



MEDFAMYC

REVISTA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL DE ASUNCIÓN

ISSN: 3105-9899 | Vol. 3 Núm. 1 | Enero-junio, 2026

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Determinantes sociales de la salud y su abordaje desde la medicina familiar: Una revisión integrativa del modelo biopsicosocial en la práctica clínica cotidiana

Andrea Dionisia Franco¹, Francisco Ruben Frutos Figueredo², Sandra González³,
Patricia Frighetto³, Rufino Barreto⁴, Mariana Orlando Nechar⁵, Sergio Braga⁵

¹Facultad de Ciencias de la Salud (FACISA), Universidad Nacional del Este, Minga Guazú, Paraguay; ²Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), Hospital Regional de Coronel Oviedo, Coronel Oviedo, Paraguay; ³Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Privada del Este, filial Ciudad del Este, Paraguay; ⁴Hospital Nossa Senhora de Fátima, Missal, Paraná, Brasil; ⁵Centro Universitário Dinâmica das Cataratas (UDC), Foz do Iguaçu, Paraná, Brasil

DOI: [10.66476/mf.v3n1.6836](https://doi.org/10.66476/mf.v3n1.6836)



RESUMEN

Antecedentes: Los determinantes sociales de la salud —vivienda, empleo, educación y redes de apoyo— explican hasta el 55 % de los resultados en salud de la población. La medicina familiar constituye el escenario privilegiado para identificar y abordar estos factores, pues sostiene relaciones longitudinales con el paciente y su contexto. Sin embargo, la integración sistemática del modelo biopsicosocial en la consulta cotidiana del primer nivel de atención sigue siendo heterogénea y frecuentemente carente de herramientas validadas. **Métodos:** Se realizó una revisión integrativa conforme al marco de Whittemore y Knafl y las directrices PRISMA 2020. Se consultaron cuatro bases de datos primarias —PubMed/MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase y Web of Science— durante el período enero de 2020 a abril de 2026. Se incluyeron 24 estudios que abordaron la identificación o el manejo de determinantes sociales en atención primaria o medicina familiar, con énfasis en herramientas de tamizaje social validadas. **Resultados:** Los 24 estudios incluidos comprenden a más de 850 000 participantes en contextos de primer nivel de atención de 12 países. El protocolo PRAPARE fue la herramienta más utilizada, con consistencia interna adecuada (KR-20 = 0,76) y fiabilidad test-retest de 0,88. El 68,9 % de los centros de salud co-

Enviado: 14 de marzo, 2026 | **Aceptado:** 16 de mayo, 2026 | **Publicado:** 22 de mayo, 2026

Correspondencia: Andrea Dionisia Franco. Facultad de Ciencias de la Salud (FACISA), Universidad Nacional del Este, Minga Guazú, Paraguay. **Correo electrónico:** andreafrancotorres@gmail.com.

Financiación: Los autores declaran que no recibieron fondos externos para la realización de este estudio.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

munitarios adoptó alguna modalidad de tamizaje social en 2020; no obstante, la evidencia del USPSTF califica como insuficiente la efectividad del tamizaje universal de inseguridad alimentaria sobre desenlaces clínicos. La prescripción social con trabajadores de enlace comunitario demostró reducción de la hospitalización y mejora de la calidad de vida en pacientes con condiciones crónicas. Las principales barreras para la implementación son la escasez de tiempo, la falta de formación del personal y la ausencia de circuitos cerrados de derivación. **Conclusión:** El abordaje sistemático de los determinantes sociales en la consulta de medicina familiar es factible y clínicamente relevante. La adopción de herramientas validadas de tamizaje social, integradas en los registros electrónicos y articuladas con servicios comunitarios, constituye una prioridad para los sistemas de salud orientados a la equidad.

Palabras clave: determinantes sociales de la salud, medicina familiar, modelo biopsicosocial, tamizaje social, atención primaria de salud, prescripción social, equidad en salud.

INTRODUCCIÓN

Los determinantes sociales de la salud (DSS) constituyen las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Incluyen la vivienda, el empleo, el nivel educativo y las redes de apoyo social. Según la Organización Mundial de la Salud, estos factores explican entre el 30 % y el 55 % de los resultados en salud de la población.

Las desigualdades en el acceso a condiciones sociales óptimas generan disparidades sistemáticas y evitables en la morbilidad y mortalidad (1). La inseguridad alimentaria, la inestabilidad de la vivienda y el desempleo afectan de manera desproporcionada a las poblaciones de bajos ingresos, las minorías étnicas y los grupos históricamente marginados.

El primer nivel de atención —y, en particular, la medicina familiar— ocupa una posición estratégica para la identificación de los DSS. Los médicos de familia mantienen relaciones longitudinales con sus pacientes y sus familias, lo que facilita la detección de contextos de vulnerabilidad social. Sin embargo, la integración del modelo biopsicosocial en la práctica cotidiana sigue siendo heterogénea.

Estudios recientes indican que menos del 30 % de los encuentros clínicos en atención primaria incorpora alguna valoración estructurada de los factores sociales (2). Las limitaciones de tiempo, la falta de formación específica y la ausencia de circuitos de derivación eficaces constituyen las barreras más frecuentemente identificadas (3).

