

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

La editorial del título¹ trasunta, a mi juicio, un cierto acuerdo con las normas y procedimientos impuestos, para incrementar su provecho, por los administradores de las empresas de cuidado gerenciado de la salud. La frase final: "El médico tendrá que hacer el esfuerzo difícil de donar más de su tiempo" describe de lo que se trata: las gerenciadoras pagan al médico por los formularios llenados. Si además, en los 10-15 minutos que le acuerdan "generosamente" por consulta, escucha, entiende, examina, piensa, diagnostica y explica es cosa de él y del viejo Hipócrates. Si los colegas generacionales del autor, casi o algunos directamente más allá del bien y del mal, no hacemos oír nuestra protesta estamos entregando como otrora y por otras razones, la antorcha y la oportunidad a los que creen sólo en el derecho de la fuerza.

Viene a colación el siguiente fragmento de una reciente publicación²: "mi próximo paciente era un hombre de 58 años, consultaba por cefalea y, luego de interrogatorio y examen, concluí que se trataba de una cefalea tensional. El enfermo requirió una cuidadosa explicación, provocando un atraso de 20 minutos en mi horario de atención lo que perjudicaría mi puntaje de evaluación. Ya con la mano en el picaporte me dijo: cuando subo caminando una pendiente siento más falta de aire que antes. Hay muchas maneras de soslayar este sistema pero creí necesario olvidar mi atraso y reinterrogarlo. Llegué así a sospechar que podría tratarse de una insuficiencia coronaria. Más tarde pasé un largo rato persuadiendo al director de la asociación de práctica independiente a la cual estaba afiliado para que autorizara una prueba de ejercicio que al resultar patológica llevó a la angiografía coronaria demostrando una estenosis crítica de la dominante arteria descendente anterior izquierda. Cinco años luego de angioplastia el paciente continúa con actividad normal. Si hubiera ignorado el vago síntoma relatado nadie hubiera sabido que la atención médica prestada era de baja calidad. Creo que los médicos proveen atención calificada todos los días. Mucha o la mayor parte de ella no es medida ni ahora ni en el futuro previsible y que el uso de técnicas para medir la calidad del cuidado puede en la práctica reducir la pro-

babilidad de que cuidado de esta clase de alta calidad sea dado". Pasando algo fantasiosamente de la conducta humana a la física cuántica la modificación de lo que se quiere medir a causa del acto de medir recuerda al principio de incertidumbre (1927) que asevera que es imposible medir velocidad y posición de partículas subatómicas porque el acto de enviarles un fotón explorador modifica lo que se quiere medir. Quien lo promulgó, Werner Heisenberg tiene otro motivo para ser recordado. Como el físico alemán más avanzado de su época no fue ajeno a la capacidad bélica de la fisión nuclear y viviendo en la Alemania de Hitler convenció a sus colegas alemanes de ocultar este "progreso" y evitar que fuera aprovechado por la *Wermacht*.

En estos días me consultó una paciente con tos crónica no productiva, no fumadora, sin antecedentes de enfermedades pulmonares, y negación de consumo de medicamentos capaces de causar tos o de síntomas de reflujo gastro-esofágico. Estaba afebril, no tenía disnea y el examen físico y espirométrico eran normales así como la radiografía de tórax. En la sospecha de posible neumopatía intersticial incipiente se pidió TC de tórax que no mostró enfermedad pulmonar pero sí una hernia hiatal, la subsiguiente seriada gastroduodenal demostró herniación gástrica, reflujo y una úlcera antral con edema. La gastroscopia mostró ulceraciones antrales múltiples y la paciente reconoció consumir café y aspirina con frecuencia. Gracias a circunstancias personales, entre examen físico y diagnóstico transcurrieron sólo 4 días. ¿Sería esto así en la práctica médica que los contadores y empresarios nos han impuesto con la facilidad que les brinda el proletariado médico creado por razones electoralistas y la complacencia de organismos de control que parecen representar sólo a los que deberían vigilar?

La organización empresaria ignora que el progreso de la calidad médica depende de muchos imponderables, pero sobre todo de la reflexión, intercambio, estudio de pacientes y su circunstancia.

Creo que las primeras nueve reglas propuestas resultarían en una mejor historia clínica y educación médica y deberían ser obligatorias para los residentes; pretender extender su empleo a la práctica médica extrahospitalaria, tal como está actualmente organizada lo considero irrealizable por la desproporción entre el esfuerzo demandado y la recompensa. Me sugiere una comparación con lo que ocurre hoy con las empresas tecnológicas donde la relación precio/beneficio tiende a infinito por la casi ausencia de este último.

* o mejor ¿Cómo adaptarse y sobrevivir en el mundo del mercado de la salud?

