

Variabilidad del registro de problemas sociales en las consultas de Atención Primaria

Marta Jiménez Carrillo. CS Potes. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro. SERMAS. Madrid

Joanna Fernández Rodker. CS Lavapiés. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Noroeste. SERMAS. Madrid

Marta Sastre Paz. Subdirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Ayuntamiento de Madrid. Madrid

María Yolanda Santamaría Calvo. CS Potes. SERMAS. Madrid

Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Centro. SERMAS. Madrid

Para contactar:

Marta Jiménez Carrillo: majicauam@gmail.com

RESUMEN

Las distintas realidades socioeconómicas afectan a la generación o pérdida de salud, a nivel individual y poblacional. La Atención Primaria (AP) constituye un lugar idóneo para explorar y aplicar estrategias que reduzcan las desigualdades en salud.

La codificación de problemas sociales en la historia clínica de AP (códigos Z) representa una herramienta para el abordaje integral de las personas que acuden a la consulta, así como para el abordaje comunitario.

Este estudio, observacional descriptivo transversal de tipo ecológico, recoge la variabilidad de registro de problemas sociales (códigos Z) en 19 centros de salud que componen una unidad docente de atención familiar y comunitaria. Además, se describen las diferencias socioeconómicas de las zonas básicas de salud.

Tras un análisis utilizando el método de correlación por rangos de Spearman y de regresión simple entre la codificación Z y el índice de privación (IP) de cada zona básica de salud (ZBS), se objetivó la gran variabilidad que existe en el registro de problemas sociales desde AP y su baja correlación con la realidad socioeconómica de cada ZBS.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, codificación clínica, medicina comunitaria, problemas sociales.

VARIABILITY OF REPORTING SOCIAL PROBLEMS IN PRIMARY CARE CONSULTANCIES

Abstract

The different socio-economic realities affect the generation or loss of health, both at individual and population levels. Primary healthcare is an ideal place to explore and implement strategies for the reduction of inequalities in health.

Coding of social problems in the primary healthcare history (Z codes) represents a useful tool for an integral approach of people attending primary care consultancies as well as for the community approach.

In this descriptive, cross-sectional and ecological study we analysed the variability of recording social problems in 19 health centres that belong to one Family and Community Care Teaching Unit with important socio-demographic differences.

By means of a Spearman's rank correlation and simple regression analysis between Z coding and the deprivation index, the study revealed major variability in the recording of social problems from primary healthcare, and its low correlation with the socio-economic reality of each basic health area.

Keywords: clinical coding, community medicine, primary health care, social problems.

INTRODUCCIÓN

El abordaje biopsicosocial e integral, el más adecuado en Atención Primaria de Salud, tiene en cuenta los determinantes sociales en salud que influyen en

el proceso salud-enfermedad.

Las desigualdades sociales en salud se definen como las diferencias sistemáticas, injustas y potencialmente evitables en uno o más aspectos de la salud entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente¹⁻³.

La AP constituye la puerta de entrada del sistema sanitario, siendo el nivel asistencial con el que gran parte de la población realiza su primer contacto y el que utiliza un mayor porcentaje de la población⁴⁻⁶, así como el encargado de participar con otros agentes sociosanitarios en la atención comunitaria.

La historia clínica electrónica de AP (HCE-AP) permite la codificación de los motivos de consulta o factores que influyen en la salud y contacto con los servicios de salud, pero también la necesidad de incluir las variables sociales⁷ a través de la Clasificación Internacional de Atención Primaria (CIAP) (actualmente en uso la segunda edición: CIAP-2).

Los motivos de consulta de índole social se reúnen en el capítulo Z de la CIAP-2 mediante los códigos Z⁸ que, enunciados de Z01 a Z29, recogen una serie de problemáticas sociales y de acceso a necesidades básicas humanas (como la alimentación o el agua) que generan problemas en salud.

Desde una perspectiva de equidad en salud⁴, la utilización de esta codificación Z representa una herramienta útil para el abordaje integral de las necesidades en salud que se presentan en consulta, y también para la visibilización de situaciones de vulnerabilidad social⁹ durante la elaboración de diagnósticos compartidos/comunitarios de salud, y para abogar por la salud de la población en el trabajo intersectorial y abogacía política.