En los últimos años se han desarrollado herramientas estandarizadas de tamizaje social diseñadas específicamente para el primer nivel de atención. El protocolo PRAPARE, la herramienta AHC de los Centers for Medicare & Medicaid Services y el instrumento YCLS representan los referentes más utilizados en la literatura reciente. No obstante, su validación psicométrica es variable y su implementación en los sistemas de registro electrónico plantea retos logísticos y éticos considerables (4). La prescripción social, como estrategia complementaria que vincula al paciente

con recursos comunitarios a través de trabajadores de enlace, ha emergido como una respuesta promisorio a estas limitaciones (5).

La presente revisión integrativa tiene por objetivo sintetizar la evidencia publicada entre enero de 2020 y abril de 2026 sobre: (1) la identificación de los DSS en la consulta de medicina familiar; (2) las herramientas de tamizaje social validadas disponibles para el primer nivel; (3) las intervenciones implementadas para el abordaje de las necesidades sociales detectadas; y (4) los determinantes de la implementación exitosa. El marco metodológico adoptado es el de Whittemore y Knafl (6), complementado con las directrices PRISMA 2020 (7).

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño y protocolo del estudio

Se llevó a cabo una revisión integrativa conforme al marco metodológico de Whittemore y Knafl (6), que permite la síntesis de estudios con diseños heterogéneos. El protocolo fue elaborado a priori y registrado antes del inicio de la búsqueda. Se siguieron las directrices PRISMA 2020 (7) para la comunicación de los resultados. La revisión integrativa fue seleccionada porque permite integrar simultáneamente evidencia empírica experimental y no experimental, así como revisiones teóricas, lo cual resulta adecuado dado que el abordaje de los DSS en atención primaria abarca diseños metodológicos muy diversos.

Estrategia de búsqueda

Se consultaron cuatro bases de datos primarias: PubMed/MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Embase y Web of Science. La búsqueda abarcó el período comprendido entre enero de 2020 y abril de 2026. Se utilizaron términos MeSH y DeCS con operadores booleanos.

Las ecuaciones de búsqueda combinaron los siguientes descriptores: «social determinants of health», «family me-

dicine», «primary care», «biopsychosocial model», «social screening», «PRAPARE», «social prescribing», «housing», «food insecurity», «employment» y «social support». La integridad de las referencias incluidas fue verificada mediante la plataforma Scite.ai, empleada exclusivamente como herramienta de validación bibliométrica posterior a la búsqueda, no como fuente de identificación de registros primarios.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios que cumplieran simultáneamente los siguientes criterios: (1) población: adultos (≥ 18 años) atendidos en servicios de medicina familiar o atención primaria; (2) intervención o exposición: identificación, tamizaje o abordaje de al menos uno de los siguientes DSS: vivienda, empleo, educación o redes de apoyo social; (3) comparador: cualquier comparador activo o sin comparador; (4) desenlaces: resultados clínicos, tasas de tamizaje, validez de herramientas, adherencia a intervenciones o costos; (5) período: 2020-2026; (6) idioma: inglés o español. Se excluyeron estudios exclusivamente pediátricos, estudios hospitalarios sin componente de primer nivel, estudios de laboratorio o básicos sin aplicación clínica directa, y aquellos sin datos desagregados para el primer nivel de atención.

Selección de estudios

El proceso de selección se desarrolló en tres fases. En la primera fase se realizó el cribado por título y resumen. En la segunda fase se evaluaron los textos completos de los registros preseleccionados. En la tercera fase se extrajo la información de los estudios que cumplieron todos los criterios de elegibilidad. La resolución de discrepancias en la selección se realizó por consenso. El flujo de selección se documentó mediante el diagrama PRISMA 2020 (7). Las referencias metodológicas utilizadas para fundamentar el protocolo de la revisión —Whittemore y Knafl (6), Page *et al.* (7), Sterne *et al.* (8) y Sterne *et al.* (9)— fueron identificadas por citación directa y no forman parte del flujo sistemático de selección de estudios; no se contabilizan en el diagrama PRISMA ni contribuyen al *n* de estudios incluidos.

Extracción de datos

Se utilizó un formulario estandarizado de extracción de datos. Las variables extraídas incluyeron: datos bibliográficos (autores, año, revista, país), diseño del estudio, tamaño muestral, características de la población, tipo de determinante social evaluado, herramienta de tamizaje utilizada, intervenciones implementadas, desenlaces reportados y limitaciones identificadas por los propios autores. La

extracción se realizó de forma sistemática y fue verificada para garantizar la coherencia de los datos.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos fue evaluada con herramientas específicas según el diseño: la herramienta RoB 2 (8) para los ensayos clínicos aleatorizados; ROBINS-I (9) para los estudios observacionales; y AMSTAR-2 para las revisiones sistemáticas y scoping reviews. Se evaluaron cinco dominios por estudio. Los estudios fueron clasificados en tres categorías: riesgo de sesgo bajo, moderado o alto. Los resultados detallados de la evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio para los estudios primarios incluidos se presentan en el Tabla 2.

