



AMA Journal of Ethics®

Septiembre de 2025, volumen 27, número 9: E634-641

CASO Y COMENTARIO: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Cómo deberían los equipos médicos integrar los hallazgos de los tamizajes de necesidades sociales en los planes de atención infantil?

Stephanie G. Menko, MD, Michael J. Luke, MD, y Aditi Vasan, MD, MSHP

Resumen

Las necesidades sociales y estructurales no satisfechas afectan negativamente los resultados en salud infantil. Incluso en los sistemas pediátricos de salud de Estados Unidos que han implementado programas de tamizaje de necesidades sociales, existe poca orientación sobre las prácticas recomendadas que deberían seguir los equipos médicos para responder a estas necesidades no atendidas. En este comentario sobre un caso, se analizan principios éticos y perspectivas de los cuidadores que pueden guiar las prácticas recomendadas para el tamizaje y la derivación a recursos.

La American Medical Association designa esta actividad de educación médica continua (CME, por sus siglas en inglés) basada en revista para un máximo de 1 crédito AMA PRA Category 1 Credit™ disponible a través de AMA Ed Hub™. Los médicos solo deben reclamar el crédito correspondiente a su grado de participación en la actividad.

Caso

La Dra. K es una médica hospitalaria pediátrica que atiende a DD, un niño asegurado por Medicaid que ha sido ingresado al servicio de pediatría general hospitalaria debido a una exacerbación aguda de asma. La madre de DD completa un cuestionario validado de tamizaje de necesidades sociales en formato digital durante la hospitalización de su hijo. El formulario de tamizaje incluye preguntas como: “¿Siempre tiene suficiente comida para su familia?” y “¿Cree que corre riesgo de quedarse sin vivienda?”. La madre de DD manifiesta preocupaciones relacionadas con la alimentación y la vivienda. La Dra. K contacta a una colega del área de trabajo social, SW, quien se reúne con la familia de DD para conversar sobre los recursos de alimentación y vivienda. Como parte de su evaluación de seguimiento, SW se entera de que la familia de DD está preocupada porque podría tener que abandonar su vivienda actual debido a factores ambientales que agravan los síntomas asmáticos de DD, como la exposición al moho. SW y la Dra. K documentan los hallazgos clave en la historia clínica de DD, indicando que estas preocupaciones requerirán seguimiento.^{1,2}

SW le pregunta a la Dra. K: “¿Cómo debería nuestro equipo hacer seguimiento con la familia de DD respecto a sus preocupaciones?”. La Dra. K reflexiona sobre cómo

responder y cómo documentar el progreso hacia los objetivos a corto y largo plazo del plan de atención de DD.

Comentario

Las necesidades sociales o estructurales relacionadas con la salud (HRSN, por sus siglas en inglés) son factores sociales y económicos en el ámbito del hogar que afectan la salud, como la inseguridad alimentaria, las condiciones de vivienda inseguras o inestables y la dificultad para pagar los servicios públicos. Las HRSN pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de los niños.¹ Por esta razón, se utilizan programas de tamizaje de HRSN y de derivación a recursos para ayudar a identificar y abordar estas necesidades, aumentando así el acceso a recursos y mejorando los resultados en salud de niños como DD.³

Aunque la evidencia sobre los beneficios para la salud del tamizaje de necesidades sociales aún está en desarrollo, los **Centros de Servicios de Medicare y Medicaid** (CMS, por sus siglas en inglés), la Joint Commission y varias organizaciones estatales de Medicaid de atención administrada han emitido recientemente mandatos o incentivos que promueven el tamizaje, lo que ha dado lugar a su implementación generalizada en los sistemas de salud del país.^{4,5,6} En particular, los CMS han incentivado el tamizaje de necesidades sociales al cubrir algunas intervenciones relacionadas con las HRSN.⁷ Sin embargo, estas organizaciones han ofrecido orientación limitada sobre cómo los sistemas de salud deberían abordar las necesidades de las familias y adaptar la atención en función de los resultados del tamizaje.⁶

Al decidir si se debe realizar (cuando no sea obligatorio), en qué momento y cómo llevar a cabo éticamente el tamizaje de HRSN, los sistemas de salud deberían considerar cómo maximizar los beneficios potenciales y mitigar los posibles perjuicios para los pacientes, sus familias y los integrantes de los equipos médicos.