El uso de esta codificación podría ayudar a la despatologización y desmedicalización de algunos de los malestares que se presentan en la consulta de AP y que responden a otras soluciones desde lo comunitario y con un enfoque promotor de salud. Asimismo, podría disminuir la derivación a centros de salud mental de los pacientes sin trastorno mental diagnosticable, fomentando desde AP una prescripción social¹⁰. Entre los códigos Z y los trastornos mentales hay una frontera difícil de trazar, ya que el sufrimiento y el malestar son comunes¹¹⁻¹². En Madrid, los centros urbanos ubicados en barrios con mayor tasa de desempleo (menor nivel socioeconómico) tuvieron más casos de trastornos psiquiátricos (códigos P), fundamentalmente de ansiedad o depresión y, sobre todo, un aumento de la problemática sociofamiliar (códigos Z)¹³.

Una correcta codificación de los problemas sociales favorece su abordaje desde una perspectiva comunitaria, contando con otros agentes, y que tiene dos vertientes: por un lado, desde las consultas, se aumenta la visibilización y la concienciación del origen social de muchos de los malestares que se atienden en AP, así como su impacto en la salud, y se evidencian los recursos sociales que se necesitan para reducir el sufrimiento, aliviar y acompañar a las personas que los sufren y facilitar la recomendación social de activos. Y, por otro lado, desde las mesas de salud u otros espacios de trabajo intersectorial y de participación vecinal, los códigos Z ayudan a objetivar y poner en conocimiento los problemas sociales que con más frecuencia se presentan en la población a la que se atiende en AP. Estos podrían complementar los diagnósticos de necesidades y mapas de vulnerabilidad realizados por otros sectores sociosanitarios, con el fin de realizar propuestas de mejora de carácter social y participativo que podrían presentarse en juntas de distrito y juntas municipales para aportar a la priorización de problemas y programar intervenciones sociales basadas en la equidad. Además, se pueden utilizar para la priorización de territorios o necesidades sobre las que trabajar con procesos de elaboración y dinamización de mapas de activos, para dar respuesta, al menos parte, a algunos de los problemas sociales codificados¹⁴. Al nivel de gestión sanitaria de AP, el análisis de la codificación Z podría servir, por ejemplo, para dotar de más recursos a los centros de salud con mayor grado de la vulnerabilidad social, fomentando así la equidad en salud.

OBJETIVOS

- Establecer la posible variabilidad de registro de problemas sociales (códigos Z) en la HCE-AP entre 19 centros de salud pertenecientes a la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro de Madrid.
- Describir el grado de vulnerabilidad social de cada ZBS a través del índice de privación (IP).
- Analizar la relación entre la codificación de problemas sociales desde AP y la vulnerabilidad social de la población adscrita a cada ZBS.

MÉTODOS

Se diseñó un estudio observacional descriptivo transversal de tipo ecológico.

Las unidades de análisis del estudio fueron los 19 centros de salud pertenecientes a la Unidad Docente de Atención Familiar y Comunitaria Centro de Madrid y sus correspondientes zonas básicas de salud. Los 19 centros de salud docentes estudiados en conjunto atendieron un total de 381.114 pacientes.

Para cada centro estudiado se establecieron dos variables:

Como **variable dependiente** se calculó la proporción estandarizada de pacientes con registro de códigos Z (PEPz), sobre el total de pacientes atendidos, y luego se ajustó por rangos de edad y sexo mediante método indirecto (o de tasas tipo) a través del índice comparativo obtenido (observado/esperado). Se consideraron como estándar las proporciones específicas por grupos de edad y sexo del global de los centros de la Dirección Asistencial Centro, entre los que se encuentran los centros de salud estudiados, para un acercamiento a la posible variabilidad de codificación, dada la variabilidad de población en cada centro. La fuente de información utilizada para las variables demográficas y clínicas fue la HCE-AP (Madrid). Se extrajeron los datos mediante la aplicación informática Consult@Web de la Gerencia de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud en octubre de 2016.

