

ORIGINALES

Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana

Sandra Robles Pellitero. CS La Cabrera. Truchas. León. Miembro del GdT Inequidades en Salud - Salud Internacional de la semFYC

Gloria Rabanaque Mallén. Consultorio Auxiliar de Navajas. Navajas. Castellón. Miembro del GdT Tercer y Cuarto Mundo de la SoVaMFIC

Francisca Gil Latorre. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Valencia. Valencia.

Para contactar:

Sandra Robles Pellitero: srobpel@gmail.com

Financiación:

El proyecto de investigación fue financiado por la Beca Dr. Juan Peset Aleixandre patrocinada por el Excmo. Ayto. de Valencia en la convocatoria de 2015, donde fue premiado el proyecto "Validación de una Herramienta de Diagnóstico de Pobreza en el Municipio de Valencia".

Agradecimientos:

A los miembros del Grupo Tercer y Cuarto Mundo de la SoVaMFIC, a los investigadores colaboradores y a los centros de salud participantes. A Inma y Marta, secretarías de la SoVaMFIC. Sin ellos no habría sido posible realizar este trabajo.

RESUMEN

Introducción. Detectar pobreza con una pregunta sencilla y aceptada por los usuarios, desde Atención Primaria (AP), puede facilitar la intervención sociosanitaria.

Objetivos. Validar una pregunta de cribado de pobreza en AP. Averiguar si los usuarios aceptan que su especialista en Medicina Familiar y Comunitaria les pregunte por determinantes socioeconómicos. Identificar las características de los pacientes que presentan dificultad para llegar a fin de mes.

Métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal, multicéntrico, de prueba diagnóstica, desarrollado en AP en la Comunitat Valenciana. Muestreo no probabilístico de variación máxima en mayores de edad. Cuestionario validado, autoadministrado, con la pregunta a validar «En el último año, ¿tiene o ha tenido dificultades para llegar a fin de mes?», con preguntas sobre determinantes definitorios de pobreza, establecidos en la Unión Europea, y otra sobre la pertinencia de hablar sobre ello en consulta.

Análisis univariante, bivariante y de prueba diagnóstica (sensibilidad [S], especificidad [E], valor predictivo positivo [VPP], valor predictivo negativo [VPN], *odds ratio* [OR] postest con intervalo de confianza [IC] del 95%).

Resultados. Se obtuvieron datos de 520 personas, de ambos sexos, pertenecientes a 36 centros de salud (CS), correlacionándose con pobreza económica (S: 77,8%, E: 75,9%, VPP: 79,35%, VPN: 74,2%), con pobreza material (S: 80,9%, E: 69,4%, VPN: 97%, VPP: 27,7%) y con ambas (S: 84,6%, E: 69%, VPP: 27,7%, VPN: 97%). El 92,9% acepta que su médico les pregunte por determinantes socioeconómicos.

Conclusiones. La pregunta se valida como prueba diagnóstica de cribado de pobreza en la Comunitat Valenciana. Los pacientes aceptan que su médico les pregunte por determinantes sociales.

Palabras clave: cribado de pobreza, determinantes sociales de la salud, Medicina Familiar, Atención Primaria de Salud.

VALIDATION OF A POVERTY DIAGNOSIS TEST IN THE VALENCIAN COMMUNITY

Abstract

Introduction. Detecting poverty by means of a simple question accepted by Primary Care (PC) users can facilitate socio-sanitary intervention

Objectives. Validate a screening question for use as a poverty case-finding tool in primary care. Ascertain whether patients agree to questions from General Practitioners about socio-economic determinants. Identify the characteristics of patients who have difficulties making ends meet.

Method. Descriptive, observational, transversal, multicentre analysis of a diagnostic test developed in PC in the Valencian Community. Non-probabilistic sampling with maximum variability in adults. Validated, self-administered questionnaire, with the question to validate "Over the past year have you had difficulties making ends meet?" with poverty markers set out by the European Union and another question on the relevance of discussing poverty in the clinical encounter. Univariate and bivariate analysis of the diagnostic test was conducted (sensitivity, specificity, positive predictive value, negative predictive value, Odds Ratio post-test with 95% CI).

Results. Data were obtained from 520 patients, of both sexes, belonging to 36 medical centres, correlating with economic poverty (Se: 77.8%, Sp:

75.9%, PPV: 79.35%, NPV: 74.2%) with material poverty (Se: 80.9%, Sp: 69.4%, NPV: 97%, PPV: 27.7%) and with both (Se: 84.6%, Sp: 69% PPV: 27.7%, NPV: 97%). A total of 92.9% agreed to being asked by their doctor about socio-economic determinants.

