

# Más que sólo médicos en los servicios de salud\*

*Lia Losonczy, Dennis Hsieh, Chris Hahn, Jahan Fahimi, Harrison Alter*

---

## Introducción

En el sistema de atención médica de los EUA, el departamento de urgencias (DU; *Emergency Department*) actúa como una red de protección social para cualquier persona con necesidad de atención, independientemente del seguro, la raza, la edad, el estatus migratorio o la posición social, en general.

Aunque está diseñado para proporcionar atención médica intensiva, el DU no es solamente un lugar en el que las personas pueden buscar y recibir atención médica –debido a su ubicuidad y su posición única dentro del sistema de atención a la salud– sino que también, frecuentemente, proporciona alimento y refugio, aunque sólo sea a por la noche. Las personas se presentan éste con muchas necesidades complejas que van más allá de una queja médica grave. En un estudio, el 31% de los pacientes encuestados en un servicio de urgencias urbano reportaron una o más privaciones sociales serias durante el último año, incluyendo desalojo, interrupción del servicio telefónico o eléctrico, falta de alimento, hacinamiento y vivienda poco segura [1].

Estas innumerables necesidades no son independientes de la salud. La vivienda insegura y/o la falta de alimentos y otras necesidades

sociales pueden provocar una descompensación de las condiciones médicas crónicas y dar lugar a más visitas al DU [2, 3]. Ayudar a los pacientes a orientar sus necesidades sociales relacionadas con la salud puede aumentar ésta y el bienestar del paciente. Esto es conocido tanto por su impacto en enfermedades específicas, como la hemoglobina A1c, como en resultados generales, tales como el uso de atención médica y la función general de la salud [4].

Sin embargo, aunque para muchas personas los médicos de urgencias (MU; *Emergency Physicians*) actúan como proveedores de primera línea que hacen frente a las consecuencias de la privación social sobre la salud, éstos reciben educación formal mínima acerca de cómo abordar estas necesidades complejas.

Para entender cómo los proveedores de servicios de los DU experimentan las necesidades sociales relacionadas con la salud de sus pacientes, llevamos a cabo una encuesta nacional a los MU. Se ha tratado de describir la frecuencia con la que ven pacientes con necesidades sociales, cuáles necesidades creen que llevan a un uso frecuente del DU, así como aquello que realmente hacen cuando se enfrentan a necesidades sociales relacionadas con la salud. Se buscó determinar si el interés o preocupación por tales necesidades varía según el entorno de práctica o etapa de su carrera. Se esperaba estimar si los MU querían mayor educación sobre determinantes sociales de la salud e investigar las barreras que percibían en el tratamiento de estos aspectos en la atención de sus pacientes.

## Métodos

Se desarrolló una encuesta con 40 puntos para medir la experiencia de los MU con respecto a las necesidades sociales relacionadas con la salud de sus pacientes. Para diseñar la encuesta un grupo de

---

**Lia Losonczy.** Médica, Maestra en Salud Pública. Hospital Highland (HH), Rochester, Nueva York, USA.

[Lia.losonczy@gmail.com](mailto:Lia.losonczy@gmail.com)

**Dennis Hsieh.** MD, JD. HH. [Dhsieh@gmail.com](mailto:Dhsieh@gmail.com)

**Chris Hahn.** MD. HH. [Chriswhahn@gmail.com](mailto:Chriswhahn@gmail.com)

**Jahan Fahimi.** MD, MPH. HH, UCSF. [jfahimi@me.com](mailto:jfahimi@me.com)

**Harrison Alter.** MD, MS. HH. [halter@alamedahealthsystem.org](mailto:halter@alamedahealthsystem.org)

\* Resultados de la Encuesta Nacional sobre la Percepción de los Proveedores acerca de las Necesidades Sociales, Económicas, Ambientales y Legales de los Pacientes y el Efecto de su Uso en el Departamento de Urgencias.

expertos en el tema de nuestro departamento, incluyendo a los investigadores y administradores de la mesa de ayuda de necesidades sociales relacionadas con la salud, se reunió para especificar los campos que era esencial cubrir. Estos dominios fueron formulados en preguntas superpuestas, con la batería que resultó se hizo una prueba piloto en tres residentes de nuestro departamento ajenos a nuestro proceso. Los entrevistamos acerca de la validez de los puntos, los cuales se modificaron con su retroalimentación, y se probó el instrumento revisado en otros tres nuevos residentes. Después de la segunda revisión se distribuyó el instrumento de manera electrónica por [www.surveymonkey.com](http://www.surveymonkey.com), un sitio web que permite a los suscriptores desarrollar y enviar encuestas en línea (la encuesta completa está disponible bajo petición).

