

Doce reglas de la buena historia clínica en la era de la medicina gerenciada

Los médicos occidentales regimos nuestra conducta moral por los cánones generales contenidos en el juramento hipocrático adaptados por consenso a través de siglos. La deontología (deon, deber) vigiló su cumplimiento mucho antes que la bioética ayudara a resolver los problemas planteados por el progreso del conocimiento y su rápida transferencia a la tecnología. La bioética como nueva disciplina multidisciplinaria, autónoma y personalizada, promovió los conceptos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. También las leyes de cada estado organizado fueron afirmando los principios hipocráticos, deontológicos y bioéticos en un modelo de organización de la salud adaptado a las culturas y perfectible. El modelo vigente hasta mediados de este siglo se sustentaba en una ética de máxima en la relación personal del médico asistencial con su paciente y una ética de mínima en la relación de la profesión médica con la sociedad. Hasta entonces y durante toda la historia de la medicina la figura del médico estuvo en el centro del modelo y fue a veces la del sabio, o sacerdote, o curandero, o chamán, o sanador, paternalista o dialogante. Curar o cuidar. Tomar decisiones o compartir decisiones: él y el paciente, ellos y la sociedad.

Desde los años 70 avanza en occidente inexorablemente la lógica del mercado que introduce en el modelo los conceptos de eficiencia y competencia. Un grupo de sanitaristas publicó un documento en 1999 que fue divulgado por el Consejo de Certificación de la Academia Nacional de Medicina que alerta sobre los riesgos de estos cambios: "el predominio del enfoque económico parece inadecuado. . . , el protagonismo es predominantemente extrasectorial. . . , aparecen en el ámbito de la atención médica tendencias reactivas que expresan respuestas defensivas frente al predominio de los contadores ('era de los contadores'). . . , desconcierto y cautela antes nuevas propuestas como costo-efectividad, riesgo actuarial, mercado de capitales en salud, *total quality management*, marketing de servicios, *benchmarking*. . .".

Llegó la era de la medicina gerenciada con la mira puesta en las ganancias y el acento en el control de los costos. El paciente es el gran demandante (ética de máxima) y el médico es el gran despilfarrador de los recursos. Sin pasarnos de bando rápidamente, hemos de reconocer que quienes fuimos educados en el hospital público somos malos administradores de bienes propios y ajenos. Los gerentes ya ejercen pleno dominio en el área de la medicina prepaga, avanzan con vocación de salvadores en el área de las obras sociales y mutuales, y luchan con menos éxito para ordenar el hospital público como empresa moderna. Los médicos abandonaron las funciones gerenciales, administrativas y de control de calidad. Aún controlan la auditoría pero en función de los costos primordialmente y en poca medida en la efectividad diagnóstica y terapéutica. El auge de la "protocolización" en el manejo de los pacientes está reflejando la voluntad creativa de estos médicos-gerenciadores para que no se dilapide dinero. Por ejemplo: tratan de imponer cada vez más las conductas en el manejo de pacientes necesitados de internación hospitalaria que padecen aquellas enfermedades prevalentes de fácil identificación y para ello redactan los llamados protocolos. Cada institución asistencial trata de imponer al médico una conducta estricta para su accionar en la preadmisión y luego en el primero, segundo, tercero, etc. día de internación de pacientes con accidente vascular isquémico no hemorrágico, a.v.i. transitorio, neumopatía

aguda de la comunidad, EPOC reagudizado, hemorragia digestiva alta y baja, fiebre de origen desconocido, meningitis, etc., etc.

Aunque la protocolización creciente produzca en el médico tendencias reactivas, debe reconocerse que los financiadores reaccionaron, ellos también, ante el desorden en el ejercicio profesional. Justo es reconocer que la "protocolización de enfermedades" fue impulsada antes de la era de la medicina gerenciada por los jueces que atienden los juicios por mala praxis, quienes se sorprenden por la falta de normas semejantes a las contenidas en los códigos en materia legislativa para el control de la práctica profesional. Esto es tan así que muchos jefes de servicio han sido duramente criticados por jueces por no tener debidamente "normatizados" los "procedimientos" en las áreas de su responsabilidad.

En esta transición entre la era de la libertad plena en el ejercicio de la medicina y la era del gerenciamiento, el médico asistencial se siente acotado en su accionar y adopta actitudes defensivas. No obstante reconoce que debe prestar más atención en la documentación médica que refleja su accionar y ésta tanto como para demostrar su competencia profesional ante la ley, como para justificar los gastos que genera su actividad ante los financiadores de la salud (ya han advertido los médicos por otra parte que la tendencia es financiar la demanda y no la oferta, de modo tal que habrá que demostrar en el futuro siempre y cada vez que se gastó dinero porque cada demanda lo requirió, lo hizo necesario).

