



From the desk of the CEO  
Mario J. Paredes

4 de febrero de 2019

## Es indispensable enfocarse en los determinantes sociales de la salud para lograr una reforma efectiva del sistema médico

OTRO ESTUDIO ha revelado que Estados Unidos tiene un gasto per cápita considerablemente mayor que otros países desarrollados, pero ello no se refleja en un uso más eficaz de los servicios de salud en beneficio de los estadounidenses. Los resultados obtenidos por la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins revela, simplemente, que la atención a la salud es más cara en Estados Unidos.

Aquí se muestra que en 2016, el gasto per cápita por concepto de atención médica se ubicó en alrededor de \$10,000 dólares en Estados Unidos, casi un 20 por ciento más que en Suiza, país ubicado en el segundo sitio con \$8,000 dólares en promedio; pero gastamos más del doble que Canadá, el cual registró \$4,700 dólares anuales; en general, Estados Unidos gasta 145 por ciento más que los \$4,000 dólares que en promedio registran otros países desarrollados. Peor aún, el gasto per cápita anual por concepto de atención médica en Estados Unidos se duplicó entre 2000 y 2016, sin que los estadounidenses sean por ello más sanos ahora.

Robert Kaplan, director de investigaciones del Centro de Investigación de Excelencia Clínica de la Escuela de Medicina de Stanford, acaba de publicar un estupendo libro en el que pone en perspectiva la más reciente información al respecto. En *Más que medicina: la promesa incumplida de la salud en Estados Unidos* (Harvard University Press), el también ex director asociado de los Institutos Nacionales de Salud cita varios estudios que revelan, con base en varios indicadores de longevidad, que los altos costos en Estados Unidos tienen un efecto muy pobre al compararlos con las tasas de mortalidad de otros 17 países desarrollados, incluso cuando éstas registran la mortalidad antes de la edad de 50 años.

Kaplan coincide en que la atención médica en Estados Unidos es demasiado cara, considerando el precio de los medicamentos, los salarios del personal médico, los costos administrativos y el costo de los servicios médicos en general. Pero va más allá al señalar lo que a su consideración es un error fatal en el enfoque estadounidense de la atención médica: "la tendencia [...] a duplicar los costos y esfuerzos en la lucha de las enfermedades a nivel celular". Demasiado dinero, acusa, "se canaliza a la investigación biomédica", lo cual refleja la proclividad a apegarse a "una visión fundamentalmente equivocada y mecánica del ser humano".



## From the desk of the CEO Mario J. Paredes

Y prosigue: “Tendemos a empoderar un sistema basado en las intervenciones médicas y a desestimar los efectos de los factores de riesgo de tipo social y conductual”. En síntesis, el sistema de salud en Estados Unidos no atiende apropiadamente los determinantes sociales de la salud, insiste Kaplan, añadiendo: “el paradigma biomédico es bienintencionado, pero es ajeno a los tipos de intervención médica efectiva que se necesitan más urgentemente ahora”.

En un capítulo que bien podría constituir el núcleo de este libro, Kaplan analiza las distintas maneras en que los factores sociales impactan la salud de las personas. Con base en varios estudios urbanos, demuestra una “relación sistemática entre las condiciones sanitarias y sociales, como la riqueza y la pobreza”; “una correlación inequívoca entre inequidad y salud deficiente”; “a cada aumento de la inequidad le corresponde una disminución de la longevidad”. El impacto de la pobreza, señala Kaplan, es “particularmente dañina en el caso de los niños, pues las privaciones durante la infancia tienen consecuencias a lo largo de la vida”.

Ser pobre y vivir en un barrio pobre a menudo significa que los residentes deben padecer más contaminación, condiciones insalubres de vida, falta de alimentos saludables, etc. Kaplan también argumenta que “la raza se relaciona sistemáticamente con el estado de salud”, y que “las consecuencias de la discriminación racial también pueden poner a las personas en situaciones de riesgo”. En este sentido, cita la crisis del agua de Flint, Michigan, “una ciudad pobre, compuesta en su mayoría por minorías étnicas [que mostró ser] vulnerable a diversas fallas de planeación ambiental y urbana”.

Asimismo, Kaplan pone énfasis en “la estrecha relación que existe entre apoyo social y estado de salud”, para lo cual cita una investigación que muestra que “quienes estuvieron más conectados socialmente —medición basada en el número de contactos sociales reportados por los propios encuestados— tuvieron una longevidad significativamente mayor que quienes estuvieron menos conectados”. En este frente también, ser pobre y pertenecer a una minoría étnica pone a los individuos en desventaja.

