

6 de enero de 2020

Debe extenderse el programa que ha venido transformando la atención médica para los marginados

UNA AMPLIA COALICIÓN de entidades médicas que atienden a los marginados del estado de Nueva York, incluyendo al propio Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYSDOH), presentaron una solicitud urgente ante el Gobierno federal para que extienda el programa experimental del Medicaid que ha venido transformando en estos últimos cuatro años la atención médica brindada a los neoyorquinos más vulnerables. Ahora depende de los Centros para los Servicios del Medicare y Medicaid (CMS) la autorización de prolongar otros cuatro años el programa de la Reforma del Sistema de Entrega de Pagos e Incentivos (DSRIP).

Es de vital importancia que la DSRIP sea renovada para asegurar la consolidación de las bases que permitan mejorar definitivamente la calidad de los servicios médicos que se presentan a los beneficiarios del Medicaid.

Dejando a un lado la jerga técnica, la DSRIP representa un modelo de prestación de servicios médicos que remunera a los médicos con base en la salud y el bienestar de los pacientes en el largo plazo. A esta fórmula se le llama *Pago Basado en el Valor Real (VBP)* o *Pago por prestaciones*. Entre mayor sea la mejoría y el bienestar del paciente, mayor será la remuneración del proveedor de sus servicios médicos. En claro contraste con el modelo tradicional de pago-por-servicio del Medicaid, los médicos adscritos a la DSRIP reciben incentivos para que proporcionen una mejor atención a sus pacientes. Y la presencia de pacientes más sanos se traduce en hospitalizaciones menos costosas.

El programa, cuyas operaciones arrancaron el 1 de abril de 2014, se propuso reducir en 25 por ciento las hospitalizaciones innecesarias en sus primeros cinco años, con el objetivo de ahorrar alrededor de \$12 mil millones de dólares a los contribuyentes del estado de Nueva York. De no renovarse el programa, la DSRIP está programada para finalizar sus operaciones el 31 de marzo de 2020.

La DSRIP creó el Sistema de Proveedores de Prestaciones (PPS) con la participación de 25 miembros autorizados, quienes recibieron la encomienda de ejecutar una estrategia capaz de proporcionar a los beneficiarios del Medicaid una atención médica integral, holística y preventiva. El NYSDOH acaba de informar que, en los pasados cuatro años, 11 miembros del PPS lograron reducir las admisiones potencialmente prevenibles (PPA) y las readmisiones potencialmente prevenibles (PPR) en más de 25 por ciento; cinco de ellos lograron una reducción de las PPA en 38 por ciento. SOMOS Community Care —el único miembro del PPS dirigido sólo por médicos, mientras que los demás son corporaciones hospitalarias— alcanzó una reducción de las PPA de 20.4 por ciento y una reducción de las PPR de 25.7 por ciento. En conjunto, esto representó un ahorro de \$300 millones de dólares. Las cifras revelan sólo una parte de la historia que ha hecho de la DSRIP —el nuevo rostro del Medicaid— un programa único. La extensión de cuatro años de la DSRIP —la DSRIP

2.0— entraña la promesa de impactar el futuro de la reforma del Medicaid a nivel nacional. Las lecciones que hasta ahora nos ha dado el programa son inmensamente valiosas. En su núcleo se halla la fórmula del VBP, la cual insiste en que deben considerarse las necesidades del paciente como un ser humano indivisible, es decir, que además de los aspectos médicos, deben tomarse en cuenta los factores psicológicos y sociales.

Guiada por una innovadora e integral perspectiva de la salud y el bienestar en general, la DSRIP humaniza la atención médica al tiempo que genera ahorros significativos. La DSRIP 2.0 ayudará a hacer permanentes los beneficios que han demostrado ya que se trata de un programa eminentemente asequible para proporcionarles una atención médica superior a los pacientes más vulnerables. La atención médica de calidad no debe ser accesible solamente para los miembros más afortunados de la sociedad. La DSRIP 2.0 traería consigo una muy necesaria reformulación del Medicaid tal como lo conocemos ahora.

Es urgente la necesidad de efectuar un gasto más inteligente dentro del sistema público de salud. La DSRIP ha arrojado evidencias sólidas en el sentido de que hay muchos caminos no-médicos para lograr una mejoría en la salud. Lo que constituye el estar verdaderamente bien va mucho más allá del ámbito de las recetas, los procedimientos y seguros médicos, por muy importantes que sean. En la actualidad, el Instituto Nacional de la Salud gasta sólo el 3 por ciento de su presupuesto en la investigación del impacto de los factores psicológicos y sociales sobre la salud y el bienestar general de una persona. Evidentemente, debe corregirse el rumbo toda vez que el 50 por ciento de las muertes prematuras en Estados Unidos están relacionadas precisamente con factores no-médicos.