Nos faltan las reglas de cómo comprender y atenuar la duda, la incredulidad, la ignorancia, el temor, la angustia de enfermos y familiares ante el diagnóstico incierto o el intolerablemente cruel. ¿Cómo percatarse del paciente que oculta o disimula, olvida o no se da cuenta de la importancia de signos fundamentales? ¿Cómo integrar las facetas de la personalidad de un paciente que modelan su enfermedad? ¿En qué consenso encontraremos cómo hacerlo? Alguna vez escribí que un impiadoso consuelo era que los administradores, economistas, contadores padecerán en algún momento la medicina que se aplicaron a crear.

Paradojalmente en un país con sólo 320 habitantes/médico la queja más común del paciente es que no obtiene contacto adecuado con su médico que le receta sin examinarlo. Recientemente pude controlar la tos crónica en una paciente añosa, afiliada a un plan de salud de uno de los hospitales de comunidad más importantes de Buenos Aires, simplemente con un diurético suministrado al comprobar que tenía ortopnea al acostarla en la camilla para examinar su abdomen (con respecto a cuyo funcionamiento la paciente no tenía quejas); me refirió entonces que jamás había sido examinada. Pero sí tenía radiografías y exámenes de laboratorio.

Bajo el influjo del apotegma: sólo cuenta lo que se puede contar (*it only counts what can be counted*) las reglas de control de producción y recompensa (en nuestro país sólo castigo) se aplican a justificaciones de estudios y conductas, formularios prolijamente llenados, citas de consensos ideados para ayudarnos y no para aprisionarnos. En la situación económica actual la mayoría de los médicos hará lo que le imponen y obviará o relegará lo que no es mensurable.

¿Qué lugar hay en las reglas para la imaginación creadora? ¿Cuántos minutos se le otorgarán para desarrollarse? ¿Cuándo habremos terminado de avasallar, uniformar y regular o mejor dicho suprimir el pensamiento crítico del médico? ¿motorizarán los contadores el progreso? ¿Imaginarán ellos acaso: cómo recrear la relación médico-paciente ausente de las reglas? ¿cómo fomentar la imaginación de quienes alzándose contra la ignorancia y el prejuicio descubrieron las causas, invisibles entonces de la rabia, de la infección puerperal, o mucho más tarde de la poliomielitis o de la úlcera gastroduodenal? ¿Alguno de los magos financieros de hoy ha calculado cuánto dinero y sufrimiento ahorraron los descubrimientos tantas veces no programados?

Frente a estas exigencias en el micromanaje, ¿cómo se eligieron los responsables del macromanaje de la salud, de la ciencia, de la educación y de todo el resto? ¿qué concurso de capacidad rindieron? ¿cuál consenso

citan? ¿cuándo rendirán cuentas? ¿a qué reglas se sujetan? ¿con cuál tinta escriben?

Propongo otras reglas, que los que tienen llegada, los asesores y médicos de los que mueven las palancas les expliquen cuánto ignoran respecto al desarrollo y progreso de la ciencia en general y de la medicina en particular. Entre otras cosas que mejor que repatriar a los sabios ancianos es evitar que el éxodo continúe, facilitando el progreso de los que se quedaron, hoy condenados a mirar por Internet los logros de sus colegas de países donde la medicina, la ciencia y la investigación no son controladas por personas políticamente confiables sino más bien por científicos expertos.

Aquiles J. Roncoroni

Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari,
Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires

1. Barousse AP. Doce reglas de la buena historia clínica en la era de la medicina gerenciada. *Medicina (Buenos Aires)* 2000; 60: 277-9.
2. Casalino LP. The unintended consequences of measuring quality on the quality of medical care. *N Engl J Med* 1999; 341: 1147-50.

Mi editorial ha sido descriptivo de una conducta obligada, impuesto al médico. Recomiendo a los lectores de *Medicina (Buenos Aires)* que luego de leer la carta del doctor Roncoroni releen mi editorial y juzguen por sí mismos.

Pero si el doctor Roncoroni quiere una definición más clara de mi pensamiento en estas cuestiones, no tengo ningún reparo en expresar, a modo de declaración de principios, esta definición: "un buen gerenciamiento médico puede mejorar una buena medicina, pero un buen gerenciamiento médico no puede mejorar una mala medicina". El resto de la carta es muy enriquecedor. Me da mucho placer que mi editorial produzca una reacción en cadena que reavive el interés por el tema.

Los médicos en general, y las instituciones académicas o gremiales que los representan, no supieron adelantarse a los gerenciadores para resolver el creciente problema del financiamiento de la salud, que estaba planteado antes de la "era de los contadores". La historia nunca es tan simple. Las denuncias deben incluir los "mea culpa", aunque sea por permitir la graduación, con derecho al ejercicio inmediato, de cuatro mil médicos por año.

Amadeo P. Barousse