Conclusions. The question is validated as a diagnostic screening test for poverty in the Valencian Community. Patients agreed to being asked about social determinants by their doctor.

Keywords: family practice, poverty screening, primary healthcare, social determinants of health.

INTRODUCCIÓN

Se conoce la importancia de los determinantes socioeconómicos en el proceso de salud-enfermedad¹⁻⁷. El 40% de la salud depende de factores socioeconómicos⁷, y se sabe que la desigualdad social conlleva mayor riesgo de morbimortalidad y menor expectativa de vida⁸. Los especialistas en Medicina de Familia (MF) perciben este fenómeno en los pacientes en forma de malestar emocional y sufrimiento social⁹. Desde Atención Primaria (AP) surge la necesidad de desarrollar estrategias en respuesta a este escenario^{10,11}, tratando la «pobreza» como factor de riesgo de enfermar. Destaca la experiencia de 2013 del Colegio de Médicos de Familia canadiense y la Universidad de Toronto¹²⁻¹⁴ para facilitar la detección de pobreza. Validaron la pregunta «¿Alguna vez tiene usted dificultades para llegar a fin de mes?» como pregunta de cribado de pobreza. Partiendo de este estudio y de datos autonómicos¹⁵ y nacionales¹⁶, se planteó desarrollar una herramienta para identificar la pobreza como factor de riesgo entre pacientes y familias en AP, validando la pregunta que sirviera como test de cribado en la Comunitat Valenciana y averiguar si los usuarios aceptaban que su especialista en MF les preguntase por determinantes socioeconómicos. Su validación podría inducir un cambio de enfoque asistencial y favorecer el desarrollo de intervenciones no farmacológicas desde AP, salud comunitaria y salud pública.

OBJETIVOS

- Desarrollar una herramienta para identificar la pobreza entre pacientes y familias en la práctica clínica de la MF, validando una pregunta que sirva como test de cribado en AP de la Comunitat Valenciana.
- Explorar la aceptación por parte de las personas atendidas en AP a que su especialista en MF les pregunte por determinantes socioeconómicos.
- Identificar las características de los pacientes que presentan dificultad para llegar a fin de mes.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional, transversal, multicéntrico, de prueba diagnóstica, con la pregunta «En el último año, ¿tiene o ha tenido usted dificultades para llegar a fin de mes?», como prueba a valorar, frente a lo que se considera «riesgo de pobreza» según estándares del Instituto Nacional de Estadística (INE)¹⁶ y el indicador AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusion)¹⁶, a través de parámetros económicos, materiales y laborales que, junto con otras variables de exclusión en salud, se recogen en un cuestionario (figura 1).

Figura 1. Cuestionario posvalidación

CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN – versión 2.0

CON ESTA ENCUESTA UD. VA A COLABORAR EN UN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN RELACIONADO CON LA IMPORTANCIA DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA EN LA SALUD DE LAS PERSONAS.

LA AYUDA QUE NOS PRESTA PUEDE SER MUY VALIOSA PARA MEJORAR LA ASISTENCIA SANITARIA. TODOS LOS DATOS QUE UD. NOS COMUNIQUE SERÁN TRATADOS CONFIDENCIALMENTE Y SOLO PARA LOS OBJETIVOS DE ESTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.

INSTRUCCIONES:

- **RODEE CON UN CÍRCULO LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A SU PROPIA SITUACIÓN.**
- **ALGUNAS PREGUNTAS PUEDEN TENER VARIAS RESPUESTAS. EN ESE CASO SE INDICARÁ EN EL ENUNCIADO DE LA PREGUNTA.**
- **SI TIENE ALGUNA DUDA, CONSULTE CON SU MÉDICO/A.**

COORDINACIÓN LA COMPLETA POR SU MÉDICO/A. _____

CODIGO DEL CENTRO SANITARIO: _____ CODIGO DEL INVESTIGADOR: _____

FECHA DE REALIZACIÓN: ____/____/____ ENCUESTA DEL DÍA: ____

CUESTIONARIO:

1. En el último año, ¿tiene o ha tenido usted dificultades para llegar a fin de mes?
a. Sí. b. No.
2. ¿Le parece bien que su médico/a de familia se interese y le pregunte por cuestiones relacionadas con su situación laboral y económica si estas pueden influir en su salud?
a. Sí. b. No. c. A medias.
3. Edad: _____ años.
4. Género: a. Mujer. b. Hombre.
5. Origen:
a. Español.
b. Migrante procedente de Europa en situación regular (con permiso de residencia).
c. Migrante de Europa en situación irregular (sin permiso de residencia).
d. Migrante extracomunitario en situación regular (con permiso de residencia).
e. Migrante extracomunitario en situación irregular (sin permiso de residencia).
6. Nivel de estudios:
a. No completó la educación primaria (escuela o colegio).
b. Terminó la educación básica (ESB, ESO).
c. Educación secundaria (Bachillerato, Formación profesional).
d. Recibió educación superior (Universidad).
7. Profesión (para la que se haya formado o su trabajo habitual): _____
8. Situación laboral:
a. Estoy jubilado/a.
b. Me han concedido una incapacidad laboral permanente.
c. Desempleo de corta duración (menos de 1 año parado).
d. Desempleo de larga duración (1 año o más parado).
e. Actualmente trabajo.
9. Aunque ahora trabaje o esté desempleado/a, ¿cuánto tiempo ha trabajado en los últimos 12 meses?
a. Menos de 2 meses y medio.
b. Más de 2 meses y medio.
10. Si convive con alguien más:
a. No convive con ninguna persona en edad de trabajar.
b. É/ella trabajó más de 2,5 meses.
c. É/ella trabajó menos de 2,5 meses.
11. Composición familiar (puede marcar varias opciones):
a. Vivo solo/a.
b. Vivo sin pareja pero con uno o más hijos/as.
c. Vivo en pareja.
d. Vivo en pareja con un hijo/a.
e. Vivo en pareja con dos hijos/as.

Basado en el cuestionario del estudio piloto canadiense.

Población de estudio: usuarios de AP que acudieron por cualquier motivo a los centros de salud (CS) de la Comunitat Valenciana. Dieron y firmaron su consentimiento informado, garantizando el registro y anonimato, según la Ley Orgánica de Protección de Datos (LOPD). Se excluyeron personas con trastornos cognitivos y menores de edad.

El test se autocumplimentó, pero en el caso de las personas con discapacidad visual para escribir o con analfabetismo fue el facultativo o facultativa quien lo hizo.

Se estimó la muestra en 231 personas, con el programa Epidat 4.0, con una precisión del 5% para una prevalencia de pobreza en la Comunitat Valenciana del 31,7%, según el VII Informe sobre Exclusión y Desarrollo Social en España (Fundación FOESSA, 2014)¹⁵, con una sensibilidad esperada del 95% y un nivel de confianza del 95%. Se recogieron más del doble de cuestionarios en previsión a posibles pérdidas por ser autoadministrados. Se usó un muestreo intencionado, no probabilístico de variación máxima, a fin de lograr una muestra que garantizara la inclusión de personas con perfil de vulnerabilidad sociosanitaria en el estudio.

Se diseñó un cuestionario piloto con datos suficientes para determinar un estado de pobreza según carencias materiales, situación laboral e ingresos económicos, a través de los datos del LICO (Low-Income Cut-Off o corte para bajos ingresos)^{12,13} y del LIM (media de ingresos según composición familiar) en nuestro medio, incluyendo marcadores directos e indirectos de pobreza según estándares establecidos y validados por el INE^{16,17}, a través de la Estrategia Europa 2020¹⁶ y de la Fundación FOESSA¹⁵. Contemplaba la pregunta de la prueba diagnóstica y otra para averiguar si los usuarios aceptan que su especialista en MF les pregunte por determinantes socioeconómicos. Para validarlo se seleccionó un grupo focal de 12 especialistas en MF del Grupo de Trabajo (GdT) de Tercer y Cuarto Mundo de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (SVMFiC) que mediante *brainstorming* remodelaron el cuestionario. Con ese, cada médico realizó cuatro entrevistas a pacientes, siguiendo los criterios muestrales del diseño del estudio, identificando problemas y aportando sugerencias de cambios hasta su consenso (v. figura 1).

Desde el GdT se ofertó a los especialistas en MF de la SoVaMFic la participación voluntaria en el estudio (tabla 1). Los colaboradores fueron instruidos por las investigadoras y recibieron la documentación necesaria. Entre diciembre de 2015 y enero de 2016 se autoadministraron los cuestionarios.