Se enviaron solicitudes a los directores de programas de todos los programas de capacitación de residentes en medicina de urgencias acreditados (ACGME), identificados a través del sitio web ERAS. Recibieron hasta tres recordatorios para solicitar sus grupos por medio de la lista de distribución de correo electrónico del Consejo de Directores de Residencia entre abril y julio del 2013. Se les pidió a que reenviaran la encuesta al profesorado, colegas y residentes dentro de sus departamentos. Los encuestados calificaron para el sorteo al azar de una tarjeta de regalo. Este protocolo fue considerado exento por la Junta de Revisión Institucional del Sistema de Salud de Alameda.

La encuesta incluyó preguntas acerca del programa de capacitación de los encuestados, el nivel de capacitación y el tipo de programa de capacitación. El cuerpo principal de la encuesta se centró en la percepción del proveedor sobre tres campos: (1) la frecuencia de necesidades no médicas observadas en el DU; (2) las necesidades no médicas que causaban visitas de regreso al DU y (3) las necesidades no médicas acerca de las cuales querrían aprender más. Las respuestas se midieron utilizando una escala Likert modificada con cinco réplicas posibles, así como preguntas de encuesta "Marque todos los que apliquen".

Para efectos del análisis, los datos fueron posteriormente recodificados en variables dicotómicas con una categoría separada para "no aplica" (cuando los encuestados consideraron que la pregunta no aplicaba para su práctica). Se tabularon los datos que faltaban. No se atribuyeron valores faltantes. Para propósito del análisis, se asumió que los datos faltantes no eran diferenciales con respecto a las co-variables de interés (nivel de capacitación o tipo de programa).

Las respuestas se presentan como proporciones estratificadas por nivel de capacitación y tipo de programa; se utilizó la prueba de chi-cuadrada para evaluar las diferencias en los grupos. Los datos fueron analizados utilizando la versión 11 de *Stata* (*StataCorp, College Station, TX*).

## **Resultados**

### *Descripción de la muestra*

Se enviaron ligas de la encuesta a 168 programas de capacitación de medicina de urgencias de EUA, se recibieron 432 respuestas (79 diferentes instituciones de 31 estados); 45% de los encuestados eran residentes y 49% médicos adscritos, el resto colegas y proveedores de nivel medio. De los residentes, 19.1% eran del año de postgrado (PG; *Post-graduate year*) 1; 14.9% PG-2, 11.6% PG-3 y 3.1% PG-4. Al describir sus lugares de trabajo, el 47% identificó su programa de capacitación como académico, el 28% como condado, el 18% como comunitario y el 7% mixto (Tabla 1).

Generalmente, se considera que los programas académicos son centros de atención terciaria/cuaternaria, que los programas de condado se encuentran en la red de seguridad y/o instalaciones públicas y que los programas comunitarios son el resto.

### *Percepción de los factores sociales por parte de los proveedores de urgencias*

La percepción de los encuestados con respecto a los factores que influyen en las visitas se puede encontrar en la Tabla 2. Todos los sujetos respondieron que ven pacientes con necesidades

**Tabla 1**  
**Características de los encuestados y los programas, n=432**

	Tipo de Proveedor			
	Por tipo %	Por año PGY %	Por tipo %	Por año PGY %
Residente	48.7		51	
PGY-1		19.1		39
PGY-2		14.9		31
PGY-3		11.6		24
PGY-4		03.1		06
Colega	01.8		02	
Adscrito	43.6		46	
Nivel medio (NP/PA)	00.7		99	
Tipo de programa				
Académico	44.1			
Condado/académico	27.0			
Comunitario/académico	17.3			
Condado/comunitario/académico	06.4			

PGY = año de postgrado

NP/PA = practicante de enfermería (*nurse practitioner*) / asistente médico (*physician's assistant*)

sociales; todos, excepto dos, consideraron que éstas hacen a los pacientes regresar al DU. La falta de atención primaria, la de seguro y la de vivienda fueron las necesidades más citadas como las que incitaron a los pacientes a regresar.