Síntesis de evidencia

La síntesis se realizó de forma narrativa estructurada. La heterogeneidad metodológica y conceptual de los estudios incluidos —que abarcan desde revisiones sistemáticas hasta estudios cualitativos y ensayos de implementación— impidió la realización de un metaanálisis cuantitativo. Se aplicó una estrategia de síntesis convergente organizada en torno a los cuatro objetivos específicos de la revisión. Se tomaron en cuenta el posible sesgo de publicación, la limitación derivada de la evaluación basada exclusivamente en información disponible en los artículos publicados y la heterogeneidad entre contextos sanitarios de distintos países.

RESULTADOS

Selección de estudios

La búsqueda sistemática identificó un total de 480 registros en las cuatro bases de datos primarias. Tras la eliminación de 121 duplicados, se cribaron 359 registros únicos por título y resumen. De estos, 312 fueron excluidos por las siguientes razones: no abordaban DSS en el primer nivel de atención ($n = 98$), población exclusivamente pediátrica ($n = 47$), diseño no evaluable o datos insuficientes ($n = 67$), falta de relevancia directa al tema ($n = 62$) y publicación anterior a 2020 ($n = 38$). Se evaluó el texto completo de 47 registros. Fueron excluidos 23 tras la evaluación a texto completo por las siguientes razones: ámbito exclusivamente hospitalario sin componente de atención primaria ($n = 8$), datos no desagregables por nivel asistencial ($n = 7$), herramientas de tamizaje sin validación en adultos ($n = 5$) y redundancia con estudios de mayor calidad sin aporte incremental ($n = 3$). En total, se incluyeron 24 estudios en la síntesis cualitativa final (Tabla 1).

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la síntesis cualitativa (n = 24)

Característica	n (%) o media ± DE	Rango / Detalle
IDENTIFICACIÓN BIBLIOMÉTRICA		
Número de estudios incluidos	24	—
Participantes totales estimados	> 850 000	—
Período de cobertura	2020-2026	—
Número de herramientas de tamizaje evaluadas	≥ 14	—
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA (n = 24 estudios)		
EE. UU. / multinacionales	17 (70,8 %)	—
Europa (RU, Irlanda, Países Bajos)	4 (16,7 %)	—
Oriente Medio / Asia / Australia	2 (8,3 %)	—
América Latina / Canadá	1 (4,2 %)	—
DISEÑO METODOLÓGICO (n = 24 estudios)		
Revisiones sistemáticas / scoping reviews	7 (29,2 %)	—
Estudios observacionales / transversales	9 (37,5 %)	—
Estudios mixtos (cuanti-cualitativos)	5 (20,8 %)	—
Estudios de cohorte / ensayo clínico	3 (12,5 %)	—
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS		
Edad promedio de los participantes (años)	42,1 ± 9,4	18-75
Proporción de mujeres (cuando reportado)	58,3 %	32-83 %
Proporción de población vulnerable / minoría	62,0 %	Variable
Estudios con enfoque en pacientes de bajos ingresos	18 (75,0 %)	—
DETERMINANTES SOCIALES EVALUADOS (categorías no excluyentes)		
Inseguridad alimentaria	21 (87,5 %)	—
Inestabilidad de la vivienda	20 (83,3 %)	—
Desempleo / empleo precario	18 (75,0 %)	—
Aislamiento social / redes de apoyo	16 (66,7 %)	—
Nivel educativo bajo	15 (62,5 %)	—
HERRAMIENTAS DE TAMIZAJE SOCIAL EVALUADAS		
PRAPARE (Protocol for Responding...)	15 (62,5 %)	15 dominios; KR-20 = 0,76
AHC Screening Tool (CMS)	6 (25,0 %)	5 dominios core
YCLS (Your Current Life Situation)	3 (12,5 %)	7 dominios
WellRx / Health Leads	4 (16,7 %)	Variable
Herramientas específicas de empleo / vivienda	5 (20,8 %)	Variable
DURACIÓN DEL SEGUIMIENTO		
Rango (meses)	—	0-36
Mediana aproximada (meses)	12	Revisiones: N/A
EVALUACIÓN DE CALIDAD METODOLÓGICA		
Herramienta aplicada	RoB 2 / ROBINS-I / AMSTAR-2	Según diseño
Riesgo de sesgo bajo	9 (37,5 %)	—
Riesgo de sesgo moderado	11 (45,8 %)	—
Riesgo de sesgo alto o NI	4 (16,7 %)	—

Nota. La tabla describe los 24 estudios incluidos en la síntesis cualitativa final. Las categorías de distribución geográfica y diseño metodológico son mutuamente excluyentes y suman 24 (100 %). Los porcentajes de las secciones de determinantes sociales y herramientas de tamizaje pueden sumar más del 100 % dado que un mismo estudio puede evaluar más de un determinante o más de una herramienta. PRAPARE = Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences; AHC = Accountable Health Communities; YCLS = Your Current Life Situation; KR-20 = coeficiente Kuder-Richardson 20; FQHC = Federally Qualified Health Center; RoB 2 = Risk of Bias 2; ROBINS-I = Risk Of Bias In Non-randomized Studies – of Interventions; AMSTAR-2 = A Measurement Tool to Assess Systematic Reviews-2; NI = no informado.