La **variable independiente** utilizada fue el IP, como estimador de vulnerabilidad social de la población de cada ZBS, que presenta adecuada correlación con indicadores de salud como la mortalidad. El IP se elabora a partir de cinco indicadores socioeconómicos simples (desempleo, instrucción insuficiente total y de jóvenes de 16-29 años, trabajadores manuales y asalariados eventuales). Los valores positivos de este IP indican mayor privación, más falta de

recursos y de bienes o servicios, y los valores negativos, menor privación. Este índice se obtuvo del Sistema de Información Geográfica de Indicadores de Salud de la Comunidad de Madrid (SIGIS). Se extrajo también en octubre de 2016 con datos actualizados para el año 2011 (último disponible), asumiendo que, aunque hayan podido producirse modificaciones, las brechas de privación se mantienen entre los territorios estudiados. Siendo el rango de IP de las zonas básicas de salud de la Comunidad de Madrid, según lo recogido en el SIGIS, de -2,3 a +2,76.

Para estudiar la relación entre ambas variables, dado que la variable IP no sigue una distribución normal (Saphiro-Wilk = 0,004), se recurrió al coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, se realizó un análisis de regresión lineal simple entre ambas variables.

RESULTADOS

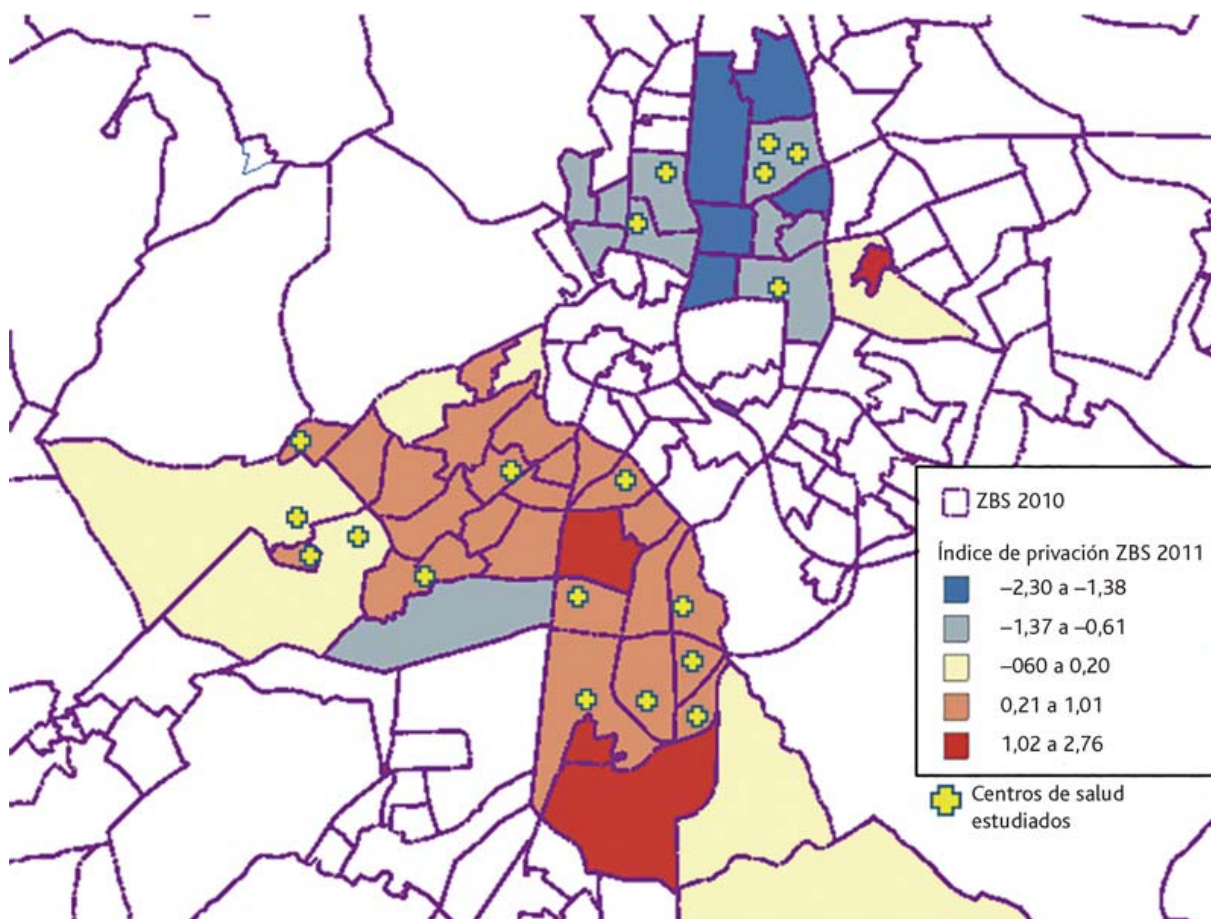
Los 19 centros de salud docentes estudiados en conjunto atendieron un total de 381.114 pacientes, de los que el 56,87% fueron mujeres (rango: 54,04-60,43%) y con una proporción de envejecimiento del 25,33% (rango: 16,94-31,65%).