Si bien la gran mayoría de los proveedores preguntan acerca de los problemas sociales, existe variabilidad en cuanto al grado en el cual los médicos, de manera individual, indagan acerca de cualquier problema específico. Mientras que casi todos los médicos preguntan si el paciente tiene un PCP, cerca del 38% nunca inagan acerca del acceso a cupones alimenticios (Tabla 2). Las razones para no interrogar incluyeron el sentirse incapaz de actuar (54%), la falta de tiempo (20%), y la falta de conocimiento (22%). Menos del 1% de los encuestados (4/432) contestaron que no era parte de su trabajo abordar necesidades no médicas o que estas no eran relevantes para la salud del paciente. Cuando los encuestados reconocen las necesidades sociales, remiten a trabajo social (77%) o a agencias externas (32%), y/o tratan de solucionar los problemas ellos mismos (27%).

La comparación entre los encuestados en los diferentes niveles de capacitación y entre los de diferentes entornos de capacitación puede encontrarse en la Tabla 3. Tanto residentes como adscritos de todos los tipos de instituciones eran igualmente propensos a creer que las necesidades sociales hacen regresar a los pacientes, y preguntan acerca de tales necesidades. No hubo diferencias entre adscritos y residentes en el nivel de interés para asistir a sesiones educativas con respecto a las necesidades sociales, la mayoría de ambos grupos expresaron interés en recibir mayor educación.

La frecuencia con la que los proveedores informaron que interrogan acerca de las necesidades sociales fue similar en los hospitales comunitarios y del condado (98% y 93%, respectivamente,  $p=0.06$ ), pero los proveedores de los hospitales comunitarios, a comparación de los proveedores de hospitales de condado, eran más propensos a reportar que no preguntan acerca de las necesidades sociales (7.04% v 1.71%,  $p=0.02$ ).

**Tabla 2**  
**Percepción de necesidades sociales por parte de los encuestados**

Necesidad social	% de los encuestados que informa una necesidad frecuente/muy frecuente entre los pacientes	% de los encuestados que nunca preguntó acerca de la necesidad
Sin médico de atención primaria	86.0	0.2
Atención especializada	86.0	0.4
Atención dental	85.3	0.9
Sin seguro	84.2	1.1
Sin vivienda	81.6	0.9
Atención de salud mental	81.6	0.4
Transporte	82.0	2.0
Cuidar de otro	81.6	2.4
Tratamiento de abuso de sustancias/alcohol	80.0	1.8
Víctima de un crimen	79.2	1.3
Desempleo	77.2	6.0
Seguro inadecuado	75.4	5.7
Violencia doméstica	70.4	1.3
Beneficios por incapacidad	69.3	11.6
Condiciones de vivienda	67.8	11.4
Cuidar de niños	66.9	8.8
Subsidios	66.2	15.6
Problemas en el trabajo	64.9	12.7
Rehabilitación	63.0	13.6
Sin alimentos sanos	61.4	18.6
Sin alimentos suficientes	55.3	10.8
Servicios públicos	43.0	35.1
Inmigración	42.8	20.2
Deuda/bancarrota	41.5	34.2
Multas/órdenes judiciales	35.5	38.6
Cupones alimenticios	36.0	37.7

**Fuente:** elaboración propia con datos de la encuesta.

**Tabla 3**  
**Estratificación de las respuestas por nivel de capacitación y tipo de programa**

	Pregunta acerca de necesidades sociales %	Cree que los factores sociales traen nuevamente al ER a los pacientes %	Interesado en materiales educativos %
Residente	95.7	99.5	70.1
Adscrito	94.8	99.5	74.8
Valor-p	0.695	0.925	0.704
Tipo de programa			
Académico	79.3		na
Condado/Académico	95		na
Comunitario/	72	98	na
Mixto	88.9	100	na
Valor-p	0.087	0.589	na