Prácticas recomendadas para responder a los resultados del tamizaje

En estudios cualitativos, los cuidadores de pacientes pediátricos han expresado preocupación por la sensibilidad de las preguntas formuladas durante el tamizaje de HRSN, el potencial de sesgos y discriminación y el riesgo de intervención por parte de los servicios de protección infantil (CPS, por sus siglas en inglés) debido a la exposición de las necesidades.^{8,9,10} Los padres solicitaron que los sistemas de salud expliquen que el tamizaje de HRSN forma parte del estándar de atención para todas las familias, que brinden transparencia sobre la documentación de necesidades sociales en la historia clínica electrónica (EHR, por sus siglas en inglés), y que disipen sus temores respecto a posibles derivaciones a CPS, enfatizando que el objetivo principal del tamizaje es proporcionar recursos a las familias y adaptar su atención según sus necesidades.^{8,9,10}

Los sistemas de salud que implementan tamizajes podrían considerar en primer lugar si realizar un tamizaje universal (como exigen los CMS para adultos en entornos hospitalarios¹¹) o dirigirlo únicamente a personas cuyo riesgo de presentar HRSN se considera mayor. Aunque la Joint Commission permite que los hospitales seleccionen una muestra representativa de pacientes para tamizaje,^{5,12} creemos que el tamizaje universal es el enfoque más ético y equitativo, en consonancia con las recomendaciones de los CMS y la American Academy of Pediatrics.^{7,13} Dirigir el tamizaje de HRSN en función de características demográficas o clínicas de los pacientes podría aumentar el estigma asociado al tamizaje y excluir inadvertidamente a familias que podrían beneficiarse del apoyo.¹⁴

Al implementar el tamizaje, los sistemas de salud también deben reconocer que no todas las familias que manifiestan necesidades desean recibir asistencia. Una herramienta de tamizaje de uso común, WE CARE, busca priorizar la autonomía al preguntar a los cuidadores si desean ayuda con cada una de las necesidades identificadas, lo que les brinda así la posibilidad de decidir si quieren recibir apoyo.^{15,16}

Algunos padres que experimentan necesidades sociales han manifestado preocupación por una “doble pérdida”, que se describe como revelar sus HRSN y expresar el deseo de recibir ayuda sin obtener un apoyo significativo.¹⁷ Por lo tanto, los sistemas de salud que implementan tamizaje de HRSN deberían trabajar para garantizar que tienen la capacidad de conectar a las familias con recursos adecuados a sus necesidades.¹⁸ Brindar este apoyo requiere del conocimiento y la experiencia de un equipo interdisciplinario que incluya médicos, enfermeros, trabajadores sociales, promotores de salud comunitarios y organizaciones comunitarias, con el fin de desarrollar una estrategia para conectar a las familias con recursos y adaptar los planes de atención a sus necesidades. Por ejemplo, si una familia tiene dificultades para pagar los servicios públicos, su promotor de salud comunitario podría derivarlos al Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, su trabajador social podría redactar una carta dirigida a la empresa de servicios solicitando una exención médica para evitar la suspensión del servicio y su médico podría modificar el plan de atención para minimizar la dependencia de equipos médicos, especialmente si existe riesgo de corte del suministro. Es importante destacar que, cuando los equipos médicos hacen derivaciones, no pueden predecir qué tipo de apoyo recibirán las familias. Las organizaciones comunitarias pueden determinar que una familia no es elegible para el apoyo o que el apoyo ofrecido no responde a sus necesidades. Por ello, los sistemas de salud que implementen tamizaje de HRSN deben ser transparentes sobre las limitaciones de estos recursos y evitar generar expectativas exageradas. Por ejemplo, las instrucciones para el tamizaje de HRSN, que normalmente se leen a los tutores de los pacientes o se les entregan por escrito, deberían indicar explícitamente que es posible que los sistemas de salud no puedan brindar apoyo para todas las necesidades de las familias.

