. Una explicación podría ser que las personas con necesidades crónicas se adaptan a sus procesos de atención³⁵ y disminuirían las expectativas respecto a su cuidado.

En nuestro estudio, el dominio considerado más importante por los/las pacientes con enfermedades crónicas fueron la dignidad, seguido de la atención rápida. En la mayoría de los estudios que han evaluado la capacidad de respuesta de los sistemas de salud, estos dominios tienden a estar en los primeros puestos en importancia^{6,9,13,26,32}. La dignidad implica excelencia en el tratamiento de los/las pacientes, y de alguna manera incluye al resto de los dominios relacionados con el respeto. La atención rápida puede explicarse porque el tiempo de espera es uno de los principales componentes de la satisfacción de los/las pacientes³⁵.

Se puede obtener información útil al relacionar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud de los dominios con la importancia que los/las pacientes atribuyen a esos dominios. En este estudio, la atención rápida se consideró uno de los dominios más importantes, aunque la capacidad de respuesta era pobre, especialmente para las personas de entornos urbanos, lo cual también se ha observado en otros estudios^{9,26}. La atención rápida es un dominio relacionado con el enfoque al cliente y, por lo tanto, involucra en mayor medida a las personas gestoras, aunque mejorar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud y la calidad de la atención podría involucrar intervenciones en la comunidad, el paciente, el médico, las administraciones y el sistema de salud³⁵.

Algunas limitaciones de este estudio fueron la selección de los/las entrevistados/as en los centros de salud y de dicha zona básica de salud, que podrían suponer una afectación de la validez externa y un sesgo de selección. Sin embargo, el procedimiento de selección utilizado tiene la ventaja de facilitar el acceso a los/las entrevistados/as y ha sido utilizado en varios estudios sobre el tema^{8,12}. Este posible sesgo se intentó minimizar utilizando entrevistadores/as externos/as al centro de salud, sin relación con los/las pacientes. Otra limitación importante al interpretar los resultados fue que en ciertos dominios la distribución de las respuestas fue mayoritariamente positiva, lo que limitó la posibilidad de realizar análisis más profundos. El hecho de no poder explorar el dominio de elección debido a la gran cantidad de valores perdidos fue otra limitación, al igual que el porcentaje de pacientes que fueron invitados/as a participar y rechazaron por falta de tiempo. Por último, se puede considerar una limitación el lapso de tiempo transcurrido entre la recogida de los datos y la publicación del artículo.

Del estudio pueden extraerse varias conclusiones. La capacidad de respuesta de los sistemas de salud en los dominios relacionados con el respeto cumple mejor las expectativas de los/las pacientes que en los dominios relacionados con la orientación al cliente; la atención rápida se identifica como un área prioritaria para llevar a cabo estrategias de reforma destinadas a mejorar la atención en ese aspecto. Es de suma importancia la valoración de la capacidad de respuesta de los sistemas de salud por los distintos subgrupos de población, ya que la respuesta de cada sistema de salud debe poder adaptarse a las expectativas subjetivas de los/las pacientes y sus necesidades objetivas. Una buena capacidad de respuesta producirá más beneficios en la interacción de pacientes y proveedores de salud, lo cual ayudará a mejorar la salud de los/las pacientes y aumentar la efectividad del sistema de salud⁴.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La capacidad de respuesta del sistema de salud es un concepto definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que mide cómo el sistema de salud aborda las expectativas legítimas de las personas en cuanto a aspectos no médicos de la atención de la salud, e implica la experiencia personal del contacto del paciente con el sistema de salud. La capacidad de respuesta se mide en ocho dominios clasificados en dos categorías principales: aquellos que se refieren al respeto hacia las personas y los orientados al paciente. El instrumento para el estudio de la capacidad de respuesta es el *Multi-country Survey Study on Health and Health System's Responsiveness* validado por la OMS. Los primeros estudios sobre capacidad de respuesta del sistema de salud se centraron en identificar las diferencias entre países en la práctica general de atención de la salud, pero más recientemente la investigación ha descrito la capacidad de respuesta en grupos específicos de población.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

La capacidad de respuesta adquiere más importancia si nos referimos a enfermos vulnerables, con necesidades específicas, como los enfermos crónicos. El ámbito de la atención primaria, donde se presta una atención continua e integral a estos pacientes, es idóneo para acercarse a la perspectiva del paciente crónico. En este estudio, la atención rápida constituye una debilidad del sistema de salud; este resultado ofrece a los gestores información útil para poder priorizar las actividades de mejora del sistema sanitario.