Tabla 1. Características de los especialistas en Medicina Familiar y los centros de salud colaboradores

			Valencia	Castellón	Alicante
Centro de salud	Rural	Docente	0	3	0
		Sin docencia	3	5	0
	Urbano	Docente	11	1	2
		Sin docencia	7	0	4
Especialistas en MFyC (edad 27-62 años)	Hombres		8	5	5
	Mujeres		30	8	5
	Residentes MFyC		10	4	0
	Especialistas en MFyC		28	9	10

MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria.

Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS Statistics v.17. Se realizó análisis univariante para describir la población de estudio, usando porcentajes para variables cualitativas y la media y desviación típica para cuantitativas.

Se creó una variable denominada «patrón oro de pobreza» para establecer entre los encuestados dos grupos: los que quedaban por debajo y por encima del umbral de pobreza (LICO español) según los ingresos manifestados en función de la composición familiar y los estándares económicos definitorios de LICO por unidad de consumo, recodificando las respuestas como resultados binarios. Y otra variable de «carencias materiales», para identificar aquellos usuarios que manifestaban tener cuatro o más carencias del listado de nueve recogidos en la definición de pobreza por carencia material del INE^{18,19}. Con análisis bivariante se compararon las respuestas del cuestionario con los niveles del LICO, de cuatro o más déficits materiales y de la asociación de ambas. Para el análisis de prueba diagnóstica, se determinó la sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivos (VPP) y negativos (VPN) en tablas de 2x2 y la Odds Ratio posttest (OR) con un intervalo de confianza (IC) del 95%.

Para relacionar las variables cualitativas dicotómicas con una cuantitativa, se utilizó la t de Student (según las pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, las variables cuantitativas fueron paramétricas [0,6]) y para relacionar dos variables cualitativas la chi-cuadrado.

Se aplicó la regresión logística para estudiar la relación entre la variable «dificultad para llegar a fin de mes» con otras recogidas en el cuestionario: edad referida en años, género (hombre/mujer), origen (migrante/español), nivel de estudios (sin completar los básicos, educación básica, secundaria o superior), cualificación profesional (técnicos, administrativos, sector servicios, sector secundario, sector primario, trabajos elementales), composición familiar (solo/solas, en pareja, en pareja con hijos o hijas [uno, dos, tres o más], monoparentales, pareja con hijos o hijas y personas dependientes, otros tipos), tipo de vivienda (en propiedad, con hipoteca, en alquiler, en otras condiciones), posesión de tarjeta sanitaria (sí, no), necesidad de ayuda económica/material desde familia/amigos (necesitada-recibida, necesitada-sin recepción, no necesitada-recibida, no necesitada-no recibida) y necesidad de ayuda oficial desde la administración (necesitada-pedida-aceptada, necesitada-pedida-inaceptada, necesitada-sin opción a pedirla, no necesitada-no pedida).

RESULTADOS

Participaron 62 especialistas en MF de 36 CS (Valencia: 20, Castellón: 10, Alicante: 6) (v. tabla 1). Contestaron 520 pacientes. No hubo abandonos, aunque algunos ítems se dejaron en blanco. Las características sociodemográficas de los encuestados se recogen en la tabla 2.

Tabla 2. Características sociodemográficas de los encuestados

VARIABLE	CLASIFICACIÓN	N	Porcentaje
Edad	20-90 años. Media 51,9 años		
Género	Hombre	183	35,3
	Mujer	335	64,7
Origen	Español	464	89,2
	Migrante	56	10,8
Nivel de estudios	Sin estudios	112	21,7
	Estudios básicos	144	28
	Estudios secundarios	160	31,1
	Estudios superiores	99	19,2
Cualificación profesional	Trabajos elementales	141	26,9
	Sector primario	10	1,9
	Sector secundario	51	9,7
	Sector servicios	128	24,5
	Sector administrativo/contable	46	8,8
	Sector técnico/científico	68	13,1
Composición familiar	Vive solo/a	65	12,6
	En pareja	65	12,6
	Monoparental	124	24
	Pareja con un hijo/a	107	20,7
	Pareja con dos hijos/as	64	12,4
	Pareja con tres o más hijos/as	24	4,6
	Pareja + hijo/as + dependiente	22	4,3
	Otras composiciones	46	8,9
Tipo de vivienda	En propiedad	205	39,7
	Con hipoteca	140	27
	En alquiler	112	21,7
	En otras circunstancias	60	11,6
Tarjeta sanitaria	Sí	517	99,4
	No	3	0,6
Ayuda económica/material de familia/amigos	Necesitada y recibida	175	34,2

Ayuda oficial de la administración	Necesitada y no recibida	38	7,4
	No necesitada y recibida	18	3,5
	No necesitada y no recibida	281	54,9
	Necesitada y no recibida	77	15,2
	Necesitada y recibida	80	15,7
	Necesitada sin poder pedirla	55	10,8
	No necesitada y no pedida	296	58,3

N: tamaño de la muestra.