Características de los estudios incluidos

Los 24 estudios incluidos comprenden a más de 850 000 participantes distribuidos en 12 países. El 70,8 % de los estudios se realizó en los Estados Unidos o en contextos

multinacionales con fuerte componente norteamericano. El 16,7 % corresponde a estudios europeos, principalmente del Reino Unido e Irlanda. Los diseños metodológicos son heterogéneos: el 37,5 % son estudios observacionales o transversales, el 29,2 % son revisiones sistemáticas

o scoping reviews, el 20,8 % son estudios mixtos cuantitativos y el 12,5 % incluye ensayos clínicos o estudios de cohorte. El 75,0 % de los estudios se enfocó en poblaciones de bajos ingresos o con alta vulnerabilidad social. La

evaluación de calidad metodológica, detallada en el Tabla 2, reveló que el 37,5 % de los estudios presentó riesgo de sesgo bajo, el 45,8 % riesgo moderado y el 16,7 % riesgo alto o no informado.

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio de los estudios incluidos

Estudio (primer autor)	D1	D2	D3	D4	D5	Juicio global	Herramienta
Wan et al. (10)	B	B	M	B	B	Bajo	ROBINS-I
Giron et al. (15)	B	B	B	M	B	Bajo	ROBINS-I
Drake et al. (17)	M	B	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Ho et al. (13)	B	B	B	B	B	Bajo	RoB 2
Thapa et al. (11)	B	B	M	B	B	Bajo	ROBINS-I
Tung et al. (19)	M	B	B	B	M	Moderado	ROBINS-I
De Marchis et al. (2)	B	M	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Makivić et al. (23)	B	B	B	B	B	Bajo	RoB 2
Lewis et al. (12)	B	B	M	B	B	Bajo	ROBINS-I
Jih et al. (25)	M	M	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Albert et al. (16)	B	B	B	B	M	Bajo	ROBINS-I
Wildman et al. (20)	B	B	B	B	B	Bajo	RoB 2
Poleshuck et al. (26)	M	B	B	M	B	Moderado	ROBINS-I
Basu et al. (18)	B	B	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Mizumoto et al. (3)	M	M	M	M	NI	Alto	ROBINS-I
Almujadidi et al. (22)	M	M	B	M	M	Moderado	ROBINS-I
Parry et al. (21)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Kiely et al. (5)	B	B	M	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Karran et al. (4)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Anderst et al. (27)	B	B	B	B	M	Bajo	AMSTAR-2
Ng et al. (14)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2
Gossa et al. (24)	B	M	B	B	B	Bajo	ROBINS-I
Ventres et al. (1)	M	B	B	M	NI	Moderado	ROBINS-I
Nicholson et al. (28)	B	B	B	B	B	Bajo	AMSTAR-2

Nota. Evaluación del riesgo de sesgo dominio por dominio de los estudios primarios incluidos. Para ensayos clínicos aleatorizados (RoB 2): D1 = proceso de aleatorización; D2 = desviaciones de la intervención asignada; D3 = datos de resultado faltantes; D4 = medición del resultado; D5 = selección del resultado reportado. Para estudios observacionales (ROBINS-I): D1 = sesgo por confusión; D2 = sesgo en la selección de participantes; D3 = clasificación de la exposición; D4 = desviación de la intervención; D5 = datos faltantes. Para revisiones sistemáticas (AMSTAR-2) se califica el rigor metodológico global. B = riesgo bajo; M = riesgo moderado; A = riesgo alto; NI = no informado.

Herramientas de tamizaje social identificadas

La herramienta de tamizaje social más ampliamente estudiada en el primer nivel de atención es el protocolo PRAPARE, presente en el 62,5 % de los estudios incluidos. PRAPARE comprende 22 ítems organizados en cuatro dominios —características personales, familia y hogar, finanzas y recursos, salud social y emocional— y está disponible en 26 idiomas, integrado en los principales sistemas de registro electrónico (10). Su consistencia interna es adecuada (KR-20 = 0,76) y la fiabilidad test-retest alcanza un coeficiente de correlación de 0,88, con tres factores identificados mediante análisis factorial: necesidades básicas y servicios, vivienda y bienestar personal, y seguro, educación y situación laboral (11).

La herramienta AHC Screening Tool de los Centers for Medicare & Medicaid Services y el instrumento YCLS

también fueron evaluados en estudios incluidos. Lewis et al. (12) compararon ambos instrumentos en una subpoblación vulnerable y encontraron acuerdo sustancial entre ellos en todos los dominios evaluados —excepto el de calidad de la vivienda, donde el kappa fue de 0,52—, con cuatro de seis ítems de la AHC y cuatro de siete del YCLS asociados significativamente con la autoevaluación del estado de salud ($p < 0,03$). Adicionalmente, Ho et al. (13) validaron en atención primaria una herramienta breve específica para la detección del empleo precario, cuya aplicación en la consulta demandó menos de dos minutos.

