



## ORIGINALES

---

### Detección de problemas económicos en atención primaria y su relación con el nivel de renta y otras variables socioeconómicas

---

Silvia Pérez López<sup>1</sup>, Francisca Rivera Casares<sup>2</sup>, Laura Pérez Ollero<sup>3</sup>, Laia Bort Llorca<sup>4</sup>, Georgina Oliver Guimèra<sup>5</sup>, Almudena Romero Alonso<sup>6</sup>.

1. Médica de Familia y Comunitaria. Centro de Salud (CS) Torrent, Valencia.
2. Médica de Familia y Comunitaria. CS Fuensanta, Valencia.
3. Médica de Familia y Comunitaria. CS Just Ramírez, Valencia.
4. Médica de Familia y Comunitaria. CS Nules, Castelló.
5. Médica de Familia y Comunitaria. CS Guillem de Castro, Valencia.
6. Médica de Medicina General. Consulta privada.

Contacto: Silvia Pérez López, [silviapl.1987@gmail.com](mailto:silviapl.1987@gmail.com)

Citar como: Pérez López S, Rivera Casares F, Pérez Ollero L, Bort Llorca L, Oliver Guimerà G, Romero Alonso A. *Detección de problemas económicos en atención primaria y su relación con el nivel de renta y otras variables económicas*. fml. 2021; 26 (2): 9p

---

## Resumen

La pobreza ha sido reconocida como uno de los determinantes de salud más importantes y un factor de riesgo independiente predictor de morbilidad y mortalidad precoz. **Objetivo:** determinar si el nivel de pobreza detectado mediante la pregunta de cribado validada ("¿Tiene usted dificultades para llegar a fin de mes?") está relacionado con presentar menor nivel de renta y otras variables socioeconómicas. (Bloch G,2016). **Diseño del estudio:** Estudio epidemiológico observacional transversal retrospectivo. **Población de estudio:** Hombres y mujeres, entre 18-100 años, seleccionados aleatoriamente, pertenecientes al centro de salud de Fuensanta y Quart de Poblet (Valencia). **Criterios de inclusión y exclusión:** mayores de 18 años, pertenecer a los centros de salud y firmar el consentimiento informado. Se excluyeron a pacientes con déficits cognitivos, menores de edad o económicamente dependientes, que viviesen fuera de la zona y consultas domiciliarias o por terceras personas. **Variables estudiadas:** nivel de renta, nacionalidad, empadronamiento, cobertura sanitaria, residencia, procedencia geográfica, capacidad de trabajo, aseguramiento, riesgo de exclusión social, residencia familiar, tamaño y composición de unidad familiar y la aportación de farmacia. **Método de evaluación:** Pregunta de cribado validada realizada a cada paciente. **Resultados:** Los datos de nivel de renta predicen adecuadamente la respuesta a la pregunta de cribado. **Conclusiones:** conocer los datos que aportará este estudio es importante para poder aplicarlo y detectar así a los pacientes con problemas económicos, para actuar tanto a nivel preventivo como en la detección precoz de enfermedades y hacer un buen uso de todos los recursos. **Palabras clave:** Pobreza, atención primaria, renta.

## **Introducción**

La pobreza ha sido reconocida como uno de los determinantes de salud más significativos y un factor de riesgo independiente predictor de morbilidad y mortalidad precoz.

Por eso es tan importante el papel de la Atención Primaria en la detección de este tipo de problemas en nuestros pacientes, ya que se encarga de abordar no solo la salud y el bienestar físico y mental, sino también el tema social, de una forma global e interrelacionada. (OMS,2019)

Con dicha finalidad se desarrolló en 2011 una herramienta sencilla a utilizar bajo la estrategia de *casefinding*, que consiste en responder a la siguiente pregunta: "¿Tiene usted dificultades para llegar a fin de mes en alguna ocasión?" (referido al último año). La respuesta positiva ha demostrado tener una sensibilidad del 98% para detectar pacientes por debajo del nivel pobreza, y una especificidad del 60%. (Brcic et al.,2011)

Por tanto, en esta investigación se ha dado la oportunidad de aportar nuevos conocimientos sobre un tema que genera bastante interés, sobre todo en estos tiempos de gran crisis económica que tanto ha afectado en nuestra sociedad, y por consiguiente al sistema sanitario.

