



fml. Febrero 2023; Volumen 28, número 1.

Publicación oficial SoVaMFIC.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons:

Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificación de la obra.

ORIGINALES

Detección de problemas económicos en Atención Primaria y su relación con la enfermedad y el uso de servicios

Silvia Pérez López¹, Francisca Rivera Casares², Laura Pérez Ollero³, Laia Bort Llorca⁴, Daniela Florentina Pruteanu⁵, Almudena Romero Alonso⁶

1. Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC). Centro de Salud (CS) Torrent, Valencia
2. Médica especialista en MFyC. CS Fuensanta, Valencia
3. Médica especialista en MFyC. CS Just Ramírez, Valencia
4. Médica especialista en MFyC. CS Nules, Castelló
5. Médica especialista en MFyC. CS La Coma, Paterna, Valencia
6. Médica General. Consulta privada

Citar como: Pérez López S, Rivera Casares F, Pérez Ollero L, Bort Llorca L, Florentina Pruteanu D, Romero Alonso A. *Detección de problemas económicos en Atención Primaria y su relación con la enfermedad y el uso de servicios*. fml. 2023; 28(1): 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:** detectar, mediante la pregunta de cribado "¿Tiene usted dificultades para llegar a fin de mes?", si los problemas económicos se asocian a padecer más enfermedades crónicas y mentales, y mayor utilización de servicios. (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 pobreza mediante la pregunta de cribado, cupo médico, complejidad, número de consultas realizadas, pruebas diagnósticas y número de hospitalizaciones. **Método de evaluación:** pregunta de cribado realizada a cada paciente. **Resultados:** la respuesta afirmativa a la pregunta de cribado se asocia a edades más jóvenes, más problemas de salud mental y mayor utilización de los servicios sanitarios, pero no se asocia a enfermedades crónicas. **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 case finding, 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 mayor número de enfermedades y el uso de servicios en general. Los objetivos secundarios son conocer si el nivel de pobreza se relaciona con: mayor nivel de cronicidad y complejidad de los pacientes; mayor número de enfermedades cardiovasculares, mentales, diabetes y cánceres; mayor utilización de las consultas de atención primaria y especializada, así como de los servicios de urgencias y hospitalizaciones.

Material y métodos

Diseño

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

Reclutamiento de pacientes

En este estudio han participado los pacientes de dos cupos de pacientes pertenecientes a dos consultas de dos centros de salud, una consulta del CS Fuensanta y otra del CS de Quart.

La captación de pacientes se ha realizado de manera aleatoria sistemática según asistían a la consulta del médico de atención primaria de estos dos centros. Se han incluido 1 paciente de cada 5 que acudieron a la consulta de su médico de familia de los dos centros de salud (Fuensanta y Quart de Poblet) durante los meses de septiembre hasta diciembre de 2016, hasta alcanzar el tamaño de la muestra.

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 clínica se obtuvo mediante la historia electrónica, Abucasis y Pangea.

- 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?"
- Cupo a quién pertenece el paciente
- Nivel de complejidad del paciente: se estableció según criterio de estratificación de la escala Clinical Risk Groups (CRG) (Sánchez M et al., 2017):
 - Nivel de complejidad 0: pacientes pertenecientes a la población general, sin patología
 - Nivel de complejidad 1: pacientes crónicos de baja complejidad, recién

diagnosticados sin afectación de órgano, o con factores de riesgo conocidos para desarrollar enfermedades crónicas

- Nivel de complejidad 2: con afectación de órgano
- Nivel de complejidad 3: pacientes crónicos de alta complejidad, con pluripatología y afectación multiorgánica, y pacientes paliativos
- Factores de riesgo o enfermedades consideradas (CIE-9): Diabetes (código 250 de CIE-9), Hipertensión arterial (código 401), Asma (código 493) o EPOC (códigos 491, 492, 496), Neoplasias malignas (de pulmón, de cuello uterino, melanoma, mama y otras), Enfermedad cardiovascular (isquémica (códigos 410, 411, 412, 413, 414 de CIE-9), Insuficiencia cardíaca (códigos 402, 404, 428), valvulopatías, miocardiopatías u otras), Ictus (códigos 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439), Enfermedad mental: trastornos por ansiedad y de personalidad (códigos 300, 301, 308), depresión y otros trastornos del ánimo (códigos 296, 311), esquizofrenia y psicosis (códigos 295, 298), abuso de alcohol (código 303), dependencia de drogas (código 304), prescripción de fármacos psicoactivos (al menos un mes al año)
- Número de consultas en el último año: médico de familia, otros especialistas, atención continuada, atención de sábados en su centro de salud o en el servicio de urgencias hospitalario
- Número de analíticas realizadas en el último año