Independientemente de los recursos concretos que se puedan ofrecer, los equipos médicos también pueden trabajar con las familias para adaptar sus planes de atención de acuerdo con sus necesidades sociales.^{3,19} En el caso de DD, SW realizó una evaluación exhaustiva tras el resultado positivo en el tamizaje de HRSN y detectó la exposición al moho como posible factor que contribuye al asma no controlada de DD. En respuesta, la Dra. K podría considerar la incorporación de corticosteroides nasales o antihistamínicos en el plan de atención para el asma de DD, lo que podría reducir algunos de los riesgos asociados con esta exposición ambiental. La Dra. K y su equipo también podrían compartir información sobre programas comunitarios de educación en asma y recursos para la rehabilitación del hogar que podrían beneficiar a DD, algunos de los cuales han demostrado mejorar la morbilidad del asma y reducir las tasas de rehospitalización.^{20,21,22,23}

Como otro ejemplo, si los familiares de DD manifestaran dificultades para costear el transporte a las citas médicas, el equipo de la Dra. K podría coordinar las consultas de atención primaria y neumología para que se realicen en una misma tarde, lo que reduciría la necesidad de múltiples desplazamientos. Brindar atención adaptada a las necesidades de las familias podría mejorar la relación entre pacientes y médicos,

desestigmatizar las conversaciones sobre necesidades sociales y, en última instancia, facilitar el acceso a la atención y mejorar los resultados en salud.

Brindar apoyo a corto y largo plazo

Muchas necesidades sociales, como las preocupaciones de vivienda de la familia de DD, no pueden resolverse de forma realista con una sola conversación o derivación; son necesidades complejas y multifacéticas que, por lo tanto, pueden requerir seguimiento longitudinal.²⁴ La respuesta a las necesidades sociales, especialmente aquellas identificadas durante la hospitalización, puede abordarse mediante estrategias a corto y a largo plazo que busquen maximizar los beneficios para pacientes y familias.

A corto plazo, los médicos hospitalarios deberían utilizar la información sobre las HRSN de los pacientes para trabajar junto con las familias en la elaboración de planes de alta que sean seguros. Las herramientas de tamizaje como WE CARE pueden resultar especialmente útiles en la planificación del alta, ya que incluyen preguntas sobre la urgencia de las necesidades familiares.^{15,16} Si se identifican necesidades urgentes durante la hospitalización, los miembros del equipo de atención deberían dar prioridad a conectar a las familias con los recursos necesarios antes del alta, con el fin de garantizar una salida segura y reducir el riesgo de reingreso relacionado con las HRSN. En el caso de necesidades no urgentes, se puede establecer contacto con los recursos disponibles antes del alta o poco después.

A largo plazo, puede ser necesario mantener una colaboración continua entre los médicos hospitalarios, las familias, las organizaciones comunitarias y los médicos de atención primaria (PCP, por sus siglas en inglés) para abordar las necesidades sociales. En nuestro sistema de salud, las familias que manifiestan necesidades sociales durante una hospitalización reciben una llamada de seguimiento por parte de un promotor de salud comunitario entre 2 y 4 semanas después del alta, con el fin de ofrecer apoyo continuo y resolver dificultades relacionadas con el acceso a los recursos.

Dado que los equipos de atención hospitalaria pueden no estar en condiciones de realizar un seguimiento a largo plazo de las necesidades sociales no satisfechas, los médicos hospitalarios también deberían conversar con las familias para saber si desean recibir apoyo continuo por parte de su equipo de atención ambulatoria. Si las familias solicitan ese apoyo adicional, los equipos hospitalarios podrían contactar al PCP del paciente antes del alta y proporcionarle información sobre las necesidades sociales detectadas, los recursos ofrecidos y los posibles obstáculos que hayan enfrentado las familias al intentar acceder a dichos recursos.