La información que se derive de nuestros resultados, podrá ser útil para aplicarla en los diferentes centros de salud, ya que con un método sencillo, como es la pregunta de cribado sobre el nivel de pobreza de nuestros pacientes, se logra una buena aproximación a su contexto y por consiguiente prevenir las consecuencias que podrían derivarse de su situación socioeconómica con el fin de mejorar la calidad en sus vidas y prevenir enfermedades. Así mismo, redundaría en

una mejor gestión sanitaria y una buena utilización de todos los recursos.

El objetivo principal del estudio es determinar si el nivel de pobreza detectado mediante una herramienta de cribado en atención primaria se relaciona con presentar menor nivel de renta y otras variables socioeconómicas.

## **Material y métodos**

### Diseño

Se ha realizado un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

### Reclutamiento de pacientes

Desde septiembre a diciembre de 2016, se reclutó la muestra en las consultas de atención primaria del centro de salud, de la Fuensanta perteneciente al Departamento de Salud Valencia-Hospital General de Valencia y asociado al Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS), y el de Quart de Poblet adscrito al departamento de Salud de Manises (Valencia).

Se realizó una selección aleatoria sistemática de la muestra. Se incluyó 1 paciente de cada 5 durante 3 meses. Tras comprobar que reunían los criterios de inclusión y no presentaban los de exclusión, se les solicitó la firma del consentimiento informado (Anexo I). Los pacientes que rechazaron participar o no reunían el criterio de inclusión fueron sustituidos por el siguiente paciente en la consulta.

### Criterios de inclusión y exclusión

Inclusión: pacientes de ambos sexos, mayores de edad, pertenecer a los centros de salud nombrados y haber firmado la hoja de consentimiento informado.

Exclusión: menores de edad o dependientes económicamente, presentar déficits cognitivos que impidieran responder a la pregunta de cribado, residir fuera de la zona del área del centro de salud al menos 6 meses al año y consultas domiciliarias o consultas subrogadas.

#### Recogida de datos

Desde el 1 de septiembre de 2015 hasta el 31 de agosto de 2016.

#### VARIABLES DEL ESTUDIO

La información sobre el gasto anual en fármacos se recogió desde el programa Alumbra, que se encuentra dentro del sistema de Abucasis. Y la información sobre el nivel socioeconómico y las demás variables fueron proporcionadas por la Consellería de Sanitat de la Comunitat Valenciana.

VARIABLES ESTUDIADAS:

- Nivel de pobreza detectado mediante la utilización en consulta de una herramienta y que consiste en la siguiente pregunta: "¿Alguna vez tiene usted dificultades para llegar a fin de mes?"
- Nivel de renta de los pacientes, categorizado como mayor o menor de 18.000€ anuales
- Empadronamiento
- Nacionalidad
- Cobertura sanitaria
- Residencia habitual en Comunidad Valenciana o no
- No migrante o migrante de cualquier procedencia o tiempo de estancia
- Capacidad de trabajo
- Aseguramiento de cualquier tipo o extranjero irregular
- Procedencia geográfica
- Riesgo de exclusión social de cualquier tipo

- Residencia en unidad familiar o cualquier otro caso
- Tamaño de la unidad de residencia: hasta 4 personas o más
- Composición de la unidad de residencia: con o sin menores
- Aportación de farmacia: 0% u cualquier aportación

#### ANÁLISIS DE DATOS

Los datos se analizaron con el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS), versión 26 para Windows. Se calcularon los estadísticos descriptivos media y mediana, medidas de dispersión, para variables cuantitativas, así como las frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas. Se comprobó la normalidad de las variables mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. La estimación de diferencias de las medias entre dos grupos independientes se realizó con el test de la t de Student previa determinación de la homogeneidad de las varianzas mediante el test de Levene. Cuando el número de casos fue bajo, se aplicó el test no paramétrico de Wilcoxon. La comparación de las distribuciones de las frecuencias se realizó con el test del Chi cuadrado de Pearson o el test de Fischer o el de Montecarlo cuando las frecuencias fueron inferiores a 5.

#### **Resultados**

Se reclutaron 1034 pacientes, de los cuales cumplían criterios de inclusión y no presentaban los de exclusión 1011.

Los pacientes con menor nivel de renta responden más positivamente a la pregunta de cribado, es decir a menor renta más nivel de pobreza. Los datos obtenidos muestran que el 95,30% de los

pacientes con renta inferior a 18.000€ responde positivamente a la pregunta de cribado.