Tomar en consideración los Determinantes Sociales de la Salud (SDH) es una parte crucial de los planes del NYSDOH para la DSRIP 2.0. Esto implica el desarrollo y fortalecimiento de una red de organizaciones comunitarias abocadas a la atención de factores sociales, psicológicos y culturales que impactan la salud de las personas. Entre los SDH, deben incluirse las condiciones tóxicas de vivienda, la falta de acceso a alimentos frescos y saludables, la falta de transporte público, las barreras culturales y la violencia intrafamiliar.

Desde la perspectiva de Jason Helgerson —exdirector del Medicaid del estado de Nueva York y pieza fundamental en el desarrollo de la DSRIP—, el proveedor de servicios médicos debe trabajar en conjunto con organizaciones comunitarias en el objetivo de atender las necesidades generales de los pacientes. En este escenario, el médico se convierte en un líder comunitario capaz de incluir a diversos expertos en temas sociales para mejorar al bienestar general de los pacientes.

Para SOMOS, este enriquecimiento de la atención médica brindada a los pacientes marginados se halla en el vínculo establecido entre el médico y el paciente. Es una relación fundada en la confianza mutua. Para los pacientes, es evidente que su médico realmente se preocupa por ellos y es consciente de todas sus diversas necesidades, médicas y de otro tipo. Al servicio principalmente de pacientes de origen afroamericano, chino y latino de la Ciudad de Nueva York, los más de 2,500 médicos de la red de SOMOS —en su mayoría médicos primarios— viven y trabajan en las mismas comunidades de sus pacientes. En la mayoría de los casos, estos médicos comparten los mismos orígenes culturales y étnicos de las personas

que están bajo su cuidado. La competencia cultural es el ingrediente fundamental de la DSRIP.

Los Trabajadores Comunitarios de la Salud de SOMOS —quienes realizan visitas domiciliarias a los pacientes para conocer sus condiciones domésticas y para enviarles recordatorios de sus citas médicas— funcionan como los ojos y oídos de los médicos. Los equipos de transformación de consultorios de SOMOS, por su parte, ayudan a capacitar y equipar a los médicos y a su personal para que dichos consultorios se conviertan en Hogares Médicos Centrados en el Paciente, es decir, en puntos de acceso a servicios médicos integrales y cuidadosamente coordinados, donde los pacientes puedan obtener la atención de calidad que precisan.

En contraste, el modelo tradicional del Medicaid deja muy poco espacio para el desarrollo de una genuina relación paciente-médico, y no cuenta con mecanismos eficaces para integrar y coordinar los diversos tratamientos, análisis y consultas de manera que el paciente pueda comprenderlos fácilmente. Además, la atención tradicional que brinda el Medicaid ignora ampliamente el efecto de los factores sociales sobre la salud física y mental de los pacientes. El fundador y presidente de la Junta Directiva de SOMOS, el Dr. Ramón Tallaj, confía en que el futuro de sistema público de salud dirigido a los pacientes más pobres de la ciudad será propulsado mediante el modelo de médicos primarios de vecindario. Gracias al trabajo realizado bajo el programa de la DSRIP, SOMOS ha venido reivindicando el rol de los médicos primarios como los doctores de cabecera de antaño, y también, como confiables líderes comunitarios. En una carta enviada al NYSDOH para apoyar la renovación de la DSRIP, el Dr. Tallaj afirmó que “la relación entre el médico familiar y el pacientes es la herramienta de infraestructura más poderosa con que contamos para alcanzar el objetivo superior del programa de la DSRIP: reducir el costo y la frecuencia de las hospitalizaciones”. La DSRIP 2.0 facilitará el establecimiento masivo de médicos y organizaciones de atención médica administrada, dispuestos y capaces todos ellos de apegarse a la fórmula del Pago Basado en el Valor Real. Un período adicional de cuatro años ayudará a garantizar que las lecciones y los logros de la DSRIP ayuden a divulgar la reforma del sistema público de salud. El sentido común sugeriría que un programa que ha servido para mejorar la atención médica brindada a los marginados y, a la vez, generar enormes ahorros, debiera ser aprobado para un segundo capítulo.