Editor responsable del artículo

Manuel Franco.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

Conceptualización: E. Rodríguez Eguizabal y M. San Sebastián. Análisis estadístico: M.J. Gil de Gómez y M. San Sebastián. Adquisición de la financiación: E. Rodríguez Eguizabal. Investigación: E. Rodríguez Eguizabal. Metodología: B. Oliván-Blázquez, R. Margallón Botaya y M.A. Sánchez Calavera. Administración del proyecto: R. Margallón Botaya, M.A. Sánchez Calavera y E. Rodríguez Eguizabal. Recursos: E. Rodríguez Eguizabal. Supervisión: R. Margallón Botaya y M.A. Sánchez Calavera. Validación: V. Coronado Vázquez. Visualización: E. Rodríguez Eguizabal y M.J. Gil de Gómez. Escritura de la primera versión del manuscrito: E. Rodríguez Eguizabal, B. Oliván-Blázquez y M. San Sebastián. Revisión y edición del manuscrito: todas las personas firmantes.

Agradecimientos

Queremos agradecer la inestimable ayuda de Enrique Ramalle al comienzo de este proyecto, y la colaboración de los compañeros del Centro de Salud de Arnedo y de los pacientes que contestaron a la encuesta.

Financiación

Este estudio se ha realizado con la financiación del Instituto de Estudios Riojanos, del Gobierno de La Rioja, en la convocatoria de «Ayudas para estudios científicos de temática riojana» (BOR n.º 88, de 19 de julio de 2013, y BOR n.º 27, de 27 de febrero de 2015).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2021.02.008](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.02.008).

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud. 2012 (Consultado el 18/1/2015.) Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75254/1/WHO_DCO_WHD_2012.2_spa.pdf.
2. World Health Organization. Resolution adopted by the General Assembly 66/2. Political Declaration of the High-Level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-Communicable Diseases. 2011 (Consultado el 12/9/2015.) Disponible en: http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/political_declaration.en.pdf.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. 2000 (Consultado el 10/3/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/whr/2000/es/>.
4. Valentine NB, De Silva A, Kawabata K, et al. Health system responsiveness: concepts domains and operationalization. En: Evans DB, Murray CJL, editores. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 573-96.
5. Üstün TB, Chatterji S, Villanueva M, et al. WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness 2000-2001, GPE discussion paper no. 37. World Health Organization. 30 November 2001. Disponible en: <https://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf>.
6. Valentine NB, Darby C, Bonsel CJ. 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;66:1939-50.
7. Valentine NB, Ortiz JP, Tandon A, et al. Patient experiences with health services: population surveys from 16 OECD Countries. En: Evans DB, Murray CJL, editores. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 573-96.
8. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, et al. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. Int J Qual Health Care. 2012;24:169-75.
9. Bramesfeld A, Wedegartner F, Elgeti H, et al. 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. 2009;7:99.
10. Forouzan S. Assessing responsiveness in mental health care system: the case of Tehran. PhD thesis. Department of Public Health and Clinical Medicine Epidemiology and Global Health. Sweden: Umeå University; 2015.
11. Karami-Tanha F, Moradi-Lakeh M, Fallah-Abadi H, et al. Health system responsiveness for care of patients with heart failure: evidence from a university hospital. Arch Iran Med. 2014;17:736-40.
12. Njeru MK, Blystad A, Nyamongo IK, et al. A critical assessment of the WHO responsiveness tool: lessons from voluntary HIV testing and counselling services in Kenya. BMC Health Serv Res. 2009;9:243.
13. Sajjadi F, Moradi-Lakeh M, Nojomi M, et al. Health system responsiveness for outpatient care in people with diabetes mellitus in Tehran. Med J Islam Repub Iran. 2015;29:293.
14. Alavi M, Moradi-Lakeh M, SetarehForouzan A, et al. Predictors of poor responsiveness in physical rehabilitation centers in Tehran. Med J Islam Repub Iran. 2019;33:18.
15. Barómetro EsCrónicos. Encuesta sobre localidad de la asistencia sanitaria a los pacientes crónicos en España. Plataforma de organizaciones de pacientes y Universidad Complutense. Madrid. (Consultado el 30/11/2020.) Disponible en <http://www.esronicos.com/es/barometro/barometro-2016>.
16. Gobierno de La Rioja. Estrategia de atención al paciente crónico de La Rioja. 2014 (Consultado el 22/2/2015.) Disponible en: <https://www.riojasalud.es/ffrs/docs/estrategia-ronicos.pdf>.
17. World Health Organization. Health system responsiveness. Responsiveness Questionnaires: Brief 60 min Questionnaire (Spanish). 2001 (Consultado el 16/3/2015.) Disponible en: <http://www.who.int/responsiveness/surveys/en/#>.
18. Valentine NB, Lavallée R, Liu B, et al. Classical Psychometric Assessment of the Responsiveness Instrument in the WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness. 2000-2001. En: Evans DB, Murray CJL, editores. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism. Geneva: World Health Organization; 2003. p. 597-629.
19. Instituto Nacional de Estadística. Clasificación Nacional de Educación 2014 (CNE-2014). Capítulo 1: Clasificación de programas en niveles educativos. CNE-8. 2014 (Consultado el 2/10/2015.) Disponible en: http://www.ine.es/daco/daco42/clasificaciones/cned14/CNE2014_capitulo1.pdf.
20. Jackman MR, Jackman RW. An interpretation of the relation between objective and subjective social status. Am Sociol Rev. 1973;38:569-82.
21. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 2013. p. 528.
22. De Silva A, Nicole B, Valentine M. Measuring responsiveness: results of a key informants survey in 35 countries. GPE Discussion Paper Series: No. 21. EIP/GPE/FAR. World Health Organization. (Consultado el 8/1/2018.) Disponible en: <http://www.who.int/responsiveness/papers/paper21.pdf?ua=1>.
23. Jones AM, Rice N, Robone S, et al. Inequality and polarisation in health systems' responsiveness: a cross-country analysis. J Health Econ. 2011;30:616-25.
24. Kerssens JJ, Groenewegen PP, Sixma HJ, et al. Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. Bull World Health Organ. 2004;82:106-14.
25. Murante AM, Seghieri C, Vainieri M, et al. Patient-perceived responsiveness of primary care systems across Europe and the relationship with the health expenditure and remuneration systems of primary care doctors. Soc Sci Med. 2017;186:139-47.
26. IHSN (International Household Survey Network). IHSN Survey Catalog. Spain Multi Country Survey 2000-2001. 2013 (Consultado el 11/9/2015.) Disponible en: <http://catalog.ihsn.org/index.php/catalog/3865/study-description?page=sampling&tab=study-desc>.
27. 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;18:112-7.
28. van der Kooy J, Birnie E, Valentine NB, et al. Quality of perinatal care services from the user's perspective: a Dutch study applies the World Health Organization's responsiveness concept. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17:327.
29. Luo Q, Wang Q, Lu Z, et al. Evaluation of responsiveness of community health services in urban China: a quantitative study in Wuhan City. PLoS One. 2013;8:e62923.
30. Mohammed S, Bermejo JL, Souares A, et al. Assessing responsiveness of health care services within a health insurance scheme in Nigeria: users' perspectives. BMC Health Serv Res. 2013;13:502.

31. Malhotra C, Do YK. Socio-economic disparities in health system responsiveness in India. *Health Policy Plan.* 2013;28:197–205.
32. Kowal P, Naidoo N, Williams SR, et al. Performance of the health system in China and Asia as measured by responsiveness. *Health.* 2011;3:638–46.
33. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA.* 2002;288:756–64.
34. Stewart Williams J, Myléus A, Somnath Chatterji S, et al. Health systems responsiveness among older adults: findings from the World Health Organization Study on global AGEing and adult health. *Global Public Health.* 2020;15:999–1015.
35. Anderson RT, Camacho FT, Balkrishnan R. Willing to wait? The influence of patient wait time on satisfaction with primary care. *BMC Health Services Res.* 2007;7:31.