Es importante reconocer que las clínicas de atención primaria pueden diferir notablemente en su capacidad para apoyar a las familias con necesidades sociales, ya que cuentan con distintos niveles de apoyo por parte de trabajadores sociales, promotores comunitarios y otros integrantes del personal que podrían colaborar en la atención de dichas necesidades. Los equipos hospitalarios deberían procurar una comunicación abierta con los PCP sobre las necesidades persistentes, pero también deben ser conscientes de esas limitaciones. Además, deberían comenzar a abordar cualquier necesidad aguda durante la hospitalización y establecer expectativas realistas para las familias en cuanto a la disponibilidad de recursos en el entorno ambulatorio.

Una EHR puede ser una herramienta útil para compartir información sobre las HRSN de las familias entre distintos niveles de atención, lo que facilita un acompañamiento

longitudinal. Sin embargo, los estudios han demostrado que las familias valoran la autonomía y la transparencia al decidir cómo se comparte esta información sensible.^{8,9} Por lo tanto, los sistemas de salud que integran el tamizaje de necesidades sociales en la EHR deberían informar a las familias si se documentará esta información y de qué manera será compartida. Las familias deberían tener la opción de no participar en el tamizaje si prefieren que sus necesidades no queden registradas ni sean compartidas con otros profesionales, y aun si optan por no participar, deberían poder solicitar recursos y apoyo confidenciales.

¿Quién debería ser responsable de atender las necesidades sociales?

Es importante señalar que la implementación del tamizaje de HRSN puede agravar la sensación de agotamiento y el daño moral entre médicos, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de atención, especialmente si sienten que no cuentan con el tiempo ni los recursos necesarios para responder adecuadamente a las necesidades de las familias, mientras atienden muchas otras prioridades concurrentes. Quienes financian los servicios y los responsables de formular políticas que incentivan el tamizaje de HRSN deberían, idealmente, ofrecer también apoyo financiero sostenible para el personal interdisciplinario necesario para responder a los resultados positivos, incluidos trabajadores sociales, promotores de salud comunitarios y alianzas entre hospitales y organizaciones comunitarias.⁶ Incentivar u ordenar el tamizaje de HRSN sin brindar apoyo a los sistemas de salud para responder a los resultados positivos puede ser una medida poco ética, ya que podría ocasionar más perjuicios que beneficios para los pacientes, las familias y los equipos de atención médica.

Los sistemas de salud deberían considerar invertir en modelos escalonados de atención de las HRSN, en los que los trabajadores sociales se encarguen de las necesidades de mayor gravedad, como la falta aguda de vivienda; otros integrantes del personal, como los promotores de salud comunitarios, se ocupen de las necesidades de menor gravedad, como la inseguridad alimentaria; y los médicos sean responsables de adaptar la atención médica de los pacientes en función de las necesidades sociales de sus familias. Formar parte de un equipo interdisciplinario con recursos suficientes para atender eficazmente las HRSN de las familias podría contribuir a reducir el agotamiento y el daño moral, si los médicos y trabajadores sociales sienten que cuentan con las herramientas necesarias para garantizar que se atiendan adecuadamente las necesidades de sus pacientes y sus familias.

Además, la **responsabilidad de atender las HRSN** no debería recaer únicamente en los sistemas de salud y los médicos. Si bien los sistemas de salud pueden brindar apoyo a pacientes y familias que enfrentan inseguridad alimentaria o inestabilidad habitacional, las comunidades y los gobiernos locales, estatales y federales deberían asumir de manera colectiva la responsabilidad de atender estas necesidades a nivel poblacional. Los sistemas de salud podrían contribuir a este esfuerzo invirtiendo sus fondos de beneficio comunitario en organizaciones locales centradas en abordar las HRSN y aprovechando su posición como instituciones ancla para abogar por programas y políticas gubernamentales que **reduzcan las desigualdades** en el acceso a los recursos y ofrezcan apoyo económico a niños y familias que viven en situación de pobreza.

Conclusión

Los programas de tamizaje de HRSN y de derivación a recursos tienen el potencial de mejorar la atención centrada en la familia, fortalecer las relaciones, generar confianza entre las familias y los médicos y mejorar los resultados en salud de los pacientes

pediátricos. Sin embargo, estos beneficios dependen de que el tamizaje y el apoyo se brinden mediante un enfoque ético, basado en el trabajo en equipo, que maximice los beneficios, minimice los daños a las familias, priorice la autonomía y preserve la confianza en el sistema de salud. Los médicos pueden alcanzar estos objetivos al colaborar con un equipo interdisciplinario para brindar apoyo a las familias, incorporar de forma reflexiva la información sobre necesidades sociales en los planes de atención médica y mantener los principios de atención centrada en la familia durante todo el proceso de tamizaje y apoyo frente a las necesidades sociales.

References

1. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep.* 2014;129(suppl 2):19-31.
2. Artiga S, Hinton E. Beyond health care: the role of social determinants in promoting health and health equity. KFF. May 10, 2018. Accessed February 20, 2025. <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/issue-brief/beyond-health-care-the-role-of-social-determinants-in-promoting-health-and-health-equity/>
3. Gottlieb LM, Hessler D, Wing H, Gonzalez-Rocha A, Cartier Y, Fichtenberg C. Revising the logic model behind health care's social care investments. *Milbank Q.* 2024;102(2):325-335.
4. CMS issues new roadmap for states to address the social determinants of health to improve outcomes, lower costs, support state value-based care strategies. News release. Centers for Medicare and Medicaid Services; January 7, 2021. Accessed February 21, 2025. <https://www.cms.gov/newsroom/press-releases/cms-issues-new-roadmap-states-address-social-determinants-health-improve-outcomes-lower-costs>
5. Assess health-related social needs. The Joint Commission. Accessed August 11, 2025. <https://www.jointcommission.org/en-us/knowledge-library/excellent-health-outcomes-for-all/accreditation-resource-center/assess-health-related-social-needs>
6. Bouchelle Z, Vasan A, Cholera R. Mandates and incentives to support social needs screening—challenges and opportunities. *JAMA Pediatr.* 2024;178(2):105-106.
7. Medicaid.gov. Coverage of health-related social needs services in Medicaid and the Children's Health Insurance Program (CHIP). Medicaid.gov; 2023. Accessed June 4, 2025. <https://www.medicaid.gov/health-related-social-needs/downloads/hrsn-coverage-table.pdf>
8. Bouchelle Z, Menko SG, Yazdani M, et al. Parent perspectives on documentation and sharing of health-related social needs data. *Hosp Pediatr.* 2024;14(4):308-316.
9. LeLaurin JH, De La Cruz J, Theis RP, et al. Parent perspectives on electronic health record-based social needs screening and documentation: a qualitative study. *Acad Pediatr.* 2023;23(7):1446-1453.
10. Spain AK, Monahan EK, Alvarez K, Finno-Velasquez M. Latinx family perspectives on social needs screening and referral during well-child visits. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 2021;46(3):143-149.
11. American Medical Association. Quality ID #487: screening for social drivers of health. Version 7.0. American Medical Association; 2022. Accessed April 10, 2025. https://qpp.cms.gov/docs/QPP_quality_measure_specifications/CQM-Measures/2023_Measure_487_MIPSCQM.pdf

12. The Joint Commission. R³ report: requirement, rationale, reference. The Joint Commission; 2022.
13. Gitterman BA, Flanagan PJ, Cotton WH, et al; Council on Community Pediatrics. Poverty and child health in the United States. *Pediatrics*. 2016;137(4):e20160339.
14. Trochez RJ, Sharma S, Stolldorf DP, et al. Screening health-related social needs in hospitals: a systematic review of health care professional and patient perspectives. *Popul Health Manag*. 2023;26(3):157-167.
15. Garg A, Butz AM, Dworkin PH, Lewis RA, Thompson RE, Serwint JR. Improving the management of family psychosocial problems at low-income children's well-child care visits: the WE CARE Project. *Pediatrics*. 2007;120(3):547-558.
16. Garg A, Toy S, Tripodis Y, Silverstein M, Freeman E. Addressing social determinants of health at well child care visits: a cluster RCT. *Pediatrics*. 2015;135(2):e296-e304.
17. Schleifer D, Diep A, Grisham K. It's about trust: parents' perspectives on pediatricians screening for social needs. United Hospital Fund. June 24, 2019. Accessed July 3, 2023. <https://uhfnyc.org/publications/publication/its-about-trust-SDH/>
18. Garg A, Boynton-Jarrett R, Dworkin PH. Avoiding the unintended consequences of screening for social determinants of health. *JAMA*. 2016;316(8):813-814.
19. Byhoff E, Gottlieb LM. When there is value in asking: an argument for social risk screening in clinical practice. *Ann Intern Med*. 2022;175(8):1181-1182.
20. Woods ER, Bhaumik U, Sommer SJ, et al. Community asthma initiative: evaluation of a quality improvement program for comprehensive asthma care. *Pediatrics*. 2012;129(3):465-472.
21. Kercksmar CM, Beck AF, Sauers-Ford H, et al. Association of an asthma improvement collaborative with health care utilization in Medicaid-insured pediatric patients in an urban community. *JAMA Pediatr*. 2017;171(11):1072-1080.
22. Kenyon CC, Strane D, Floyd GC, et al; Children's Hospital of Philadelphia's Asthma Population Health Workgroup. An asthma population health improvement initiative for children with frequent hospitalizations. *Pediatrics*. 2020;146(5):e20193108.
23. Strane D, Flaherty C, Kellom K, Kenyon CC, Bryant-Stephens T. A health system-initiated intervention to remediate homes of children with asthma. *Pediatrics*. 2023;151(5):e2022058351.
24. Vasan A, Darko O, Fortin K, Scribano PV, Kenyon CC. Community resource connection for pediatric caregivers with unmet social needs: a qualitative study. *Acad Pediatr*. 2022;22(3):461-469.

Stephanie G. Menko, MD es profesora asistente clínica de pediatría en la University of Pennsylvania Perelman School of Medicine y médica hospitalaria pediátrica en el Children's Hospital of Philadelphia. Tiene experiencia en la promoción de la equidad en salud mediante iniciativas de mejora de la calidad. Su trabajo actual se centra en la implementación equitativa del tamizaje y el apoyo frente a necesidades sociales en entornos pediátricos hospitalarios, así como en mejorar la atención y comunicación equitativa para familias que hablan idiomas distintos del inglés.

Michael J. Luke, MD es médico en formación en medicina hospitalaria pediátrica en el Children's Hospital of Philadelphia y becario posdoctoral en el programa de Maestría en Ciencias en Investigación en Políticas de Salud de la University of Pennsylvania. Le

interesa aprovechar los sistemas de salud para mejorar la infraestructura socioeconómica de las comunidades circundantes mediante apoyo social, cambios de política e inversión comunitaria. Su investigación reciente se ha centrado en implementar y evaluar métodos para atender las necesidades sociales de las familias hospitalizadas.

Aditi Vasan, MD, MSHP es profesora asistente de pediatría en la University of Pennsylvania Perelman School of Medicine y médica hospitalaria pediátrica en el Children's Hospital of Philadelphia. La investigación de la Dra. Vasan se enfoca en implementar intervenciones sociales desde el sistema de salud, ampliar el acceso a programas gubernamentales de beneficios y evaluar el impacto de las políticas económicas en la salud y el bienestar infantil.

Editor's Note

The case to which this commentary is a response was developed by the editorial staff.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(9):E634-641.

DOI

10.1001/amajethics.2025.634.

Acknowledgements

Dr Luke's contribution to this manuscript was funded by grant T32HD060550 from the National Institute of Child Health and Development. Dr Vasan's contribution to this manuscript was funded by grant K08HS029396 from the Agency for Healthcare Research and Quality.

Conflict of Interest Disclosure

Contributors disclosed no conflicts of interest relevant to the content.

The people and events in this case are fictional. Resemblance to real events or to names of people, living or dead, is entirely coincidental. The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.