En relación con el sexo, el grupo de población en el que se codificó un mayor número de problemas sociales (códigos Z) era el de mujeres (12,02% frente al 7,56% de hombres). Respecto a la edad, se objetivó un mayor registro de códigos Z en personas mayores de 65 años (19,76% frente al 5,33% del grupo de 0-14 años).

Los códigos Z más frecuentemente encontrados fueron los Z04 (problemas relacionados con la emigración/sociales/culturales; 3,02%), seguidos por los Z03 (problemas relacionados con las condiciones de vivienda/vecindad; 1,92%) y los Z08 (problemas con la seguridad social/sistema del bienestar; 1,90%). La PEPz, calculada con los resultados demográficos (por rango de edad y sexo) y clínicos antes descritos, osciló entre 12,71 y 33,23%.

El rango del IP comprendió de -1,16-0,90 en las zonas básicas de salud estudiadas (figura 1).

Figura 1. Índice de privación por zonas básicas de salud de la Dirección Asistencial Centro y ubicación de los centros de salud incluidos en el estudio

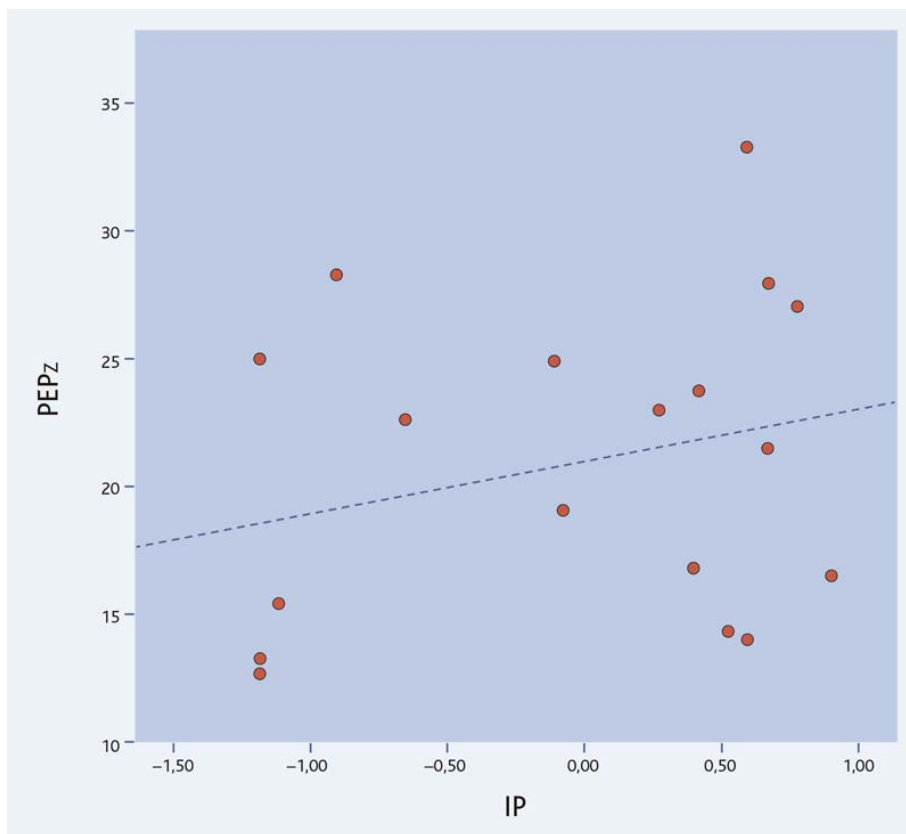


ZBS: zona básica de salud.