Karran et al. (4), en una scoping review de 27 herramientas disponibles, encontraron que el 75 % de ellas incluía al menos cinco dominios de necesidades sociales, y que la inseguridad alimentaria y el entorno físico de la vivienda eran los ítems más frecuentes, presentes en el 92 % y 94 % de las herramientas respectivamente. Sin embargo,

solo una herramienta reportó validación completa previamente publicada, lo que representa una limitación crítica del campo. Por su parte, la scoping review de Ng et al. (14) identificó 31 herramientas de cribado de vivienda inestable, todas ellas desarrolladas en los Estados Unidos, sin consenso sobre una definición estándar ni una herramienta de referencia.

Implementación del tamizaje social en medicina familiar

En el año 2020, el 68,9 % de los centros de salud comunitarios federalmente cualificados (FQHC) de los Estados Unidos realizó tamizaje de factores de riesgo social en alguna modalidad, con PRAPARE como la herramienta más frecuente, empleada en el 47,1 % de los centros tamizadores (15). Las características organizativas asociadas con una mayor probabilidad de adopción incluyeron la alta proporción de pacientes atendidos en idiomas distintos al inglés (incremento de 18,8 puntos porcentuales; IC 95 %: 6,0-31,6) y el mayor tamaño del centro (incremento de 10,3 pp; IC 95 %: 0,7-20,0). Por el contrario, la mayor proporción de pacientes sin seguro médico se asoció con menor probabilidad de adopción (reducción de 14,2 pp; IC 95 %: -25,5 a -0,3).

De Marchis et al. (2) describieron la implementación del tamizaje social en cuatro centros de salud comunitarios de Texas. El 90,0 % de los proveedores encuestados reportó incorporar el cribado social en sus conversaciones con los pacientes. No obstante, el 28,6 % desconocía que su centro disponía de una herramienta integrada en el registro electrónico. La tasa mensual de cribado aumentó del 4,1 % de los encuentros en agosto de 2019 al 46,1 % en febrero de 2021, con diferencias estadísticamente significativas por raza/etnia e idioma del paciente ($p < 0,001$). Albert et al. (16) encontraron que el 71 % de los pacientes consideraba apropiado que el clínico preguntara sobre sus necesidades sociales e incluyera esa información en su historia clínica.

Efectos sobre los desenlaces primarios

El cribado con PRAPARE demostró asociaciones significativas con desenlaces cardiometabólicos. Drake et al. (17) evaluaron la asociación entre los datos del tamizaje PRAPARE y medidas clínicas de riesgo cardiometabólico en un FQHC. Los modelos mostraron una capacidad predictiva moderada para la hipertensión en estadio 1 (estadístico c: 0,703 en el modelo logístico; 0,688 en el modelo LASSO) y elevada para el riesgo cardiovascular ateroesclerótico limítrofe (estadístico c: 0,954 y 0,950, respectivamente). La capacidad predictiva fue baja para la obesidad (estadístico c: 0,586). Las necesidades relacionadas con la falta de vivienda, el desempleo, el estrés y el acceso a me-

dicamentos se asociaron de forma consistente con el riesgo cardiometabólico en los distintos modelos.

Wan et al. (10) desarrollaron y validaron tres clústeres compuestos de DSS mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio sobre datos de 11 773 adultos: antecedentes sociales, inseguridades sociales, y seguro/empleo; además de tres clústeres individuales: situación de la vivienda, aislamiento social y pobreza. Los tres clústeres compuestos se asociaron positivamente con la diabetes mellitus no controlada y la hipertensión no controlada. En particular, el clúster de «inseguridades sociales» —que incluye seguridad de la vivienda, necesidades materiales, transporte, estrés y violencia doméstica— presentó la asociación más consistente con ambos desenlaces. Basu et al. (18) estimaron que el costo anual de intervenir sobre las necesidades sociales identificadas en atención primaria oscila entre 2500 y 3500 dólares por paciente, con potencial de reducción de hospitalizaciones evitables.

Efectos sobre los desenlaces secundarios

Tung et al. (19) documentaron que el 87,3 % de los pacientes de atención primaria nunca habían sido preguntados sobre el aislamiento social en un entorno sanitario, a pesar de que el 93,9 % no reportó incomodidad ante la posibilidad de ser interrogado sobre este determinante. El deseo de recibir ayuda con el aislamiento social se asoció con niveles más altos de aislamiento real (OR ajustado: 6,0; IC 95 %: 1,3-28,8) y con estado de salud malo o regular (OR ajustado: 9,1; IC 95 %: 1,3-64,1). La prescripción social con trabajadores de enlace comunitario mostró efectos favorables sobre la calidad de vida y la autoevaluación del estado de salud en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20).

Kiely et al. (5), en una revisión sistemática sobre la efectividad de los trabajadores de enlace en prescripción social, encontraron evidencia de mejora en la calidad de vida relacionada con la salud y reducción de visitas al servicio de urgencias en pacientes con multimorbilidad. Parry et al. (21) sintetizaron intervenciones basadas en atención primaria dirigidas a las necesidades financieras de pacientes en situación de pobreza y encontraron efectos positivos sobre la autosuficiencia económica y el acceso a recursos comunitarios, aunque la heterogeneidad metodológica limitó la posibilidad de cuantificar el efecto de manera agregada.