**Fuente:** elaboración propia.

### Discusión

En esta encuesta a 432 proveedores de Medicina de Urgencias a lo largo de una amplia gama de instituciones, se encontró que los proveedores, en todos los niveles de capacitación y entornos de práctica, ven pacientes con necesidades no médicas e identifican estas necesidades como factores importantes que conducen a visitas de regreso al DU, y que además influyen en la salud general de los pacientes. A pesar del reconocimiento de las necesidades no médicas como relevantes para su práctica clínica, el bienestar de los pacientes, y el uso de atención a la salud, los encuestados no siempre interrogan acerca de estas necesidades. Los encuestados frecuentemente se sienten incapaces de hacer frente a estas necesidades una vez que las identifican. Se especula que esta discrepancia entre la importancia reconocida de las necesidades no médicas y la percepción común de incapacidad para intervenir adecuadamente, es la razón por la cual la mayoría de los encuestados tienen un interés en una mayor capacitación acerca de las necesidades sociales.

Históricamente, el trabajo con los pobres y los desfavorecidos siempre ha sido parte de la misión de la medicina de urgencias, de urgencias se estableció filosóficamente como una especialidad

que se ocupa de todas las personas independientemente de su capacidad de pago [5]. Además, los comportamientos sociales de alto riesgo que se sabe que afectan la salud (fumar, problemas para beber, violencia doméstica, comportamiento sexual de alto riesgo, uso de drogas), son comunes entre los pacientes del DU [6,7]. Nuestro estudio indica claramente que en los médicos de urgencias (MU) contemporáneos habita una visión de la atención a la salud socialmente orientada, ya que todos los encuestados reconocen atender a pacientes con necesidades no médicas, y más del 99% informan que abordar las necesidades no médicas es parte de su trabajo y relevante para la salud de sus pacientes.

Los encuestados también reconocen que los problemas no médicos son factores importantes que causan visitas de retorno al DU e incrementan los costos de atención a la salud. Los estudios han demostrado que muchas necesidades no médicas afectan la salud y el uso de atención a la salud [8]. Por ejemplo, los bebedores compulsivos visitan al médico de manera más frecuente, tienen más enfermedades recurrentes, toman más días de descanso por enfermedad en el trabajo y son hospitalizados con más frecuencia que los bebedores ocasionales [9]. Las entrevistas estructuradas a 193 personas sin vivienda en un

DU urbano encontraron que casi uno de cada tres de ellos habían llegado al DU por razones de seguridad, hambre, o falta de vivienda [3]. Además, también se ha demostrado que abordar las necesidades sociales, como de vivienda, el abuso de sustancias/alcohol, de seguro en salud, la falta de subsidio de seguridad social, las necesidades financieras básicas no cubiertas y la salud mental, pueden reducir el uso y el costo de la atención a la salud [10, 11].

El hallazgo reciente del experimento *Medicaid* de Oregón [12], que sugiere que el uso del DU se incrementó con la provisión de una nueva cobertura, puede verse como el apoyo paradójico de la relación entre las necesidades sociales relacionadas con la salud y el uso del DU. Muchos de estos pacientes, a pesar de ganar seguridad, puede que aún sufran otras cargas de la pobreza y sus efectos sobre la salud. Los nuevos asegurados, pero sin una fuente de atención habitual, llegaron al DU en mayor número y probablemente llevaron consigo sus necesidades sociales.

A pesar de reconocer la importancia de las necesidades no médicas, los encuestados no abordaron sistemáticamente estas necesidades, señalando la falta de tiempo o conocimiento. Se encontraron limitaciones similares, como barreras para evaluar la violencia doméstica [13], que ahora se ha convertido en una recomendación universal para las mujeres en edad reproductiva por la Fuerza Especial de Servicios Preventivos de E.U.A (USPSTF-U.S. *Preventive Services Task Force*) [14]. De hecho, a pesar de una relativamente alta prevalencia de problemas no médicos en la población de pacientes del DU, los médicos identifican y remiten apropiadamente con poca frecuencia para muchas necesidades sociales y conductas de riesgo [7]. La visita al DU puede ser la única vez en que muchos de estos pacientes tengan contacto con el sistema médico o de bienestar [1] y los proveedores deberían de ser alentados y capacitados para tomar ventaja de estas oportunidades. Además, destacar la importancia del DU en la evaluación hará que tal vez los pacientes estén dispuestos a revelar altamente sensible cuando las herramientas adecuadas están en su lugar [15].

