

FORO DE POLÍTICAS: ARTÍCULO CON REVISIÓN INTER PARES

¿Qué se requeriría del tamizaje y seguimiento de los determinantes estructurales de la salud para mejorar la equidad en salud infantil?

Brigid Garrity, DO, MS, MPH, Danielle Cullen, MD, MPH, MSHP y Haeyeon Hong, MD, MPH

Resumen

Cada vez hay más evidencia sobre cómo abordar los determinantes estructurales adversos de la salud (aSDoH, por sus siglas en inglés) puede mejorar la salud general de los niños, reforzando así el rol de los pediatras en la promoción de la equidad en salud desde las primeras etapas de la vida. Sin embargo, aún no está clara cuál es la mejor estrategia para el tamizaje y la intervención relacionadas con los aSDoH. En este artículo, se examinan las barreras para lograr un tamizaje, derivación e intervención equitativos en relación con los aSDoH, y se cuestiona la necesidad de validar las herramientas de tamizaje cuando el objetivo principal es conectar a las familias con los recursos necesarios. También se analiza la participación de los cuidadores, las consideraciones clave en torno a la documentación de los resultados y la necesidad de contar con herramientas de tamizaje multilingües.

Herramientas de tamizaje

Los determinantes estructurales de la salud (SDoH, por sus siglas en inglés), anteriormente denominados determinantes sociales de la salud, se definen como factores a nivel comunitario que influyen en la salud. Numerosas herramientas pediátricas de tamizaje ayudan a los profesionales clínicos a identificar y evaluar los determinantes estructurales adversos de la salud (aSDoH) en una amplia variedad de ámbitos.^{1,2} La mayoría de los hospitales adapta herramientas de tamizaje ya existentes, pero algunos desarrollan las propias, lo que genera variabilidad en el tamizaje entre los distintos entornos de atención de la salud. Esta variabilidad constituye una barrera para la equidad en salud infantil y para la investigación sobre los aSDoH. Además, complica la recolección de datos, la toma de decisiones sobre asignación de recursos y la focalización de intervenciones.³

Cabe destacar que, si bien muchas herramientas pediátricas de tamizaje de aSDoH son pertinentes para las poblaciones a las que van dirigidas, la mayoría no ha sido sometida a pruebas psicométricas.^{1,4} Actualmente, solo dos herramientas pediátricas de tamizaje de aSDoH han sido sometidas a dichas pruebas: *Well Childcare Visit, Evaluation, Community Resources, Advocacy, Referral, Education* (WE CARE) y *Safe Environment for Every Kid Parent Screening Questionnaire* (SEEK-PSQ), ambas validadas en entornos ambulatorios.¹ Aunque estas herramientas de tamizaje han demostrado confiabilidad y validez, su implementación y efectividad siguen siendo variables, especialmente en cuanto a su capacidad para impulsar intervenciones que conduzcan a mejores resultados en salud.

Además, dado que SEEK y WE CARE se han utilizado principalmente en entornos ambulatorios y de atención primaria, su validez y aplicabilidad en entornos hospitalarios sigue siendo incierta. Aunque el tamizaje pediátrico de aSDoH en el entorno hospitalario puede parecerse al del entorno ambulatorio, podrían pasarse por alto matices importantes propios de la población hospitalizada.

Aunque garantizar la consistencia de los datos y la precisión de las pruebas mediante evaluaciones de confiabilidad y validez puede ser importante, cada vez más literatura reciente sugiere que el tamizaje de aSDoH debería priorizar la orientación de la toma de decisiones clínicas, más que servir como herramienta para evaluar el problema y recopilar datos.⁵ La validez de una herramienta de tamizaje depende de su sensibilidad y especificidad; sin embargo, incluso una herramienta de tamizaje de SDoH validada podría arrojar tasas elevadas de falsos positivos o falsos negativos. Por ejemplo, una herramienta de tamizaje podría confundir los riesgos sociales —“condiciones sociales adversas asociadas con una mala salud”— con las necesidades sociales, es decir, las prioridades de ayuda que una persona identifica por sí misma.⁶ No diferenciar entre ambos aspectos en los datos del tamizaje y en los protocolos de validación podría oscurecer si las intervenciones deben enfocarse en riesgos sistémicos más amplios o en necesidades individuales, lo que dificultaría la comprensión de lo que realmente necesitan los pacientes. Esta posible confusión se ve agravada por el hecho de que los aSDoH están profundamente entrelazados con estructuras sociales complejas, influencias culturales e historias familiares. A diferencia de las condiciones médicas tradicionales con marcadores diagnósticos claros, las necesidades sociales se manifiestan en un espectro y están influenciadas por factores dinámicos, con frecuencia subjetivos.

Este desafío puede dar lugar a una asignación inadecuada de recursos: por ejemplo, desarrollar infraestructura de apoyo en zonas donde no es prioritaria, mientras se desatiende a familias que requieren una intervención urgente. Dado que los recursos son limitados, las herramientas de tamizaje deben utilizarse teniendo en cuenta la complejidad de las necesidades sociales, para evitar crear o agravar inadvertidamente brechas en la atención. El US Preventive Services Task Force emitió recientemente una declaración en la que concluye que no hay suficiente evidencia para evaluar los beneficios y perjuicios del tamizaje de inseguridad alimentaria, y que un enfoque centrado en la familia, sin una herramienta de tamizaje, podría resultar beneficioso.⁷

Tamizaje centrado en la familia

Cambiar el enfoque de la recolección de datos validados del tamizaje hacia un abordaje centrado en la familia para tratar los aSDoH, con un fuerte énfasis en los apoyos deseados, es un concepto en evolución. Establecer una relación de confianza y centrarse en lo que pacientes y familias realmente necesitan puede facilitar conexiones significativas con servicios esenciales, sin necesidad de un tamizaje formal, y al mismo tiempo reducir la ansiedad de los cuidadores respecto al proceso de tamizaje. Varios errores comunes en el tamizaje de aSDoH representan barreras para abordar de forma adecuada estos determinantes.

La mayoría de las herramientas pediátricas de tamizaje de aSDoH son entregadas a padres y otros cuidadores para que respondan en nombre de los niños; los cuidadores tienen la autonomía para decidir cómo responder a las preguntas del tamizaje y determinar qué apoyos consideran más beneficiosos. Por lo tanto, facilitar la participación de los cuidadores en el uso de herramientas de tamizaje de aSDoH y abordar sus inquietudes es esencial. Estos tamizajes solo son relevantes si los cuidadores sienten que pueden responder con honestidad sin temor a represalias. Estudios recientes sugieren que, aunque los cuidadores desean apoyo para sus necesidades sociales, les **preocupan las consecuencias** de revelar riesgos sociales, como el temor a ser juzgados o denunciados

ante agencias de protección infantil.^{8,9} Además, en el contexto político actual, las familias inmigrantes enfrentan temores adicionales, como el de ser consideradas una “carga pública”, es decir, personas que dependen de programas de asistencia del gobierno, lo que puede hacerlas inelegibles para la residencia permanente.¹⁰ Estos temores pueden afectar la disposición de los cuidadores a participar en el tamizaje de aSDoH y su comodidad al responder con sinceridad.

También hay evidencia emergente de que padres y cuidadores están preocupados por las implicaciones de documentar los resultados del tamizaje, incluyendo la **pérdida del seguro** y el posible acceso a estos registros por parte del gobierno, exparejas o cónyuges.^{8,9} Garantizar la transparencia sobre cómo se utilizarán los datos de aSDoH y quiénes tendrán acceso a ellos, así como obtener el consentimiento informado, son aspectos fundamentales del proceso de tamizaje. Se debe informar explícitamente a los cuidadores que sus respuestas no darán lugar a notificaciones ante ninguna agencia gubernamental. Se necesita más investigación para determinar si los tamizajes de aSDoH y las derivaciones posteriores llegan de manera efectiva a las familias que realmente desean y necesitan recursos, y si los tamizajes están pasando por alto a familias con necesidades que no obtienen un resultado positivo en el tamizaje.

La falta de disponibilidad de formularios de tamizaje multilingües es otro error común en el tamizaje de aSDoH. La mayoría de las herramientas pediátricas de tamizaje de aSDoH están limitadas al inglés y al español, y muchas no son fácilmente accesibles para poblaciones con bajo nivel de alfabetización.¹ Los centros de atención de salud deberían contar con formularios de tamizaje de aSDoH en los idiomas más prevalentes, redactados en lenguaje claro y de baja complejidad para facilitar una traducción confiable y comprensible. Si no se dispone de herramientas de tamizaje en un idioma específico, simplemente preguntar a los cuidadores sobre sus necesidades de apoyo puede ser una forma eficaz de identificarlas. Aunque la traducción palabra por palabra de las herramientas de tamizaje es importante, la traducción cultural es esencial para conectar a las familias con los recursos que necesitan.¹¹ Además de crear herramientas de tamizaje inclusivas, también es fundamental contar con software multilingüe de recolección de datos para almacenar datos y realizar el seguimiento de las derivaciones hacia recursos sociales.

Cómo responder a los aSDoH identificados

Más importante que la forma en que los médicos realizan el tamizaje es cómo se están atendiendo las necesidades derivadas de los aSDoH. Si los pacientes y sus familias obtienen un resultado positivo en el tamizaje de aSDoH pero no existe una asignación de recursos sostenible y significativa, debería cuestionarse el valor del tamizaje. Para que sea beneficioso, es fundamental realizar el tamizaje únicamente en aquellos ámbitos sociales para los cuales existen recursos disponibles. Además, incluso cuando hay recursos disponibles, algunas necesidades sociales no pueden resolverse mediante una simple derivación. Por ejemplo, si una familia enfrenta inseguridad habitacional, abordar esa necesidad requiere múltiples puntos de contacto. Algunos hospitales pediátricos cuentan con trabajadores sociales que realizan las derivaciones para necesidades sociales basándose en el tamizaje de aSDoH, pero esta opción no es factible para muchos hospitales.¹²

Para aumentar la viabilidad del seguimiento en el abordaje de necesidades de aSDoH identificadas, varias organizaciones han adoptado innovaciones digitales para establecer un sistema de derivación con seguimiento cerrado. Servicios gestionados por proveedores externos como Findhelp, Unite Us y ThriveLink ofrecen plataformas en línea y de telesalud diseñadas para agilizar este proceso.^{13,14,15,16} Algunos sistemas hospitalarios han realizado esfuerzos organizados para personalizar las plataformas de derivación a nivel nacional,

con el fin de adaptar mejor los recursos locales a las necesidades de sus pacientes.¹⁷ En última instancia, el objetivo es que un miembro del sistema de salud cierre el seguimiento verificando si el paciente recibió la derivación, si sus necesidades fueron satisfechas y brindarle apoyo adicional para navegar el sistema. Sin embargo, se necesita más investigación para determinar si estas derivaciones abordan de manera efectiva las necesidades de aSDoH identificadas durante el tamizaje.

Conclusión

Abordar los aSDoH e implementar derivaciones significativas a recursos son pasos fundamentales hacia la equidad en salud pediátrica. Si bien el tamizaje de aSDoH se ha vuelto más común, la investigación futura debería evaluar el impacto real de las herramientas de tamizaje validadas y explorar un enfoque centrado en el paciente que priorice la atención a las necesidades de las familias más que la evaluación en sí misma. Es esencial garantizar que las familias se sientan cómodas compartiendo sus necesidades sociales y brindar consentimiento informado antes del tamizaje. Independientemente de los métodos de tamizaje utilizados, los esfuerzos futuros deberían dar prioridad al desarrollo de sistemas sólidos de derivación a recursos con seguimiento cerrado y a intervenciones que garanticen que quienes obtienen un resultado positivo **reciban un apoyo significativo**.

References

1. Sokol R, Austin A, Chandler C, et al. Screening children for social determinants of health: a systematic review. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20191622.
2. Moen M, Storr C, German D, Friedmann E, Johantgen M. A review of tools to screen for social determinants of health in the United States: a practice brief. *Popul Health Manag*. 2020;23(6):422-429.
3. Ganatra S, Khadke S, Kumar A, et al. Standardizing social determinants of health data: a proposal for a comprehensive screening tool to address health equity a systematic review. *Health Aff Sch*. 2024;2(12):qxae151.
4. Henrikson NB, Blasi PR, Dorsey CN, et al. Psychometric and pragmatic properties of social risk screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2019;57(6)(suppl 1):S13-S24.
5. Samuels-Kalow ME, Ciccolo GE, Lin MP, Schoenfeld EM, Camargo CA Jr. The terminology of social emergency medicine: measuring social determinants of health, social risk, and social need. *J Am Coll Emerg Physicians Open*. 2020;1(5):852-856.
6. Molina MF, Li CN, Manchanda EC, et al. Prevalence of emergency department social risk and social needs. *West J Emerg Med*. 2020;21(6):152-161.
7. Food insecurity: screening. US Preventive Services Task Force. March 11, 2025. Accessed April 22, 2025. <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/food-insecurity-screening>
8. Attridge M, Brown R, Cullen D. Centering caregiver perspectives in social care integration. *Acad Pediatr*. 2023;23(7):1312-1314.
9. Brown R, Barouk N, McPeak K, Fein J, Cullen D. Barriers and facilitators to caregiver comfort with health-related social needs data collection in the pediatric clinical setting. *Health Serv Res*. 2025;60(suppl 3):e14425.
10. US Citizenship and Immigration Services. Public charge fact sheet. US Citizenship and Immigration Services. Accessed March 24, 2025. <https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/ESA/eaz-manual/Public%20Charge%20Fact%20Sheet.pdf>
11. Brown R, Ortiz P, Berrigan L, Cullen D. Multilingual research strategies to enhance equity. *JAMA Pediatr*. 2025;179(2):214-215.

12. Garg A, Brochier A, Tripodis Y, Messmer E, Drainoni ML. A social care system implemented in pediatric primary care: a cluster RCT. *Pediatrics*. 2023;152(2):e2023061513.
13. Find free or reduced-cost resources like food, housing, financial assistance, health care, and more. Findhelp. Accessed March 21, 2025. <https://www.findhelp.org/>
14. Unite Us. Accessed April 24, 2025. <https://uniteus.com/>
15. Boston Medical Center. Appendix 1: social determinants of health screening tool. Boston Medical Center; 2017. Accessed March 24, 2025. <https://www.aahd.us/wp-content/uploads/2019/06/THRIVESocialDeterminatsofHealthScreeningToolBostonMedicalCenter.pdf>
16. Boston Medical Center—Thrive screening tool. Social Interventions Research and Evaluation Network. Accessed March 24, 2025. <https://sirenetwork.ucsf.edu/tools-resources/resources/boston-medical-center-thrive-screening-tool>
17. Cartier Y, Fichtenberg C, Gottlieb LM. Implementing community resource referral technology: facilitators and barriers described by early adopters. *Health Aff (Millwood)*. 2020;39(4):662-669.

Brigid Garrity, DO, MS, MPH es médica residente en medicina de urgencias en el Boston Medical Center, en Massachusetts. Sus intereses académicos incluyen la investigación en servicios de salud, las políticas públicas y la equidad en salud.

Danielle Cullen, MD, MPH, MSH es médica especialista en medicina de urgencias pediátricas en el Children’s Hospital of Philadelphia, en Pensilvania, donde también se desempeña como codirectora de ciencia de implementación en Clinical Futures, además de investigadora y experta en implementación, enfocada en la integración del cuidado social en la atención médica.

Haeyeon Hong, MD, MPH es médica en medicina de urgencias y becaria en equidad en salud local en el Boston Medical Center, en Massachusetts. También es becaria del Commonwealth Fund en políticas de salud para minorías en la Harvard Medical School. Sus intereses académicos y en políticas públicas incluyen el tamizaje de necesidades sociales relacionadas con la salud, la implementación de derivaciones y el uso de datos sanitarios para transformar la atención médica dirigida a poblaciones desatendidas.

Citation

AMA J Ethics. 2025;27(9):E695-699.

DOI

10.1001/amajethics.2025.695.

Conflict of Interest Disclosure

Contributors disclosed no conflicts of interest relevant to the content.

The viewpoints expressed in this article are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views and policies of the AMA.