No hay diferencia significativa en cuanto a los resultados obtenidos sobre estar empadronado o no en la comunidad valenciana y el nivel de pobreza ( $p=0,585$ ). (Tabla 1)

Los pacientes de nacionalidad española presentan más nivel de pobreza que los pacientes de otra nacionalidad ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la distribución de los pacientes según su cobertura sanitaria y el nivel de pobreza, en los resultados obtenidos no se ha encontrado diferencia significativa entre presentar o no cobertura sanitaria y el nivel de pobreza ( $p=0,418$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la distribución de los pacientes según su residencia y el nivel de pobreza, no se ha observado diferencia significativa entre los pacientes residentes habitualmente en la comunidad valenciana y los que no, con el nivel de pobreza ( $p=0,429$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la capacitación para el trabajo sí que se ha visto una diferencia significativa entre la gente que trabaja y no trabaja, padeciendo mayor nivel de pobreza aquellos pacientes que no trabajan ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

En cuanto la situación en el sistema nacional de salud se han agrupado a los pacientes en dos grupos, pacientes asegurados o pacientes extranjeros irregulares, no obteniendo resultados estadísticamente significativos entre ambos grupos y el nivel de renta ( $p=0,816$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la procedencia geográfica, se ha clasificado la muestra en aquellos pacientes

procedentes de España, Unión Europea o resto de Europa, América, África y Asia, aunque no se presentan los datos procedentes de Asia, ya que solo se ha representado los resultados de aquellas procedencias con una prevalencia superior al 5%. Se puede observar que los pacientes procedentes de América y África presentan mayor nivel de pobreza en comparación con los procedentes de otros continentes ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la distribución de los pacientes según el riesgo de exclusión social y el nivel de pobreza, se ha agrupado a los pacientes en dos grupos; los que presentan riesgo de exclusión social (personas desempleadas, sin recursos y extranjeros irregulares), y las personas sin riesgo de exclusión social, habiendo más riesgo de exclusión social en los pacientes con mayor nivel de pobreza ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

En cuanto a la distribución de los pacientes según la unidad de residencia y el nivel de pobreza, se han considerado el grupo que vive en familia y otro que reúne a los que residen en residencia de 3ª edad, colegio mayor, establecimiento penitenciario, hotel, centro de acogida, camping, centro social, cruz roja, centro de discapacitados, centro de menores, centro de reeducación, comisaria, centro educativo, convento u otros. En los datos analizados se ha obtenido una diferencia no significativa entre los pacientes que residen en unidad familiar y los que no, sobre el nivel de pobreza ( $p=0,949$ ). (Tabla 1)

Respecto al tamaño de la unidad de residencia, los resultados muestran que en las familias con más de 4 convivientes tienen mayor nivel de pobreza ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

Otra de las variables analizadas es la composición de la unidad de residencia y el nivel de pobreza. Se

entiende por composición de la unidad de residencia si en la familia hay o no menores. Los resultados obtenidos demuestran que aquellas familias que tienen menores a sus cargos tienen mayor nivel de pobreza que las que no ( $p=0,008$ ). (Tabla 1)

Respecto a la aportación de farmacia, se consideraron 5 niveles: ninguna aportación (0%), 10%, 40%, 50%, 60%, 100%, clasificando a los pacientes en dos grandes grupos: los que no aportan nada y lo que sí que realizan cualquier aportación. Obteniendo como resultado con diferencia significativa entre aquellos pacientes que no tienen ninguna aportación sobre los que sí que aportan algo, teniendo mayor nivel de pobreza los pacientes que no aportan nada ( $p<0,001$ ). (Tabla 1)

## Conclusiones

Los hallazgos de este estudio demuestran que la utilización de la herramienta de cribado para detectar a los pacientes con bajo nivel de renta mediante la pregunta "¿Tiene usted dificultades para llegar a fin de mes en alguna ocasión?" es efectiva y sencilla de utilizar en consulta. Esta pregunta, es una pregunta validada, y descrita en estudios realizados en otros países (Bloch G,2016), pero todavía no implantada en nuestro país.

En cuanto a la relación del nivel de pobreza con las variables socioeconómicas analizadas, decir que un nivel de pobreza bajo sí que está relacionado con un menor nivel de renta, con mayor riesgo de exclusión social y con la capacitación para el trabajo, padeciendo mayor nivel de pobreza aquellos pacientes que no trabajan. También se relaciona con la procedencia geográfica, ya que los pacientes procedentes de África y América presentan más nivel de pobreza. El nivel de

pobreza también se relaciona con la unidad de residencia, ya que las familias con más convivientes presentan mayor nivel de pobreza, así como con la composición de la unidad de residencia, porque los que tienen menores a sus cargos tienen mayor nivel de pobreza. Y por último también está relacionado con la aportación de farmacia, presentando más nivel de pobreza aquellos pacientes que no aportan nada.