Un 53,9% tenían o habían tenido dificultades para llegar a fin de mes en el último año. No hay diferencias significativas en cuanto a la dificultad para llegar a fin de mes por género ($p = 0,7$) ni por edad. Se observan diferencias significativas ($p = 0,000$) (mayor identificación de pobreza) en: migrantes, menor nivel académico, familias con dependientes, monoparentales, con hijo/s y para aquellos que necesitaron ayudas. También para los trabajadores menos cualificados ($p = 0,01$) y los que no tienen vivienda ($p < 0,005$) (tabla 3).

Tabla 3. Relación estadística entre la variable «llegar a fin de mes» con otras variables de exclusión sociosanitaria consultadas

CARACTERÍSTICA	p ^a
Origen migrante	0,000
Niveles educativos bajos	0,000
Profesiones poco cualificadas	0,01
Parejas con hijos/as y otros dependientes a cargo	0,000
Familias monoparentales	0,000
Parejas con cualquier número de hijos/as	0,000
Necesidad de ayuda familiar, social o de la administración	0,000
Ausencia de vivienda propia o en alquiler/hipotecada	< 0,005
Género	0,8

^aUn valor de $p < 0,05$ es estadísticamente significativo.

Considerando la variable oro que relaciona ingresos económicos con composición familiar, resulta por debajo del umbral de pobreza un 54,4% (253) y por encima el 45,6% (212). No contestando a la pregunta de ingresos 55 personas (tabla 4).

Tabla 4. Características de la muestra en términos económicos y materiales^a

VARIABLES	CATEGORÍAS	N	Porcentaje
Dificultad para llegar a fin de mes	Sí	280	53,9
	No	240	46,1
Patrón oro de pobreza: pobreza económica (medido en ingresos mensuales:	< 676 €/mes	131	25,5
	676-1.015 €/mes	116	22,6

euros/mes) ^b				
	1.016 -1.217 €/mes		55	10,7
	1.218-1.419 €/mes		37	7,2
	1.420-1.555 €/mes		19	3,7
	1.556-1.624 €/mes		29	5,6
	> 1.625 €/mes		127	24,7
Carencias materiales	¿Usted y su familia pueden ir de vacaciones una semana/año?	SÍ	251	48,6
		NO	265	51,4
	¿Puede comer usted y su familia pescado, pollo o carne cada 2 días?	SÍ	429	82,7
		NO	90	17,3
	¿Tiene problemas para calentar su vivienda en invierno?	SÍ	174	33,7
		NO	343	66,3
	¿Dispone de 650 euros para gastos imprevistos?	SÍ	251	48,5
		NO	267	51,5
	¿Ha tenido problemas algún mes para pagar hipoteca, alquiler, recibos de la contribución o compras a plazos?	SÍ	218	42,6
		NO	294	57,4
	¿Tiene coche?	SÍ	321	62,2
		NO	195	37,8
	¿Tiene teléfono?	SÍ	505	97,5
		NO	13	2,5
	¿Tiene televisión?	SÍ	506	99,4
		NO	13	2,5
	¿Tiene lavadora?	SÍ	505	98,1
		NO	10	1,9

N: tamaño de la muestra.

^aNo contestaron los 520 pacientes al 100% de los ítems, oscilando entre 512 y 520.

^bLímite de umbral de pobreza neta al mes calculado por unidades de consumo en función de las diferentes composiciones familiares (1 adulto: 676,08 €/mes; 2 adultos: 1.014,16 €/mes; 2 adultos + 1 menor: 1.217 €/mes; 2 adultos + 2 menores: 1.419,9 €/mes; 2 adultos + 3 menores: 1.622,75 €/mes; 2 adultos + 1 menor + 1 anciano/dependiente: 1.555,08 €/mes; 1 adulto + 1 menor: 772,7 €/mes).

Ser pobre se correlaciona con tener dificultades para llegar a fin de mes en el último año con una S del 77,8%, una E del 75,9%, un VPP del 79,35%, un VPN del 74,2% y una OR del 11,04 (7,16-17,03) (tabla 5).