Por último, Kaplan aborda el impacto de la educación, o la falta de ella, como otro importante determinante social de la salud, así como otro ámbito donde la pobreza y la raza desempeñan un rol negativo. Ahí reporta que “la diferencia en la expectativa de vida entre quienes tienen un nivel educativo menor a la preparatoria y quienes cuentan con un grado superior, es de diez a doce años” y que “garantizar que todos tengan estudios mínimos de preparatoria podría evitar unas 240,000 muertes al año”. Entre mayor sea el nivel educativo de una persona, menores serán las probabilidades de que fume, no se ejercite, consuma una dieta poco



## From the desk of the CEO Mario J. Paredes

saludable, engorde, etc. Kaplan cree que “la educación es más importante para la salud que otros efectos sociales”.

Kaplan argumenta que para contar con una “conciencia social en el enfoque” de la atención médica basta con que “los médicos y las enfermeras les hagan a sus pacientes las preguntas correctas”: preguntas que rebasen los aspectos médicos, preguntas que revelen la situación familiar, el nivel de estudios, las condiciones de vivienda, el estatus laboral y/o educativo, etc.

Kaplan señala que “aún estamos en la etapa inicial para comprender los determinantes sociales de la salud”. No bien así, los 3,000 médicos independientes de SOMOS Community Care —en su mayoría médicos primarios— que atienden a unos 600,000 usuarios del Medicaid en los barrios más vulnerables de Nueva York, han venido haciendo “las preguntas correctas” desde hace algunos años. De esta manera, y al crear un perfil integral de cada paciente, estos doctores pueden proporcionar una atención integral que incluya todos los factores —médicos, psicológicos y sociales— que impactan la salud de sus pacientes.

SOMOS es miembro del Sistema de Proveedores de Desempeño que opera bajo el esquema de la Reforma del Sistema de Entrega de Pagos e Incentivos (DSRIP, por sus siglas en inglés). Este programa experimental, administrado por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, es único en su tipo porque se basa en el modelo del Pago Basado en el Valor Real, lo cual permite proporcionar también una Atención Basada en el Valor Real; es decir, a los médicos se les remunera aquí, no conforme al número de transacciones que realizan discrecionalmente —como exámenes, análisis y consultas—, sino con base en el estado de salud de sus pacientes en el largo plazo.

Una atención superior, integral y personalizada depende en gran medida de que el médico sea capaz de establecer una relación de confianza con el paciente para, así, reivindicar al mismo tiempo el rol que alguna vez desempeñó el antiguo médico de la familia del barrio. Pero para ello es indispensable que se tomen en cuenta los determinantes sociales de la salud. SOMOS cuenta con un equipo de Trabajadores Comunitarios de la Salud que fungen como los ojos y oídos de los médicos cuando se trata de conocer mejor las circunstancias sociales de cada paciente. Un enfoque tan proactivo como éste es decisivo para poder ahorrarles a los contribuyentes del estado de Nueva York cientos de miles de millones de dólares, sobre todo al evitar por medio del programa de la DSRIP que las personas sean hospitalizadas.

De hecho, el arquitecto de la DSRIP, Jason Helgerson, ex director de Medicaid del Departamento de Salud del Estado de Nueva York (y actual asesor de SOMOS) ha puesto



**From the desk of the CEO**  
**Mario J. Paredes**

énfasis en los determinantes sociales de la salud desde el arranque mismo del programa de la DSRIP en 2015. Para Helgerson, el médico de consulta inicial está llamado a convertirse en un genuino líder comunitario, alguien que ayude a galvanizar los esfuerzos de los activistas comunitarios que se dedican a auxiliar a las personas en las diversas áreas del espectro social: empleo, educación, pobreza, asuntos judiciales, etc.

Kaplan cita estadísticas que muestran que naciones más saludables como Suecia, Bélgica, Dinamarca y Alemania, gastan mucho más en servicios sociales que en atención médica, alrededor de \$2 dólares en servicios no-médicos por cada \$1 dólar gastado en atención médica; por su parte, Estados Unidos gasta cerca de \$0.55 en servicios sociales por cada \$1 gastado en atención médica. El profesor Kaplan afirma que los políticos y gobernantes deberían pensar seriamente en la necesidad de expandir los servicios sociales, “incluso si ello implicara reasignar recursos destinados originalmente a la atención médica”.

En virtud de la creciente evidencia de que los factores sociales pueden impactar la salud física y mental, tanto positiva como negativamente, los colegas del profesor Kaplan en SOMOS Community Care no podemos más que estar de acuerdo.