Fuente: Sistema de Información Geográfica de Indicadores de Salud de la Comunidad de Madrid (SIGIS).

El coeficiente de correlación de Spearman (ρ) observado entre IP y PEPZ resultó de 0,282 (correlación baja) y sin significación estadística ($p = 0,243$) (figura 2).

Figura 2. Gráfico de dispersión entre PEPz e IP



IP: índice de privación; PEPz: proporción estandarizada de pacientes con registro de códigos Z.

El modelo de regresión lineal simple obtenido se refleja en la tabla 1.

Tabla 1. Modelo de regresión lineal simple

Modelo	R	R ²	R ² ajustado	Durbin-Watson
1	0,272	0,074	0,020	2,147

R: coeficiente de correlación; R²: coeficiente de determinación.

Estos resultados apuntarían a que tan solo el 7,4% de la variabilidad encontrada en cuanto a la proporción de códigos Z registrados en los centros de salud estudiados podría explicarse por el IP de la ZBS asociada.

En el modelo se cumplen los supuestos de normalidad, independencia y homocedasticidad de los residuos.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en el estudio describen la variabilidad del registro de problemas sociales entre centros de salud que atienden a poblaciones con distinta vulnerabilidad social y demuestran la baja correlación existente entre el IP y la PEPz en la historia clínica de AP.

En relación con los datos obtenidos de codificación de problemas sociales ajustada por sexo y rangos de edad, lo primero que llama la atención es un mayor registro de códigos Z en mujeres. Dado que el estudio consta de datos exclusivamente cuantitativos, esto limita la exploración de las múltiples causas que originan las desigualdades de género y salud que, en opinión de las autoras, deben ser investigadas en profundidad en estudios posteriores.

Con respecto a la edad, impresiona una mayor codificación de problemas sociales en personas mayores de 65 años. Estos datos podrían relacionarse con la pirámide demográfica de cada ZBS, así como con el proceso de envejecimiento de la población y el alto grado de vulnerabilidad social que puede llegar a presentar este colectivo poblacional tan habitual en AP.

Al analizar de manera reflexiva los problemas sociales más frecuentes, cabe destacar el más prevalente de todos los códigos Z en los centros de salud estudiados: «Problemas relacionados con la cultura y la inmigración». Consideramos que el código en sí puede englobar una serie de condiciones y necesidades en salud tan diversas que valdría la pena desglosar y analizar en mayor profundidad con participación de otros campos del conocimiento como las ciencias sociales y los propios colectivos de personas inmigrantes.

Con respecto al otro problema social más habitualmente codificado, «condiciones de vivienda», refleja cómo estas afectan a nuestra salud (condiciones de hacinamiento, barreras arquitectónicas en personas con movilidad reducida, calefacción, etc.). Cada vez existe más bibliografía que demuestra que el lugar donde vivimos, el barrio, etc., influyen en la generación o pérdida de salud^{15,16} e incluso en nuestra genética¹⁷. Por ello, desde la AP se debe tener en cuenta que el código postal de nuestros pacientes influye en su salud¹⁸, por lo que la aparición de este tipo de códigos en una historia clínica debería reforzar las acciones sociosanitarias y comunitarias.

Tras analizar el grado de vulnerabilidad social de cada ZBS, estimado a través del IP, se observa que se trata de un ámbito territorial con alto grado de desigualdades sociales. Se considera, por tanto, que el estudio pormenorizado de la vulnerabilidad social a través del IP, con el apoyo de otras metodologías de carácter más participativo¹⁹, puede suponer un instrumento de gran utilidad para la planificación sanitaria.