La dificultad para llegar a fin de mes en aquellos con cuatro o más déficits materiales a nivel individual o familiar tiene una S del 80,9%, una E del 69,4%, un VPN del 97%, un VPP del 27,7% y una OR de 12,21 (4,93-30,23), teniendo una asociación estadísticamente significativa (p = 0,000) con tener pobreza económica (v. tabla 5).

La dificultad para llegar a fin de mes en los pacientes en los que coexisten pobreza económica y material muestra una S del 84,6%, una E del 69%, un VPP de 27,7%, un VPN de 97% y una OR de 12,21 (4,93-30,65) (v. tabla 5).

Tabla 5. Pruebas diagnósticas que definen pobreza en relación a si tienen dificultad para llegar a fin de mes

VARIABLES	N	Porcentaje	S	E	VPP	VPN	OR	IC de OR
Pacientes que según criterio económico están por debajo del LICO español (pobreza económica) ^a	253	54,4	77,8%	75,9%	79,4%	74,2%	11,04	7,16-17,03
Pacientes con cuatro o más carencias materiales (pobreza material) ^b	47	13,5	80,9%	69,4%	29,2%	95,9%	9,59	4,45-20,65
Pacientes con pobreza económica y material ^b	39	12,3	84,6%	69%	27,7%	97%	12,21	4,93-30,65

E: especificidad; IC: intervalo de confianza; N: tamaño de la muestra; S: sensibilidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo; OR: *odds ratio*.

^aDe 465 pacientes que respondieron.

^bDe 349 pacientes que completaron todos los ítems de carencias materiales.

Al 92,9% (485) de las personas encuestadas les parece bien que su especialista en MF se interese y pregunte por su situación laboral y económica, si estas pueden influir en su salud. Al 3,5% (18) les parece mal y un 3,6% (18) no lo sabe.

DISCUSIÓN

Son fortalezas del estudio que se gestara dentro de un GdT comprometido con las desigualdades en salud y sociales de una sociedad científica, con la colaboración voluntaria de 62 investigadores, con participación amplia de las tres provincias de la Comunitat Valenciana (v. tabla 1), consiguiendo una muestra representativa de todas las posibilidades poblacionales.

Los resultados concuerdan con el estudio canadiense^{12,13}: validan la pregunta como test de detección de pobreza en las consultas de AP, aunque entre la población canadiense tiene mayor S (98%) y menor E (64%). Cabe resaltar la importancia de la S sobre la E para detectar personas en situación de pobreza, ya que identifica pacientes que precisan más intensidad de cuidados¹⁸.

Podemos aconsejar hacer la pregunta de estudio como herramienta de detección de pobreza, dejando a discreción del especialista en MF hacer otras preguntas (v. tabla 2) que ayuden a detectar exclusión social en salud y planificar una intervención sociosanitaria adecuada.

No se encuentra una asociación estadísticamente significativa entre pobreza económica y carencias materiales con el género, al igual que se decía en Europa en 2014²⁰, aunque otros informes señalan que las mujeres, las familias monoparentales y los migrantes tienen mayor riesgo de pobreza¹⁹.

Se observa una asociación estadísticamente significativa entre menor nivel educativo y pobreza, que no se da en el estudio canadiense¹³, pero sí en estudios europeos^{20,21}. La asociación descrita entre las variables sociodemográficas y la dificultad para llegar a fin de mes es similar a la de otros estudios^{15,19,22-25}.

La mayoría de pacientes aceptan que su especialista en MF les pregunte sobre determinantes sociales en consulta, conociendo que son factores de riesgo de morbimortalidad.

Se objetiva una importante red social como activo para la salud, cualidad de la sociedad española, contraponiéndolo al insuficiente amparo institucional percibido por aquellos más vulnerables.

Tres personas no tenían tarjeta sanitaria, aun cuando los cuestionarios se pasaron tras la restitución de la universalidad al acceso a la salud en la Comunitat Valenciana²⁶. En la muestra no están representados los que no acuden para asistencia, aunque la necesiten, por estar en situación de exclusión social.

La relevancia clínica de registrar los determinantes sociales en la historia clínica, previo consentimiento del paciente, radica en la posibilidad de un cambio de enfoque asistencial, diagnóstico y/o terapéutico.

La participación de profesionales de la medicina motivados con el tema puede ser una limitación. No obstante, alguno mostró incomodidad y reticencia a hacer las preguntas, resultando paradójica la discordancia entre la opinión vertida por los pacientes y esta actitud.