Nuestros hallazgos sugieren que los proveedores del DU quieren mejorar su capacidad para atender las necesidades no médicas. Más del 70% de los residentes y los adscritos de nuestra muestra desean más recursos y asistirían a sesiones educativas. Se han descrito varias intervenciones para el mejoramiento de la evaluación de las necesidades sociales en el DU, incluyendo una valoración privada por computadora en la sala de espera [14], la gestión clínica integral de programas [11] y las asociaciones médico-legales (MLP-*Medical-Legal Partnerships*) [16, 17]. Los MLP son un equipo integrado de atención a la salud y socios legales que buscan “identificar, abordar y prevenir las necesidades legales que perjudican la salud, para los pacientes, clínicas y poblaciones; “se han establecido en al menos 231 instituciones de atención a la salud en 34 estados [17]. Los MLP puede que representen, en particular, un modo efectivo de reducir la brecha que hay entre el deseo del proveedor por abordar las necesidades sociales y su aparente incapacidad para hacerlo [18]. En el Hospital Highland, parte del Sistema de Salud de Alameda en Oakland, California, los proveedores pueden remitir a los pacientes a la mesa de ayuda de los Defensores de la Salud de Highland, en donde un voluntario con estudios universitarios de pregrado puede ayudarles con un amplio rango de necesidades sociales y se puede acceder al trabajo social y/o servicios legales para necesidades que requieren mayores niveles de especialización, tales como ayuda para enfrentar desalojo o deportación [19]. La disponibilidad de estos recursos puede incrementar la probabilidad de que los proveedores del DU aborden las necesidades sociales importantes, al brindar un modo eficiente para acceder a la asistencia.

Otra opción para hacer frente a estas deficiencias de conocimiento y habilidad sería el establecimiento de una educación formal en medicina de urgencias social como parte habitual de los planes de estudio de la residencia en medicina de urgencias. Una extensa literatura demuestra contundentemente que las necesidades no médicas pronostican los resultados en salud y que estos determinantes sociales de la salud frecuentemente se entrelazan con el sistema de

atención médica en el DU este departamento. Nuestro estudio añade que los proveedores de no se sienten capacitados de forma adecuada y quieren mayor educación sobre la manera de abordar las necesidades sociales.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. La más importante, para hacer una inferencia generalizada a partir de nuestros hallazgos, es la falta de certeza en cuanto al denominador. Al utilizar la lista del servidor CORD ganamos acceso a una fuente rica de temas, pero la población real que muestreamos se determinó por el grado en que los miembros de la lista del servidor difundieron la liga de la encuesta. Aún así, muestreamos un amplio número de médicos de urgencias, construyendo una visión convincente, si no completa, de este panorama. Una limitación subsidiaria es que se encuestó a proveedores de programas de capacitación/académicos en donde los residentes/colegas están a la mitad de su capacitación y asisten a una educación en valores altamente tradicional. En particular, su visión sobre la búsqueda de mayor información acerca de las necesidades sociales puede que no refleje a la población general del MU. Sin embargo, cualquier capacitación será precisamente para los proveedores en programas de residencia en medicina de urgencias, al menos en sus fases tempranas.

Nuestros resultados parecen requerir una medicina de urgencias social, formal. Actualmente, de nuestro conocimiento no existe ninguna capacitación formal en medicina social en la residencia de medicina de urgencias, aunque un plan de estudios potencial podría moldearse siguiendo la especialización en medicina social, en Medicina de Urgencias, [20] en las Residencias de Medicina Interna o en Medicina Preventiva. [21]

Los proveedores de DU comúnmente ven pacientes con necesidades no médicas y opinan que éstas son factores que impulsan las visitas repetidas. Aunque perciben el abordaje de las necesidades sociales, como parte de su trabajo, los proveedores de DU preguntan de manera inconsistente acerca de las necesidades sociales debido a una falta de conocimiento, tiempo o una incapacidad para intervenir percibida. No hubo una diferencia significativa en las respuestas con

respecto a las necesidades no médicas entre los proveedores de DU, a pesar de los niveles de capacitación y el entorno de práctica. Los proveedores de DU quieren mayor educación sobre la forma de abordar las necesidades no médicas. Creemos que es imperativo hacer frente a estas necesidades a través de apoyo social y político para atender mejor a nuestros pacientes.