- Número de pruebas diagnósticas de imagen realizadas
- Número de otras pruebas diagnósticas: endoscopia, biopsias, Electromiografía (EMG)
- Número de hospitalizaciones en el último año

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 (60,2% mujeres y 39,8% hombres; $p < 0,001$), con una media de edad de 57,3 años, sin diferencias entre ambos sexos ($p = 0,211$).

El 53,3% de los pacientes incluidos en el estudio pertenecía al centro de salud de Fuensanta.

La edad media de los pacientes con problemas económicos fue menor que la de los que no los referían (53,7 y 59,6 años, respectivamente, $p < 0,001$).

Aunque el 61,4% refirió no tener problemas económicos, (41,40% de los hombres vs 58,6% mujeres; $p = 0,187$), hubo mayor prevalencia de pobreza en aquellos que ingresaban anualmente menos de 18.000€/mes.

Respecto a la presencia de enfermedades, no hubo diferencias significativas en la distribución del nivel de pobreza y el grado de complejidad ($p = 0,508$).

En cambio, se observó diferente distribución con relación al nivel económico y tipo de enfermedad, siendo mayor la prevalencia de hipertensión, neoplasias, y de insuficiencia cardíaca en el grupo de no pobreza (Tabla 1), y predominando, en el grupo de pobreza, los trastornos mentales (Tabla 2).

FACTORES DE RIESGO	NO POBREZA	POBREZA	P
DIABETES	20%	19,50%	$p = 0,852$
ASMA	6%	5,40%	$p = 0,703$
EPOC	6,90%	6,90%	$p = 0,999$
HTA	48%	40,50%	$p = 0,020$
NEOPLASIA	11,90%	7,90%	$p = 0,044$
I.C	3,90%	1,30%	$p = 0,017$
C.I	5,50%	4,90%	$p = 0,675$
ICTUS	3,20%	1,80%	$p = 0,171$

HTA: Hipertensión Arterial. I.C: insuficiencia cardíaca. C.I: cardiopatía isquémica.

Tabla 1. Distribución de los pacientes según los factores de riesgo que padecen en relación con el nivel económico

TRASTORNO MENTAL	NO POBREZA	POBREZA	P
ANSIEDAD	32,40%	43,10%	p=0,001
DEPRESIÓN	10,50%	20,30%	p<0,001
ESQUIZOFRENIA	0,20%	1,30%	p=0,024
ALCOHOLISMO	2,10%	5,60%	p=0,003
DROGAS	0,60%	2,80%	p=0,005
PSICOFÁRMACOS	28,30%	37,70%	p=0,002

IC: Intervalo de confianza

Tabla 2. Distribución de los pacientes según el tipo de trastorno mental que padecen en relación con el nivel económico

Con relación a la utilización de servicios sanitarios, la media de consultas para la población según pobreza, se muestra en la tabla 3. Hubo mayor número de visitas anuales al médico, así como a urgencias hospitalarias y el número de pruebas de imagen, en los pacientes que habían declarado mayor nivel de pobreza. En contraste, cuando se analizó esta misma situación, pero con relación a situación de exclusión, sólo se observaron diferencias en el número de consultas a urgencias hospitalarias (0,65 vs 10,01; p= 0,002).

	No pobreza n = 620 Media (DE)	Pobreza n = 389 Media (DE)	Total N=1011 Media (DE)	P*
Consultas médico de familia	6,61 (4,98)	7,45 (5,605)	6,93 (5,244)	0,014
Consultas otros especialistas	3,50 (4,18)	4,13 (5,582)	3,74 (4,782)	0,055
Servicio Urgencia hospitalario	0,56 (1,06)	0,93 (1,639)	0,7 (1,323)	<0,001
Atención continuada	0,80 (1,486)	0,99 (1,771)	0,87 (1,604)	0,053
Análíticas	1,79 (2,182)	1,84 (2,646)	1,81 (2,374)	0,755
Pruebas de imagen	1,59 (2,437)	1,96 (2,749)	1,73 (2,567)	0,026
Ingresos hospitalarios	0,14 (0,443)	0,16 (0,498)	0,15 (0,465)	0,562

P*: valor de p par a la diferencia de medias entre nivel de pobreza

Tabla 3. Utilización de servicios y el nivel económico

Conclusiones

El nivel de pobreza detectado por la pregunta de cribado ha servido para detectar y descartar enfermedades asociadas al nivel de pobreza como

son enfermedades cardiovasculares, respiratorias o cáncer, y el uso de servicios en general.

Un nivel de pobreza bajo no está relacionado con un mayor nivel de cronicidad y complejidad de los pacientes. Tampoco está relacionado con el género. Nuestros datos difieren de los encontrados en otros estudios, donde sí que existe una relación entre presentar un nivel de pobreza bajo y padecer más enfermedades de riesgo cardiovascular, por tanto, mayor nivel de cronicidad. (Alvarez-Fernandez C e al.,2017). Al igual que también se ha descrito un aumento de las desigualdades de género. (Gili M et al., 2014).

Un nivel de pobreza bajo no está relacionado con padecer más enfermedades respiratorias, como el asma o el EPOC, más diabetes, más cáncer o más enfermedades cardiovasculares como la insuficiencia cardíaca, la cardiopatía isquémica o ictus. Nuestros datos no coinciden con los resultados obtenidos por otros estudios donde concluyen que sí que hay relación significativa entre padecer diabetes o ciertas enfermedades respiratorias y presentar un nivel económico más bajo. (Lightman E et al., 2008).

Un nivel de pobreza bajo sí que está relacionado, pero de manera negativa con la hipertensión, en contra de lo comunicado en la literatura. (Lightman E et al., 2008). Es decir, un bajo nivel de pobreza está relacionado con padecer menos hipertensión. Un nivel de pobreza bajo sí que está relacionado con mayor número de enfermedades mentales, entre ellas los trastornos por ansiedad, trastornos depresivos, psicosis-esquizofrenia, y consumos de sustancias nocivas como el alcohol, drogas y psicofármacos. Nuestros datos coinciden con los analizados en otros estudios, donde se concluye que padecer problemas económicos aumenta la prevalencia de los trastornos mentales más frecuentes. (Gili M et al., 2014).

La pobreza, implica una mayor utilización de los servicios sanitarios en todos los niveles. Nuestros resultados son consistentes con los encontrados en otros estudios, tanto para atención primaria como para el resto de especialidades y servicios. (Muldoon L et al., 2013). Pero en nuestro caso, la pobreza no está relacionada con una mayor demanda de pruebas diagnósticas e ingresos hospitalarios.

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 serían 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.

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. Alvarez- Fernandez C, Vaquero-Abellán M, Ruiz-Gandara A, et al. Factores de riesgo

- cardiovascular en la población en situación de riesgo de pobreza y exclusión social. *Atención Primaria* 2017; Vol. 49. Núm. 3. 140-149. doi: 10.1016/j.aprim.2016.05.009
2. 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-2016-v4-Ontario.pdf
 3. Bloch G, Rozmovits L, Giambone B. Barriers to primary care responsiveness to poverty as a risk factor for health. *BMC Family Practice* 2011; 12:62. doi:10.1186/1471-2296-12-62
 4. 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
 5. Gili M, García J, Roca M. Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gac Sanit* 2014; Volume 28, 104-108. doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.005
 6. Lightman E, Mitchell A, Wilson B. Poverty is making us sick: A comprehensive survey of income and health in Canada. Wellesley Institute; 2008. Disponible en: <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2011/11/povertyismakingussick.pdf>
 7. Muldoon L, Rayner J, Dahrouge S. Patient poverty and workload in primary care. *Can Fam Physician* 2013; 59(4):384-90.
 8. OMS. Atención Primaria. Ginebra; 2019. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>
 9. Sánchez M, Candela I, Gómez-Romero F.J., et al. Concordancia entre sistemas de estratificación e identificación de pacientes crónicos complejos en Atención Primaria. *Rev Calid Asist*.2017;32 (1): 10-16. doi.org/10.1016/j.cali.2016.07.006

Anexo - Consentimiento informado y formulario de participación

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 _____