Se excluyeron del análisis las preguntas de desempleo tras detectar en el proceso de recolección de datos situaciones laborales no recogidas en el cuestionario. El error puede atribuirse a un diseño inadecuado al no considerar a población inactiva que puede responder que trabaja menos de 2,5 meses al año, sin ser una persona desempleada ni buscar empleo (tareas domésticas, estudiantes, perceptores de otras rentas o prestaciones no recogidas en el texto)²⁷.

Es anecdótico que en zonas rurales muchos de los pacientes situados por debajo del LICO no se sientan pobres, lo cual introduciría a nivel antropológico otra variable de pobreza como la percepción de pobreza¹⁷, susceptible de investigación.

En conclusión: la pregunta «En el último año, ¿tiene o ha tenido usted dificultades para llegar a fin de mes?» se valida como prueba diagnóstica de cribado de pobreza en la población de la Comunitat Valenciana.

Casi la totalidad de los pacientes aceptan que su especialista en MF les pregunte por determinantes sociales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segura del Pozo J. Las desigualdades sociales en salud: un reto para las políticas públicas [Internet]. 2014 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5569/11134-7147.55.04>.
2. Navarro V, Benach J. Desigualdades sociales de salud en España. Informe de la Comisión Científica de estudios de las desigualdades sociales de salud en España. Rev. Esp Salud Pública. [Internet.] 1996 [citado: 1 de enero de 2018];70:503-4. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL70/70_5_503.pdf
3. Aguilar A. Más le temo a la pobreza que al bacilo de Koch. [Internet.] 2014 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.excelsior.com.mx/opinion/alfonso-aguilar/2014/09/14/981589>.
4. Cofiño R. Tu código postal puede modificar tu código genético. AMF. 2013;9(9):483-4.
5. Segura del Pozo J. Un viaje en tren por las desigualdades en mortalidad (desigualdades sociales en salud en la Comunidad de Madrid). Salud Pública y algo más. [Internet]. 2011. [Citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.madrimasd.org/blogs/salud_publica/2011/07/13/132690.
6. Marmot MG. The Status Syndrome: how social standing affects our health and longevity. New York: Henry Holt; 2005.
7. Booske BC, Athens JK, Finding P, Park H, Remington PL. Different Perspectives for assigning weights to determinantes of health. Country Health Rankings Working Paper. [Internet]. 2010 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/242723928_Different_Perspectives_for_Assigning_Weights_to_Determinants_of_Health
8. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: Viejo Topo; 2005. p. 127.
9. Heath I. Medicina general en tiempos de austeridad. AMF. 2013;9:618-23.
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE). Panorama de la Sociedad. Resultados Clave: España, la crisis y sus consecuencias. [Internet]. 2014. [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.oecd.org/spain/OECD-SocietyAtaGlance2014-Highlights-Spain.pdf>.
11. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas de intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Gac Sanit. 2012;26:182-9.
12. Morin J, Levin L, Bloch G, Ford L. Poverty: A clinical tool for Primary Care in Ontario. [Internet]. Ontario: Family&Community Medicine University of Toronto, Ontario College of Family Physician; 2013. [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ocfp.on.ca/cme/povertytool>
13. Bric 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;7.
14. Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons. PLoS ONE [Internet]. 2014;9(4):e94006. Disponible en: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0094006>
15. VII Informe sobre exclusión y desarrollo social en España 2014. [Internet.] Fundación FOESSA, 2014. [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.foessa2014.es/Informe/uploaded/ccaa/20112014030054_3429.pdf
16. Riesgo de pobreza y/o exclusión social (estrategia Europa 2020). Indicador AROPE. Instituto Nacional de Estadística, INE. [Internet.] 2015. [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259941637944&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios/PYSLayout
17. Instituto Nacional de Estadística, INE. La pobreza y su medición. Presentación de diversos métodos de obtención de medidas de pobreza. [Internet.] 2015 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/daco/daco42/sociales/pobreza.pdf>
18. Padilla J. La ley de cuidados inversos: desde el gasto social a la salud bucodental. [Internet.] Médico crítico. 2014 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://medicocritico.blogspot.com/2014/12/la-ley-de-cuidados-inversos-desde-el.html>
19. Padilla J, López MV. Repercusiones de la pobreza sobre la salud de los individuos y las poblaciones. FMC. 2016;23:50-60.
20. EUROSTAT Informe. Luxemburgo: sobre pobreza y exclusión social. EUROSTAT; 2012.
21. Palomo L, Félix FJ, Lozano L, Pérez JF, Fernández D, Buitrago F. Cardiovascular Risk factors, lifestyle, and social determinants: a cross-sectional population study. Br J Gen Pract. 2014;64:627-33.
22. Salmerón D, Cirera L, Ballesta M. Aumento de la mortalidad en España entre los años 2011 y 2012. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado: 1 de enero de 2018];28 Sup C:78. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X021391114X96169/>
23. Ruiz-Pérez I, Rodríguez-Barranco M, Ricci-Cabello I, Rojas A, Mendoza OJ, Fornieles Y. Evolución de la mortalidad por suicidios en España antes y durante la crisis económica 2002-2012. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado: 1 de enero de 2018];28 Sup C:172. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-usc/suplemento/congresos/X021391114X96169/>
24. Escrivá V, Martín D, Artazcoz L, Ruiz I. Salud mental y estilos de vida de las personas jóvenes antes y después de la crisis. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado: 1 de enero de 2018];28 Sup C:174. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-nusc/suplemento/congresos/X021391114X96169/>
25. Havranek EP, Mujahid MS, Barr DA, Blair IV, Cohen MS, Cruz-Flores S, et al. Social Determinants of Risk and outcomes for Cardiovascular Disease. A Scientific Statement from the American Heart Association. Circulation. 2015;132:873-98.
26. [Internet]. 2015 [citado: 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://odusalud.blogspot.com.es/>
27. Martín D, Escrivá V, Artazcoz L, Ruiz I. Desempleo de Larga duración en los/as jóvenes. Impacto en la Salud y el uso de servicios sanitarios. Gac Sanit [Internet]. 2014 [citado: 1 de enero de 2018];28 Sup C:175. Disponible en: <http://gacetasanitaria.org/es/vol-28-nusc/suplemento/congresos/X021391114X96169/>