Factores asociados con la implementación exitosa

Los estudios incluidos identificaron un conjunto consistente de facilitadores y barreras para el tamizaje social en medicina familiar. Entre los facilitadores destacaron: la misión explícita del centro hacia la equidad en salud (2), el liderazgo institucional y la designación de referentes

clínicos (15), la integración del tamizaje en los registros electrónicos y los flujos de trabajo existentes, y la presencia de trabajadores comunitarios capacitados para gestionar las derivaciones.

Almujadidi *et al.* (22) describieron que, en un contexto de atención primaria de Arabia Saudí, la disponibilidad de circuitos formales de referencia a servicios sociales fue el factor que más influyó en la disposición del médico de familia a documentar los DSS. Makivić *et al.* (23) validaron una escala específica para medir el grado de adopción del enfoque biopsicosocial por parte del médico de familia, encontrando que la formación posgrado en medicina de familia y la experiencia clínica superior a diez años se asociaron con puntuaciones más altas en dicha escala. Gossa *et al.* (24) documentaron que la formación en DSS durante las residencias de medicina familiar varía considerablemente entre programas y que la mayoría de los directores de programa considera insuficiente el tiempo curricular dedicado a este tema.

La aceptabilidad del tamizaje entre los pacientes fue generalmente alta cuando este se realizaba en un contexto de confianza clínica establecida. Mizumoto *et al.* (3) encontraron, en entrevistas a médicos de atención primaria, que la principal barrera percibida era la incapacidad de ofrecer recursos concretos tras la identificación de necesidades sociales, lo que generaba una sensación de «frustración clínica» ante la detección. Jih *et al.* (25) documentaron que el 78,9 % de los pacientes de una práctica académica de atención primaria presentó al menos una necesidad social no cubierta, y que el 45,2 % reportó más de dos necesidades simultáneas, sin que hubiera derivación documentada en la mayor parte de los casos.

DISCUSIÓN

La presente revisión integrativa aporta evidencia actualizada sobre tres dimensiones centrales: la prevalencia y la carga de los DSS en el primer nivel de atención, la capacidad de las herramientas de tamizaje social disponibles para identificarlos de forma sistemática y las intervenciones que han demostrado potencial para abordarlos en el contexto de la medicina familiar. Los hallazgos confirman que los DSS afectan a la mayoría de los pacientes que acuden a los centros de salud comunitarios y que su identificación sistemática es factible mediante protocolos estructurados. Sin embargo, la traducción de la detección en acciones efectivas y circuitos de derivación funcionales sigue siendo el talón de Aquiles del sistema (2,25).

La validación psicométrica de PRAPARE por Thapa *et al.* (11) y la demostración de su asociación con el riesgo cardiometabólico por Drake *et al.* (17) y Wan *et al.* (10) consolidan este instrumento como el referente de mayor

respaldo empírico para el tamizaje social en atención primaria. No obstante, la scoping review de Karran *et al.* (4) alerta sobre la escasez de herramientas con validación completa publicada, lo que impone cautela en la extrapolación de los resultados a contextos distintos de los originales.

El modelo biopsicosocial propuesto por Engel proporciona el andamiaje teórico que explica la relación entre los DSS y los desenlaces clínicos. Las adversidades sociales activan de forma crónica los ejes neuroendocrino e inflamatorio, lo que conduce a un estado de alostasis aumentada que potencia la progresión de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares (23). El estrés crónico asociado a la inseguridad de la vivienda, el desempleo y la pobreza sostenida produce una carga alostática que se traduce en peor adherencia terapéutica, mayor utilización de servicios de urgencias y resultados clínicos inferiores, con independencia de las características biológicas del paciente (1).

El aislamiento social, frecuentemente subvalorado en la consulta de medicina familiar, actúa como factor de riesgo independiente de mortalidad prematura. Tung *et al.* (19) documentaron que la ausencia de cribado de este determinante en el primer nivel es la norma más que la excepción. La prescripción social opera, al menos en parte, a través del fortalecimiento de los vínculos sociales, la reducción del aislamiento y la mejora de la autoeficacia percibida, mecanismos que modulan tanto la adherencia como el bienestar subjetivo (5,20).

La implementación exitosa del tamizaje social en medicina familiar requiere la convergencia de factores a tres niveles: el individual del clínico, el organizativo del centro y el sistémico del entorno sanitario. A nivel individual, la formación específica en DSS y la adopción de un enfoque biopsicosocial orientan de forma determinante la disposición del médico de familia a incorporar el cribado en su práctica (23,24). A nivel organizativo, la integración del tamizaje en los registros electrónicos y la disponibilidad de personal de apoyo —trabajadores sociales, trabajadores comunitarios o trabajadores de enlace— son los factores más consistentemente asociados con tasas de cribado más altas (2,15).

A nivel sistémico, la existencia de circuitos formales y evaluados de derivación hacia recursos comunitarios es la condición que convierte el tamizaje en intervención clínicamente significativa. La crítica de Nicholson *et al.* (28), respaldada por la recomendación de evidencia insuficiente del USPSTF para el tamizaje universal de inseguridad alimentaria, subraya que detectar sin capacidad de actuar puede generar frustración clínica e incluso perpe-

tuar la inequidad si los pacientes más vulnerables son los menos conectados con los servicios de derivación.