El documento que más importancia tiene en esta transición es la historia clínica. Ya hace tiempo que lo vienen diciendo los abogados y ahora lo dicen los gerentes. ¿Qué piden los gerentes a los médicos con respecto a la historia clínica? Exigen que la historia clínica facilite la facturación. Aparece un nuevo lenguaje y una prudencia especializada adaptada a la lógica del mercado con su modelo de eficiencia-competencia. Este nuevo lenguaje, que a veces parece pueril, debe ser enseñado y aprendido. Con intención docente y sin temor a la puerilidad debemos divulgar los consejos o exigencias de los gerentes:

1. Consigne el diagnóstico presuntivo y por lo menos dos opciones probables, y fundamente científicamente su presunción.
2. Fundamente el pedido de cada práctica diagnóstica o terapéutica.
3. Fundamente cada cambio de tratamiento. Si se trata, por ejemplo, del uso empírico de un antibiótico, explique por qué no se pudo recuperar el germen causal y el por qué de la rotación de antibióticos.
4. Indique si está adoptando las normas de un protocolo o guía de diagnóstico y tratamiento, o las pautas de un consenso (nacional, internacional o multicéntrico).
5. Fundamente el uso de medicamentos de alto costo. Tenga a mano la bibliografía científica adecuada para cuando deba discutir el tema con el médico auditor o el *case manager* del financiador.
6. Conozca el costo de las prácticas que solicita y de los medicamentos que indica.
7. Anote todas las demoras en las conductas imputables al financiador (demora en la provisión de autorizaciones, prótesis, traslados del paciente, etc.). Anote día y hora en que formuló el pedido y a quién, y continúe anotando en la historia las sucesivas respuestas sobre el tema.
8. Anote claramente las indicaciones médicas, repítalas diariamente y no escriba "iguales medicaciones".
9. Justifique la repetición de un estudio diario aunque parezca obvio (p. ej. glucemia en un diabético).
10. No use corrector blanco. Si ha cometido un error táchelo con una línea fina que permita leer lo que está escrito debajo, consigne fecha y hora de la corrección y firme al lado de la corrección. Luego escriba y firme a continuación la indicación correcta.
11. Evite escribir "alta probable", "se espera interconsulta", "sin novedad" ("sin novedad" presupondría dar de alta).
12. Evite abreviaturas y siglas, excepto las de uso muy generalizado. (No use por ejemplo TEP a causa de TVP, para expresar tromboembolismo pulmonar a causa de trombosis venosa profunda).

Para no contradecir el título de este editorial no continuaremos enumerando las exigencias, pero hay muchas más: use siempre tinta negra (no azul), anote día y hora en que solicita una interconsulta, lea todo lo que escribe el médico residente y firme periódicamente la historia, sobre todo si la internación se prolonga, el jefe debe justificar en la historia las discrepancias con los interconsultores, si el caso fue presentado en un ateneo debe consignarse en la historia las conclusiones, etc. Los médicos deben conocer que los auditores internos de las instituciones evitan facturar preventivamente los actos médicos que no han sido justificados adecuadamente en la historia clínica: esto se llama "débitos internos" y su intención es no perder prestigio ante los auditores del financiador.

Esta colaboración del médico asistencial con el gerente para lograr una buena salud de la empresa no debiera constituirse en impropia de la labor médica, aunque la brusquedad de la transición signifique cambios de hábitos que sólo con el transcurso del tiempo se harán sin desgaste psicológico. Pero lo grave es que los pacientes han advertido esta vigilancia constante del gerente sobre el médico y de momento esto ha producido una pérdida de prestigio de aquel personaje a quien entregaba su confianza, cuyos consejos admitía sin reticencias y cuya figura admiraba. Mantener el prestigio en la era del gerenciamiento de la salud requiere mejorar la relación médico-paciente por el camino de más información de los derechos y deberes de ambos. Para ello el médico tendrá que hacer el esfuerzo difícil de donar más de su tiempo.

Amadeo P. Barousse

Nota: El autor agradece el asesoramiento de la Dra. Raquel Bollasina y del Dr. Luis Di Nanno, gerentes de calidad de la Clínica Modelo de Morón y del Hospital San Juan de Dios, respectivamente.

- - - -

A la conciencia de la muerte, con cientos de miles de años de antigüedad, se le ha sumado en épocas más recientes la angustia ante los aspectos negativos de la vejez. El sistema social actual valora el beneficio, la producción y la eficacia, y los que no son capaces de "producir", como los viejos, se convierten en superfluos, inútiles, en cargas para la sociedad. Existe un antídoto para esta creación tan negativa: ser conscientes de nuestra inmensa capacidad cerebral. El uso continuo de estas capacidades, a diferencia de lo que sucede con otros órganos, no las desgasta. Paradójicamente, fortalece y saca a relucir unas cualidades que habían permanecido ocultas en el torbellino de las actividades desplegadas durante las fases anteriores del recorrido vital.

Rita Levi Montalcini
(Premio Nobel de Medicina 1986)

El as en la manga. Barcelona: Crítica, 1999, p 173
(traducción de *L'asso nella manga a brandelli.* Milán: Baldini & Castoldi, 1998)