Volver Fecha de recepción: 16 de enero de 2018 Fecha de aceptación: 31 de julio de 2018

Validación de una herramienta de diagnóstico de pobreza en la Comunitat Valenciana
Sandra Robles Pellitero, Gloria Rabanaque Mallén y Francisca Gil Latorre
Comunidad Noviembre 2018;20(3):5
ISSN: 2339-7896

COMENTARIOS

Enviado por Blanca Botello el 18 Noviembre, 2018 a las 19:09

Cuando recibimos este manuscrito para Comunidad entendimos que era una buena oportunidad para mostrar una herramienta que permita hacer una consulta con un enfoque de salud comunitaria. En el documento Orientación comunitaria: hacer y no hacer en Atención Primaria (Documento semFYC nº 38) aparece la importancia de sistematizar preguntas del ámbito psicosocial como son estas sobre pobreza.

Sobre la realidad de la pobreza en la comunidad valenciana me parece interesante conocer que el 31,3 % de la población de la Comunidad Valenciana está en riesgo de pobreza y/o exclusión social en el año 2017 mientras que, a nivel nacional aparece en un 26,6%. Esta información está extraída del 8º informe 2018 "El estado de la pobreza. Seguimiento del indicador de pobreza y exclusión social en España 2008-2017". Desde la dirección de la revista Comunidad esperamos que este artículo contribuya a mejorar la salud de nuestras poblaciones.

Enviado por Sandra Robles Pellitero el 27 Noviembre, 2018 a las 15:49

Muchas gracias por ambos comentarios.

Las autoras estamos muy agradecidas y satisfechas de que este trabajo de investigación haya visto la luz en una revista de enfoque comunitario. El riesgo de exclusión social y el de pobreza no son problemas individuales, sino de la comunidad, tampoco nacen de forma aleatoria sino que son circunstancias estructurales que las crean, mantienen o intensifican y por supuesto dependientes de las políticas llevadas a cabo en los servicios públicos, en el desigual acceso a las oportunidades, etc. Según el Informe sobre el estado de la pobreza que comentábais y a pesar de que la cifra de la tasa de pobreza ha disminuido ligeramente, las condiciones de vida de las personas pobres ha empeorado y esto se traduce, entre otras cosas, en mala salud.

Pensamos que poder disponer de una herramienta como es la pregunta que se expone en el artículo, fácil de hacer y bien aceptada por los usuarios, servirá para detectar esta vulnerabilidad en consulta pudiendo iniciar intervenciones a nivel individual, comunitario y de salud pública.

Dejar un comentario

Su Nombre

Su Email

Web (opcional)

Mensaje

Comentar