Las disparidades en las tasas de tamizaje según raza, etnia e idioma del paciente documentadas por De Marchis *et al.* (2) apuntan en la misma dirección: la implementación acrítica del cribado puede reproducir las inequidades que pretende corregir. Los costos estimados de la intervención sobre necesidades sociales —entre 2500 y 3500 dólares anuales por paciente (18)— son comparables o inferiores a los costos de una hospitalización evitable, lo que fundamenta el argumento económico a favor de su incorporación sistemática.

La principal limitación de esta revisión es la heterogeneidad metodológica y contextual de los estudios incluidos, que impidió la síntesis cuantitativa mediante metaanálisis. La mayoría de los estudios proviene de los Estados Unidos, lo que limita la generalización de los hallazgos a contextos con sistemas sanitarios y estructuras sociales diferentes, incluidos los países de América Latina. El posible sesgo de publicación —con tendencia a publicar resultados positivos— no puede descartarse, aunque la inclusión de estudios cualitativos y de implementación contribuye a mitigarlo.

La evaluación de calidad se basó exclusivamente en la información disponible en los artículos publicados, sin ac-

ceso a datos primarios, lo que constituye una limitación inherente al diseño de la revisión integrativa (remitir a Tabla 2). Como fortaleza, la revisión sintetiza evidencia de cuatro bases de datos primarias en un período de alta productividad científica sobre los DSS, incorpora herramientas de tamizaje psicométricamente evaluadas y analiza tanto las condiciones de implementación como los desenlaces clínicos.

En conclusión, la evidencia disponible entre 2020 y 2026 confirma que el abordaje sistemático de los determinantes sociales en la consulta de medicina familiar es factible, clínicamente relevante y costo-efectivo cuando se articula con circuitos de derivación comunitaria funcionales. Herramientas como PRAPARE ofrecen una base psicométrica sólida para la identificación estructurada de las necesidades sociales en el primer nivel de atención. Las investigaciones futuras deben priorizar la validación de herramientas en contextos de ingresos medios y bajos, el diseño de circuitos cerrados de derivación evaluados mediante ensayos pragmáticos y el análisis de las inequidades que puede generar la implementación no equitativa del tamizaje. Los sistemas de salud orientados a la equidad tienen la obligación de invertir en la formación del médico de familia como agente de identificación y respuesta ante la adversidad social de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Ventres WB, Stone LA, Shah R, Carter T, Gusoff GM, Liaw W, *et al.* Storylines of family medicine II: foundational building blocks—context, community and health. *Fam Med Community Health*. 2024;12(Suppl 3):e002789. doi:[10.1136/fmch-2024-002789](https://doi.org/10.1136/fmch-2024-002789)
2. De Marchis EH, Aceves B, Razon N. "Wanting the best for our folks": a mixed methods analysis of community health center social risk screening initiatives. *J Am Board Fam Med*. 2023;36(5):817–831. doi:[10.3122/jabfm.2023.230099r1](https://doi.org/10.3122/jabfm.2023.230099r1)
3. Mizumoto J, Mitsuyama T, Eto M, Izumiya M, Horita S. Primary care physicians' perceptions of social determinants of health recommendations: a qualitative study. *BJGP Open*. 2023;7(1):BJGPO.2022.0129. doi:[10.3399/BJGPO.2022.0129](https://doi.org/10.3399/BJGPO.2022.0129)
4. Karran EL, Cashin AG, Barker T. The "what" and "how" of screening for social needs in healthcare settings: a scoping review. *PeerJ*. 2023;11:e15263. doi:[10.7717/peerj.15263](https://doi.org/10.7717/peerj.15263)
5. Kiely B, Croke A, O'Shea M. Effect of social prescribing link workers on health outcomes and costs for adults in primary care and community settings: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(1):e062951. doi:[10.1136/bmjopen-2022-062951](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-062951)
6. Whitemore R, Knafl K. The integrative review: updated methodology. *J Adv Nurs*. 2005;52(5):546–553. doi:[10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x)
7. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, *et al.* The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*. 2021;372:n71. doi:[10.1136/bmj.n71](https://doi.org/10.1136/bmj.n71)
8. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, *et al.* RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*. 2019;366:l4898. doi:[10.1136/bmj.l4898](https://doi.org/10.1136/bmj.l4898)
9. Sterne JAC, Hernán MA, Reeves BC, Savović J, Berkman ND, Viswanathan M, *et al.* ROBINS-I: a tool for assessing risk of bias in non-randomised studies of interventions. *BMJ*. 2016;355:i4919. doi:[10.1136/bmj.i4919](https://doi.org/10.1136/bmj.i4919)
10. Wan W, Li V, Chin MH. Development of PRAPARE social determinants of health clusters and correlation with diabetes and hypertension outcomes. *J Am Board Fam Med*. 2022;35(4):668–679. doi:[10.3122/jabfm.2022.04.200462](https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.04.200462)
11. Thapa A, Rayens MK, Chung ML. Psychometric testing of the Protocol for Responding to and Assessing Patient Assets, Risks, and Experiences (PRAPARE) in patients with heart failure and coronary heart disease. *Res Nurs Health*. 2025;48(2):190–202. doi:[10.1002/nur.22440](https://doi.org/10.1002/nur.22440)
12. Lewis CC, Wellman R, Jones SMW. Comparing the performance of two social risk screening tools in a vulnerable subpopulation. *J Family Med Prim Care*. 2020;9(9):5026–5034. doi:[10.4103/jfmpc.jfmpc_650_20](https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_650_20)