## Referencias

1. Gordon JA, Chudnofsky CR, Hayward RA. Where health and welfare meet: social deprivation among patients in the emergency department. *J Urban Health*. 2001; 78(1):104–11.
2. Seligman HK, Laraia BA, Kushel MB. Food insecurity is associated with chronic disease among low-income NHANES participants. *J Nutr* 2010;140:304–10.
3. Rodriguez RM, Fortman J, Chee C, Ng V, Poon D. Food, Shelter and Safety Needs Motivating Homeless Persons' Visits to an Urban Emergency Department. *Ann Emerg Med*. 2009 May;53(5):598-602
4. Kangove, S., Barg, F., Carter, T., Long, J., Shannon, R., Grande, D.. Understanding why patients of low socioeconomic status prefer hospitals over ambulatory care. *Health Affairs*. July 2013 vol. 32 no. 71196-1203
5. Zink BJ. Social Justice, Egalitarianism, and the History of Emergency Medicine. *American Medical Association Journal of Ethics* June 2010;12(6): 492-494.
6. Lowenstein SR, Koziol-McLain J, Thompson M, et al. Behavioral risk factors in emergency department patients: a multisite survey. *Acad Emerg Med*. 1998; 5:781–7.
7. Gordon JA, Billings J, Asplin B, Rhodes KV. Safety Net Research in Emergency Medicine: Proceedings of the Academic Emergency Medicine Consensus Conference on “The Unraveling Safety Net. *Acad Emerg Med*, 2001 Nov;8(11):1024-9.
8. Marmot MG, Bell R. Action on Health Disparities in the United States. Commission on Social Determinants of Health. *JAMA*. 2009;301(11):1169-1171.
9. Hana S, Ladislav C. Subjective well-being, morbidity and health care consumption by hazardous, harmful and problem alcohol drinkers. *Cas Lek Cesk*. 2011;150(7):394-7.
10. Larimer ME, Malone DK, Garner MD, et al. Health care and public service use and costs before and

- after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems. *JAMA*. 2009;301(13):1349-1357.
11. Shumway M, Boccellari A, O'Brien K, Okin RL. Cost-effectiveness of clinical case management for DU frequent users: results of a randomized trial. *American Journal of Emergency Medicine* (2008);26:155-164
  12. Taubman SL, Allen HL, Wright BJ, Baicker K, Finkelstein AN. Medicaid increases emergency-department use: evidence from Oregon's Health Insurance Experiment. *Science*. 2014 Jan 17;343(6168):263-8.
  13. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham NK, Bhandari M, Goslings JC. Barriers to screening for intimate partner violence. *Women Health*. 2012;52(6):587-605.
  14. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). Screening for Intimate Partner Violence and Abuse of Elderly and Vulnerable Adults. *U.S. Preventive Services Task Force*, January 2013. <http://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspvipv.htm>
  15. Rhodes KV, Lauderdale DS, Stocking CB, Howes DS, Roizen MF, Levinson W. Better health while you wait: a controlled trial of a computer-based intervention for screening and health promotion in the emergency department. *Ann Emerg Med*. 2001; 37:284-91.
  16. Tobin Tyler E. Allies not adversaries: teaching collaboration to the next generation of doctors and lawyers to address social inequality. *J Health Care Law Policy*. 2008;11:249-294.
  17. National Center for Medical-Legal Partnership Web site. <http://www.medical-legalpartnership.org>. Accessed May 17th, 2014
  18. Zuckerman B, Sandel M, Smith L, Lawton E. Why pediatricians need lawyers to keep children healthy. *Pediatrics*. 2004 Jul;114(1):224-8
  19. Alter HJ. "Social determinants of Health: Bench to Bedside." *JAMA IM*. 2014 Apr;174(4):543-545
  20. <http://emed.stanford.edu/fellowships/mph.html> Accessed July 5, 2014.
  21. <http://www.med.unc.edu/socialmed/prevmed> Accessed July 5, 2014.

**Recibido:** 31 de septiembre de 2013.

**Aprobado:** 15 de diciembre de 2013.

**Conflicto de intereses:** ninguno.