A pesar de conocer la importancia del impacto de los determinantes sociales en la salud, en nuestro estudio se objetivó una baja correlación entre la codificación de problemas sociales y los datos reales de vulnerabilidad social, lo que invita a las autoras a seguir investigando sobre las posibles causas. Los retos a los que se enfrenta la AP actual para tener en cuenta dichos determinantes sociales²⁰ (atención cada vez más individual y protocolizada, falta de tiempo en consulta, precariedad laboral o la alta presión asistencial) pueden ser algunas de las razones. Sin embargo, consideramos que hay que tener en cuenta otros factores como, por ejemplo, la escasa formación en desigualdades en salud durante los estudios de grado, el desconocimiento de los códigos Z o su posible utilidad, etc.

Por esto, la investigación cualitativa con profesionales de AP acerca de este tema resultaría de especial importancia. Si conseguimos esbozar las principales razones o barreras para la visibilización de problemas sociales desde la consulta de AP, podremos mejorar las acciones enfocadas a un abordaje más integral y comunitario.

Entre las limitaciones del estudio, consideramos que cabe mencionar:

el hecho de tratarse de un análisis exclusivamente cuantitativo que no permite explorar en profundidad el origen social de los problemas (pero también de las soluciones desde lo comunitario), y el no contar con un seguimiento de varios años para realizar una evaluación del impacto de medidas concretas de carácter formativo y comunitario. Las problemáticas, necesidades y condicionantes sociales tan diversas y multifactoriales que se engloban detrás de cada código Z harían preciso revisar y valorar éticamente la acumulación de este tipo de condicionantes en la HC-AP.

Además, las autoras destacan la falta de perspectiva de género transversal en todo el estudio, dado que solo se contó con tasas ajustadas por edad y sexo, lo que limita la posibilidad de tener en cuenta muchos otros factores que entran en juego en la generación de desigualdades en salud y género.

Con respecto a los datos obtenidos en la investigación, observamos una limitación, ya que los datos recogidos en cuanto al IP datan de 2011 (últimos disponibles), aunque fueron extraídos en octubre de 2016. Esto supone una limitación en el sentido de que no recoge las diferencias que se hayan podido producir en términos del IP entre los territorios estudiados, aunque es esperable que las brechas de privación se hayan mantenido. Sin embargo, dado que con los códigos Z no se ha realizado un análisis de la evolución temporal, queda limitada la posibilidad de ampliar estudios y sacar conclusiones en cuanto al impacto *a posteriori* de la privación de recursos en la codificación de problemas sociales o cambios de codificación tras el inicio de la crisis económica, por ejemplo.

Las limitaciones citadas son propias del tipo de diseño, que no permite explorar en profundidad el origen de los problemas sociales ni hacer una descripción de evolución temporal. El resto de limitaciones que se exponen son reflexiones a tener en cuenta para futuros estudios en los que se investigue, entre otras cosas, la evolución temporal de codificación, lo cual permitiría, por un lado, ver el impacto en salud de situaciones sociales como la crisis económica y, por otro, ver si, a través de propuestas participativas y sociales, se disminuye la problemática social (analizada en este caso exclusivamente a través de los códigos Z).

En cuanto a las fortalezas, consideramos que la codificación de problemas sociales desde AP es un tema novedoso en la bibliografía que puede ayudar a valorar el impacto que tienen los determinantes sociales de salud y las desigualdades sociales en la salud desde la AP. El estudio ha sido realizado en un ámbito territorial con alto grado de desigualdades sociales, pero también con una gran red de participación comunitaria y activismo social desde hace muchos años (fundamentalmente, en las zonas más vulnerables), donde podría impulsarse aún más el enfoque comunitario de salud como oportunidad ante el nuevo panorama demográfico y epidemiológico. La mayor motivación y formación en codificación de los profesionales facilitaría la identificación de vulnerabilidad social desde AP, apoyando el abordaje integral de las personas dando valor al trabajo colaborativo y comunitario.