En cambio, el nivel de pobreza no se relaciona con la nacionalidad, ni con el empadronamiento, ni con el tipo de aseguramiento ni la cobertura sanitaria, ni tampoco con la residencia en unidad familiar.

## Limitaciones

En próximos estudios, habría que tener en cuenta a los pacientes que fueron excluidos. Es posible que los criterios de exclusión (por ejemplo, pacientes encamados o con deterioro cognitivo) se asocien a rentas por debajo del nivel de pobreza.

Otra limitación del estudio sería las variables que no se han podido analizar, porque no se han recogido o porque son difíciles de medir, como por ejemplo el nivel de estudios de los participantes.

En cuanto a la herramienta de cribado de pobreza utilizada, decir, que en nuestra experiencia ha sido sencilla y fácil de utilizar aún teniendo en cuenta la necesidad de solicitar consentimientos informados. Su baja especificidad sería un elemento negativo, pero, aún así, los hallazgos de nuestro estudio se obtienen con los pacientes con respuesta afirmativa a la pregunta de cribado que hayan sido mal clasificados.

La aplicación de los resultados en la práctica clínica La utilidad principal de realizar esta pregunta de cribado, según los resultados obtenidos en el estudio, es conocer por todos los médicos de atención primaria esta herramienta de cribado de

pobreza, que es una herramienta fácil y sencilla de aplicar en nuestro día a día, para así, poder detectar a los pacientes con problemas económicos, ya que se ha demostrado que estos pacientes presentan más riesgo de padecer determinadas patologías y también de generar mayor utilización de los servicios.

#### Relevancia del estudio realizado

Esta herramienta de cribado sí que ha sido analizada en estudios realizados en Canadá y en Suiza, siendo muy útil para detectar a los pacientes con bajo nivel de pobreza, y en nuestro país todavía no existen estudios demostrando la utilidad de dicha herramienta. Por tanto, creo que sería de gran relevancia el poder crear un protocolo o herramienta basada en esta pregunta de cribado, al igual que en la historia clínica de nuestros pacientes nos aparecen datos médicos y otro tipo de información deberíamos también tener este dato más.

Así una vez detectados estos pacientes podríamos actuar en consecuencia, tanto a nivel preventivo como en la detección precoz de los problemas de estos pacientes, y así mejorar la calidad en sus vidas, prevenir enfermedades y mejorar también en gestión sanitaria para una buena utilización de todos los recursos.

También este estudio debería servir como apoyo para dotar con más medios tanto económicos como materiales a los servicios sociales, para poder ayudar a todas las personas con mayor nivel de pobreza.

## **Bibliografía**

1. Bloch G. A clinical tool for primary care in Ontario. Ontario; 2016. Disponible en: [https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/CPD/Poverty\\_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf](https://portal.cfpc.ca/resourcesdocs/uploadedFiles/CPD/Poverty_flow-Tool-Final-2016v4-Ontario.pdf)
2. Brcic V, Eberdt C, Kaczorowski J. Development of a Tool to Identify Poverty in a Family Practice. Setting: A Pilot Study. *International Journal of Family Medicine* 2011; Article ID 812182, 7 pages. doi:10.1155/2011/812182
3. OMS. Atención Primaria. Ginebra; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/primary-health-care>