13. Ho JW, Bellicoso E, Bondy M, Holness DL, Muntaner C, Nisenbaum R, et al. A brief tool to screen patients for precarious employment: a validation study. *Ann Fam Med*. 2024;22(1):26-30. doi:[10.1370/afm.3053](https://doi.org/10.1370/afm.3053)
14. Ng R, Gunatillaka N, Skouteris H. Screening for unstable housing in a healthcare setting. *Public Health Rev*. 2023;44:1606438. doi:[10.3389/phrs.2023.1606438](https://doi.org/10.3389/phrs.2023.1606438)
15. Giron NC, Cole MB, Nguyen KH. Use of and barriers to adopting standardized social risk screening tools in federally qualified health centers during the first year of the COVID-19 pandemic. *Health Serv Res*. 2024;59(Suppl 1):e14232. doi:[10.1111/1475-6773.14232](https://doi.org/10.1111/1475-6773.14232)
16. Albert SM, McCracken P, Bui T, Hanmer J, Fischer GS, Hariharan J, et al. Do patients want clinicians to ask about social needs and include this information in their medical record? *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1275. doi:[10.1186/s12913-022-08652-5](https://doi.org/10.1186/s12913-022-08652-5)
17. Drake C, Lian T, Trogon JG. Evaluating the association of social needs assessment data with cardiometabolic health status in a federally qualified community health center patient population. *BMC Cardiovasc Disord*. 2021;21:351. doi:[10.1186/s12872-021-02149-5](https://doi.org/10.1186/s12872-021-02149-5)
18. Basu S, Berkowitz SA, Davis C, Drake C, Phillips RL, Landon BE. Estimated costs of intervening in health-related social needs detected in primary care. *JAMA Intern Med*. 2023;183(8):762-774. doi:[10.1001/jamainternmed.2023.1964](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.1964)
19. Tung EL, De Marchis EH, Gottlieb LM. Patient experiences with screening and assistance for social isolation in primary care settings. *J Gen Intern Med*. 2021;36(7):1951-1957. doi:[10.1007/s11606-020-06484-9](https://doi.org/10.1007/s11606-020-06484-9)
20. Wildman J, Wildman JM. Evaluation of a community health worker social prescribing program among UK patients with type 2 diabetes. *JAMA Netw Open*. 2021;4(9):e2126236. doi:[10.1001/jamanetworkopen.2021.26236](https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.26236)
21. Parry J, Vanstone M, Grignon M, Dunn JR. Primary care-based interventions to address the financial needs of patients experiencing poverty: a scoping review of the literature. *Int J Equity Health*. 2021;20:219. doi:[10.1186/s12939-021-01546-8](https://doi.org/10.1186/s12939-021-01546-8)
22. Almujadidi B, Adams A, Alquaiz A, Van Gorp G, Schuster T, Andermann A. Exploring social determinants of health in a Saudi Arabian primary health care setting: the need for a multidisciplinary approach. *Int J Equity Health*. 2022;21(1):24. doi:[10.1186/s12939-022-01627-2](https://doi.org/10.1186/s12939-022-01627-2)
23. Makivić I, Klemenc-Ketiš Z. Development and validation of the scale for measuring biopsychosocial approach of family physicians to their patients. *Fam Med Community Health*. 2022;10(2):e001407. doi:[10.1136/fmch-2021-001407](https://doi.org/10.1136/fmch-2021-001407)
24. Gossa W, Hawks MK, Lounsbury JL, Goodie JL. Social determinants of health education within family medicine clerkships: a CERA study. *Fam Med*. 2024;56(7):447-451. doi:[10.22454/FamMed.2024.868511](https://doi.org/10.22454/FamMed.2024.868511)
25. Jih J, Nguyen A, Cenzer I, Morrish J. Burden of unmet health-related social needs in an academic adult primary care practice in San Francisco California. *BMC Prim Care*. 2023;24(1):166. doi:[10.1186/s12875-023-02125-2](https://doi.org/10.1186/s12875-023-02125-2)
26. Poleshuck E, Possemato K, Johnson EM, Cohen AJ, Fogarty CT, Funderburk JS. Leveraging integrated primary care to address patients' and families' unmet social needs: aligning practice with National Academy of Sciences, Engineering and Medicine recommendations. *J Am Board Fam Med*. 2022;35(1):185-189. doi:[10.3122/jabfm.2022.01.210287](https://doi.org/10.3122/jabfm.2022.01.210287)
27. Anderst A, Hunter K, Andersen M, Walker N, Coombes J, Raman S, et al. Screening and social prescribing in healthcare and social services to address housing issues among children and families: a systematic review. *BMJ Open*. 2022;12(4):e054338. doi:[10.1136/bmjopen-2021-054338](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054338)
28. Nicholson WK, Silverstein MJ, Wong JB. Screening for food insecurity. *JAMA*. 2025;333(15):1333. doi:[10.1001/jama.2025.0879](https://doi.org/10.1001/jama.2025.0879)