El trabajo interdisciplinar, tanto con el resto del equipo de AP como con diversos agentes sociosanitarios (asociaciones vecinales, servicio de convivencia, dinamizadores barriales, y un largo etcétera) en las mesas de salud y otros espacios de participación social, puede ayudar a dar respuestas comunitarias a los problemas sociales.

Por último, de nuestro estudio se concluye que la gran variabilidad de codificación de los problemas sociales de los distintos centros de salud analizados y la baja correlación con la vulnerabilidad social sugieren ser consecuencia de otras causas que deberían ser estudiadas en profundidad²¹. Esto podría suponer una herramienta para fomentar el enfoque comunitario en el marco de las acciones a fin de reducir las desigualdades sociales en salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, Esnaola S, Nolasco A, Pasarín MI, et al. Construcción de un índice de privación a partir de datos censales en grandes ciudades españolas (Proyecto MEDEA). Gac Sanit. 2008;22:179-87.
2. Rico A. Desigualdades sociales en salud: procesos causales y evolución reciente en Europa. Documentación Social. 2002;127:15-44.
3. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22:429-45.

4. Wilkinson R, Marmot M. The solid facts. Copenhagen: Organización Mundial de la Salud; 2003.
5. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26:182-9.
6. Díez E, Peirò R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):158-67.
7. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. Gac Sanit. 2012;26 Supl:6-13.
8. Comité Internacional de Clasificación de la WONCA.CIAP-2.Clasificación Internacional de la Atención Primaria. Barcelona: Masson; 1999.
9. Los 3 problemas de salud más importantes en España. [Internet.] Medicocritico.blogspot.com.es. 2017 [consultado el 20 de octubre 2016]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com.es/2013/07/los-3-problemas-de-salud-mas.html>
10. Observatorio de Salud de Asturias. Guía ampliada de recomendación de activos («prescripción social») en el sistema sanitario. 2018. [Internet.] Disponible en: http://obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/guia_ampliada_af.pdf
11. Ortiz Lobo A. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006;38(10):563-9.
12. Lozano Serrano C, Ortiz Lobo A, González Juárez C. Tratamiento y uso de recursos en salud mental de pacientes sin patología. Rev Asoc Esp Neuropsiq. 2014;34(122):267-81.
13. Olmedo Galindo J. Impacto de la crisis económica en la utilización de servicios en un Área Sanitaria de la Comunidad de Madrid. [Tesis.] Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2016.
14. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit. 2013;27(2):180-3.
15. Glass T, Bilal U. Are neighborhoods causal? Complications arising from the «stickiness» of ZNA. Social Science & Medicine. 2016;166: 244-53.
16. Hertzman C, Boyce T. How experience gets under the skin to create gradients in developmental health. Annu Rev Public Health. 2010;31:329-47.
17. Relton CL, Davey Smith G. Epigenetic Epidemiology of Common Complex Disease: Prospects for Prediction, Prevention, and Treatment. PLoS Med. [Internet.] 2010 Oct [citado 13 Nov 2017];7(10). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000356>
18. Cofiño R. Tu código postal es más importante para tu salud que tu código genético. Aten Primaria. 2013;45:127-8.
19. Ramasco-Gutiérrez M, Heras-Mosteiro J, Garabato-González S, Aránguez-Ruiz E, Aguirre Martín-Gil R. Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. Gac Sanit. 2017;31(5):432-35.
20. De Voe J, Bazemore A, Cottrell E, Lilkumahuwa Ackman S, Grandmont J, Spach N, et al. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Parh for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. The annals of Family Medicine. 2016;142:104-8.
21. Díez Roux A. Conceptual Approaches to the Study of Health Disparities. Annual Review of Public Health. 2012;33(1):41-58.

Fecha de recepción: 27 de diciembre de 2017 **Fecha de aceptación:** 21 de mayo de 2018

[Volver](#)

Variabilidad del registro de problemas sociales en las consultas de Atención Primaria

Marta Jiménez Carrillo, Joanna Fernández Rodker, Marta Sastre Paz, María Yolanda Santamaría Calvo y Ángel Alberquilla Menéndez-Asenjo

Comunidad Julio 2018;20(2):7

ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Dejar un comentario

0
comentarios

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar