



Mi Salud, Mi Comunidad • 我的社區·我的健康 • My Community, My Health

## **Retos y Oportunidades del Médico de Atención Primaria en la Era Digital**

**por Mario J. Paredes**

Hace tiempo, al médico de atención primaria se le conocía simplemente como «médico de la familia» o, más coloquialmente, «médico de cabecera». Dado que estos médicos realizaban consultas a domicilio, llegaban a conocer muy bien a sus pacientes y sus circunstancias específicas. De esta manera, forjaban lazos muy estrechos, casi amistosos, con sus pacientes. Este tipo de relación jugó un papel determinante en la habilidad del médico de cabecera para comprender y diagnosticar la condición general de sus pacientes, tanto en el aspecto físico como en el mental. Los llamados «determinantes sociales de la salud» saltaban a la vista y, por lo mismo, eran instintivamente incluidos en el diagnóstico general que efectuaba el médico de la familia. De tal suerte, siendo entonces el doctor una suerte de curandero —en el mejor sentido de la palabra—, la práctica de la medicina devenía un arte sutil, esencialmente humano.

Desde luego, aún hoy se precisa que los médicos practiquen el arte de saber escuchar a sus pacientes, tanto con la mente como con el corazón. No bien así, aun con todos sus beneficios, la innovación tecnológica se ha convertido en una barrera impersonal para el propósito esencial de cultivar una relación médico-paciente más personalizada y sensible. La Ley de Tecnologías de la Información Económica y Clínica de la Salud (HITECH, por sus siglas en inglés), promulgada en 2009, exige que los médicos registren cuidadosamente una Historia Clínica Electrónica (EHR, por sus siglas en inglés) para cada paciente, tarea que debe completarse justo durante la consulta, lo cual representa una enorme distracción.

No cabe duda sobre los enormes beneficios que representa la EHR. Gracias a que, tanto a nivel estatal como federal, los gobiernos exigen que las bases de datos médicos se integren y actualicen sistemáticamente, los doctores, especialistas y el personal de urgencias pueden disponer de manera expedita de la información médica más relevante del paciente. Esta transparencia ayudará a evitar, por ejemplo, exámenes innecesarios e interacciones medicinales adversas.



Mi Salud, Mi Comunidad • 我的社區·我的健康 • My Community, My Health

En esta ecuación se pierde, sin embargo, el factor humano. A medida que la interacción se realiza cada vez más por medios informáticos, el médico se ve obligado a asumir el rol de un mero guardián de registros, el cual introduce mecánicamente información con el fin de crear el retrato electrónico de la misma persona de carne y hueso que está al otro lado del escritorio. De esta manera se limita el contacto visual y, por ende, la habilidad médica para interpretar el lenguaje corporal que puede transmitir información esencial, profundamente humana, más cualitativa que cuantitativa. Asimismo, al apartar el doctor su mirada del paciente, se dificulta la conversación, al tiempo que se evita crear una mayor empatía y una conexión más personal.

Lo que en su momento llegó a considerarse una promesa para agilizar el registro de los historiales clínicos y para proteger el bienestar de los pacientes a través de una dinámica red electrónica, se ha convertido al cabo en una pesada carga para los médicos e, incluso, en un motivo de desmoralización. A principios de este otoño, el Dr. Caleb Gardner, médico residente del Cambridge Hospital de Massachusetts, y el Dr. John Levinson, cardiólogo del Massachusetts General Hospital y de la Facultad de Medicina de Harvard, expusieron en The Wall Street Journal un ejemplo revelador de su investigación, al afirmar que, en su primer año de práctica, los médicos invirtieron «escasos ocho minutos diarios con cada uno de sus pacientes hospitalizados, mientras que pasaron horas en el teclado describiendo y cuantificando esos fugaces momentos».

La medicina informática también implica establecer un enfoque estandarizado en el tratamiento de diversas enfermedades: meras fórmulas para cubrir los requisitos de las compañías de seguros, orientas al mercado, y diseñadas en general para cumplir los objetivos financieros de las organizaciones de salud. Se pierde de vista así la individualidad de cada paciente; aun cuando muchos de ellos padezcan la misma enfermedad, cada individuo tiene necesidades y circunstancias únicas —determinadas por una amplia gama de factores no-médicos, incluyendo aspectos conductuales— que pueden afectar la evolución de una enfermedad de manera muy particular y, en consecuencia, cada caso requiere tratarse de manera distinta. Por muy eficiente que sea, un enfoque estandarizado y regulado no puede suplir esta necesidad.



Mi Salud, Mi Comunidad • 我的社區·我的健康 • My Community, My Health

¿Qué es preciso hacer? En principio, el papel del médico de atención primaria debe rehabilitarse, por así decirlo, de acuerdo al nuevo escenario digital. Parte de la solución puede hallarse en un audaz experimento que se realiza actualmente en el estado de Nueva York: Advocate Community Providers (ACP), una corporación sin fines de lucro regulada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, opera desde hace ya dos años en beneficio de los pacientes de Medicaid de la Ciudad de Nueva York, según lo dispuesto por el programa Delivery System Reform Incentive Payment (DSRIP). El objetivo del DSRIP es ahorrarles a los contribuyentes alrededor de \$17 mil millones de dólares en 2020 por medio de la reducción de hasta un 25 por ciento de las hospitalizaciones innecesarias.

El logro de este objetivo depende en gran medida de la capacidad de proporcionarles a los pacientes del Medicaid una atención preventiva integral, realmente superior, capaz de asegurarles su bienestar en el largo plazo y de mantenerlos alejados de las salas de urgencias y de los hospitales. El DSRIP les ha exigido a 25 de los llamados Performing Provider Systems (PPSs) esforzarse por alcanzar esa meta. A diferencia de los gigantescos sistemas hospitalarios de atención primaria independientes, todos ellos en condiciones óptimas de ofrecer la clase de atención personalizada y humana que puede marcar una verdadera diferencia.

La red de ACP cuenta a la fecha con 3,000 médicos y proveedores comunitarios, provenientes de diversos grupos étnicos, que en la mayoría de los casos operan como consultorios independientes dentro de sus propios barrios —hispanos, afroamericanos, asiático-americanos—, donde viven y trabajan pacientes con las mismas raíces culturales. Para ofrecer una atención óptima, es vital esta competencia cultural por parte de los proveedores ACP, así como la sensibilidad cultural y étnica que sólo ellos poseen. De esta manera, los médicos pueden involucrarse personalmente con los factores culturales que tienen cierto impacto, para bien o para mal, en las enfermedades y en el bienestar general de sus pacientes; asimismo, hablan su misma lengua, factor clave para generar confianza entre ellos.



Mi Salud, Mi Comunidad • 我的社區·我的健康 • My Community, My Health

Los médicos de ACP merecen respeto y admiración por su compromiso de no lucrar con su profesión, como suele suceder en este campo; en efecto, en lugar de formar parte del sistema Medicaid tradicional y cobrar por los exámenes y las consultas, asumen el riesgo de vincular sus honorarios al bienestar de sus pacientes en el largo plazo, creando así un grado de florecimiento humano que ¡mantiene a sus pacientes lejos del hospital! Y aquí podemos mencionar un dato relevante: los médicos de ACP deben mantener un registro cuidadoso de las EHR que se integran con información de las reclamaciones del Medicaid, permitiendo así que el Departamento de Salud del Estado de Nueva York pueda evaluar los resultados del DSRIP entre poblaciones masivas para poder determinar y adjudicar los pagos con base en resultados para los PPSs y, en el caso de ACP, incentivos para cada médico.

Sin duda, los registros electrónicos son un factor de distracción para los médicos de ACP tanto como lo son para los demás doctores del país. ¿Cómo entonces evitar que el escaso tiempo de los médicos y su valiosa atención sean devorados por las obligaciones administrativas de tipo digital? ACP tiene una respuesta contundente: Los Trabajadores Comunitarios de la Salud (CHWs, por sus siglas en inglés) pueden llenar ese vacío y reforzar al mismo tiempo el toque humano. La organización cuenta con un creciente ejército de CHWs, nuestras «botas en el campo de batalla», cuya misión es realizar visitas domiciliarias a los pacientes, monitorear sus condiciones domésticas y apoyar el apego a las prescripciones médicas, promoviendo en general su cumplimiento por parte de los pacientes.

Junto con el personal de apoyo del consultorio médico, los CHWs pueden interactuar con los pacientes de manera personal, así como a través de recursos tecnológicos, con el fin de documentar la sintomatología del paciente y aplicar pruebas para la detección de enfermedades no reconocibles fácilmente. Este trabajo de campo les permite a nuestros médicos llegar directo a la médula del problema al momento de reunirse con sus pacientes.



Mi Salud, Mi Comunidad • 我的社區·我的健康 • My Community, My Health

No hay una solución inmediata, pero el objetivo es claro: los proveedores de atención primaria que trabajan bajo el DSRIP y, desde luego, todos los médicos y especialistas en general, deben quedar eximidos de los deberes administrativos a fin de poder consagrarse de tiempo completo a su rol primordial: tener un encuentro auténticamente humano con sus pacientes y escucharlos realmente para, así, tener una idea más clara de la persona en su conjunto y de sus necesidades. Después de todo, los pacientes son mucho más que la suma de las enfermedades registradas en la pantalla de una computadora.