**Tabla 1.** Variables socioeconómicas y nivel de renta

		NO POBREZA	POBREZA	p
<b>EMPADRONAMIENTO EN CV</b>	Si	99,20%	99,50%	0,585
	No	0,80%	0,50%	
<b>NACIONALIDAD</b>	Española	93,20%	86,30%	<0,001
	Otra	6,80%	13,70%	
<b>COBERTURA SANITARIA</b>	Si	99,8%	99,7%	0,418
	No	0,20%	0,30%	
<b>RESIDENCIA</b>	En CV	99%	99,50%	0,429
	Fuera de CV	1%	0,50%	
<b>CAPACITACIÓN TRABAJO</b>	Trabajan	50,9%	34,5%	<0,001
	No trabajan	49,1%	65,5%	
<b>ASEGURANZA SNS</b>	Asegurados	99,40%	99,20%	0,816
	No asegurados	0,60%	0,80%	
<b>PROCEDENCIA GEOGRÁFICA</b>	España	89,7%	76,6%	<0,001
	Europa	3,10%	4%	
	América/África	6,20%	18,90%	
<b>RIESGO EXCLUSIÓN SOCIAL</b>	Si	7,80%	28,50%	<0,001
	No	92,20%	71,50%	
<b>UNIDAD RESIDENCIA</b>	Unidad Familiar	0,80%	0,80%	0,949
	Otros	99,20%	99,20%	
<b>TAMAÑO UNIDAD DE RESIDENCIA</b>	>3 convivientes	57,70%	46,60%	<0,001
	3-4 convivientes	37,50%	39,10%	
	>4 convivientes	4,90%	14,20%	
<b>COMPOSICIÓN UNIDAD RESIDENCIA</b>	Sin menores	88,50%	82,30%	0,008
	Con menores	11,50%	14,20%	
<b>APORTACIÓN FARMACIA</b>	No aportación	2,90%	15,70%	<0,001
	Si aportación	97,10%	84,30%	

CV: Comunidad Valenciana. SNS: Sistema Nacional de Salud.

## **Anexo 1. Consentimiento informado**

### **Consentimiento informado**

Este Formulario de Consentimiento Informado se dirige a personas que son atendidos por su Médico de Familia en su Centro de Salud y se les invita a participar en un proyecto de investigación que pretende explorar la relación entre el nivel económico y los problemas de salud atendidos en atención primaria.

Investigador principal: Silvia Pérez López

Institución: Centro de Salud dependiente de la Conselleria de Sanidad Universal y S.P.

Título del estudio: Detección de problemas económicos en atención primaria y su relación con la enfermedad y el uso de servicios.

Información sobre el proyecto

#### 1. Introducción

Soy \_\_\_\_\_, Médico de Familia del Centro de Salud de \_\_\_\_\_, y le estamos invitando a participar en este estudio. Antes de decidir si participa o no debe comprender en qué consiste su participación, para lo cual, si tiene cualquier duda le rogamos que realice cuantas preguntas necesite. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí, o a otro miembro del equipo.

#### 2. Propósito

El propósito del estudio es establecer si existe algún tipo de relación entre nivel económico y los problemas de salud de las personas, su tratamiento y evolución de la enfermedad, así como la utilización de los servicios sanitarios.

#### 3. Selección de participantes y autorización que se solicita

Estamos invitando a participar en este estudio a los adultos atendido en esta consulta médica y solicitamos su consentimiento para utilizar la información numérica y anónima contenida en su historia clínica, referente a sus problemas de salud, a los procedimientos sanitarios realizados en el último año y el tratamiento que se ha indicado

#### 4. Confidencialidad

En ningún momento se le identificará como la persona a quien corresponden los datos extraídos de su historia, de forma que, a partir del momento en que se obtengan dichos datos, cualquier información acerca de usted tendrá un número aleatorio en vez de su nombre.

Para valorar su nivel económico únicamente valoraremos su respuesta a la pregunta que acabo de realizarle sobre si alguna vez tiene dificultades económicas para llegar a fin de mes.



## 5. Beneficios derivados del estudio

Creemos que las conclusiones que se deriven de este estudio pueden ayudar a personalizar la atención sanitaria en relación al nivel de recursos económicos de los pacientes, así como ayudar a la administración sanitaria a planificar correctamente los recursos teniendo en cuenta el nivel económico de la población que se atiende en los Centros de Salud.

## 6. Voluntariedad

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. Tanto si elige participar como si no, continuarán todos los servicios que reciba en este Centro de Salud y nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

## 7. A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas más tarde, puede contactar con:

Doctoras Francisca Rivera o Silvia Pérez, en el Centro de Salud Fuensanta

Doctoras Florentina Pruteanu o Noelia Pastor, en el Centro de Salud de Quart de Poblet

## **Formulario de consentimiento**

He sido invitado a participar en el estudio relativo a detección de problemas económicos en atención primaria y su relación con la enfermedad y el uso de servicios.

He leído la información proporcionada o que me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho de retirar mi autorización en cualquier momento sin que afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante

Fecha \_\_\_\_\_

He explicado o leído toda la información contenida en el presente documento de consentimiento informado al participante, quien ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador

Fecha \_\_\_\_\_