

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

En un editorial de *Medicina*¹, el Dr. Amadeo Barousse formula una serie de reflexiones que no pueden menos que llamar la atención, proviniendo de un profesional con una dilatada carrera médica y docente. El Dr. Aquiles Roncoroni envió un comentario crítico que fue publicado, lo cual motivó que el Dr. Barousse manifestara su conformidad por producir lo que llamó "una reacción en cadena". Atento a este concepto de "reacción en cadena" es que envió estas reflexiones sobre el comentario original del Dr. Barousse. Justamente el carácter docente de su propuesta, me hace sentir obligado a comentarla antes de utilizarla como recurso pedagógico, utilización que sin duda merece como un signo de los tiempos.

Pocos temas han sido objeto de tan ardorosos debates como el de la distribución de recursos en salud por lo que no pretendo aquí dar una respuesta a tal cuestión. Simplemente quisiera mencionar que tanto desde un punto de vista utilitarista como desde uno deontologista, el hecho de obtener resultados adecuados con el menor gasto de recursos posible se nos plantea como un objetivo ético necesario. Nuestro deber es el de hacer lo mejor por la salud del paciente y esto, lejos de incluir el despilfarro, lo rechaza, pues despilfarrar significa alejarnos de la prudencia aristotélica en el manejo de los recursos que posibilitará hacer lo mejor por la salud de otros pacientes. Por otra parte, el uso de recursos no indicados no produce beneficios apreciables para la salud de los enfermos, motivo por el cual no resulta éticamente aceptable.

Ahora bien: ¿cuál es el dilema ético en el que nos coloca el gerenciamiento? Precisamente el del uso de los recursos *indicados* para mejorar la salud. No sería razonable ni prudente argumentar que podemos utilizar recursos en forma indiscriminada ni por fuera de las indicaciones médicas correctas, pero sí debemos elevar nuestra voz cuando el recurso está indicado y los gerentes, sean éstos médicos o no, nos impiden usarlo en beneficio de nuestros pacientes.

Uno de los recursos más valiosos de los que disponemos los médicos es el tiempo. Tiempo para la escucha, tiempo para la empatía, tiempo para la compasión. Esta noción resulta distante de la idea de "tiempo nece-

sario para escuchar un síntoma y prescribir un tratamiento". Sin embargo los gerenciadore, sean médicos, contadores, o peritos mercantiles, parecen no disponer de otra posibilidad conceptual. Nuestro tiempo es contabilizado y analizado por ellos como un insumo equiparable a carbón o harina en un circuito productivo de acero o galletitas. Se introduce así la corrupción conceptual en la relación paciente-médico. Para poder hablar un lenguaje común con los gerenciadore deberíamos admitir al lucro y la codicia como motor primario y principal de nuestro ejercicio profesional. Ya es tiempo de que debatamos esto abiertamente y por cierto, creo que debemos rechazarlo.

El Dr. Barousse plantea que es necesario un *mea culpa* y esto es cierto. Sin embargo, las faltas de las que deberíamos acusarnos quizás no pasen exclusivamente por el número de médicos mal preparados que se gradúan. Me atrevería a plantear otras deudas éticas con la sociedad de las que, como corporación médica, deberíamos dar cuenta. Haré una breve e incompleta enumeración para no exceder el limitado espacio de una carta de lector:

- 1) El paternalismo médico (léase el concepto de que somos los dueños de la noción del bien, más allá de lo que opine el paciente);
- 2) El delito médico (léase la realización de prestaciones innecesarias y su acompañante, la sobrefacturación);
- 3) El error médico (léase el encubrimiento corporativo hacia los errores cometidos por colegas).

Como médico pediatra formado en la residencia del Hospital de Niños R. Gutiérrez, fui educado con rigor para no pedir nada en forma innecesaria y no fundamentada. Esto constituye un deber ético, especialmente en nuestros países donde la pobreza va en aumento, pero no por ser una demanda arbitraria de los auditores sino para mejorar la disponibilidad de recursos para la población. Por cierto que existían en el Hospital normas de diagnóstico y tratamiento, elaboradas sobre el exigente criterio ético de no hacer procedimientos ni tomar conductas que no fueran adecuadas al beneficio del paciente. No sólo no reniego de esta "vieja" formación, sino que el paso del tiempo me hace valorar cada vez más su sentido moral. Es por eso que intentamos inculcar en nuestros estudiantes de medicina que indicar un antibiótico innecesario no es sólo un error técnico sino también ético, en cuanto constituye asignación de recursos en forma incorrecta, violando el principio de justicia. No intentamos a través de la enseñanza demostrar

¹ Barousse A. Doce reglas de la buena historia clínica en la era de la medicina gerenciada. *Medicina* (Buenos Aires) 2000; 60: 277-9.

cómo se debe cumplir con las normas de los gerenciadore, sino en todo caso, enseñar cómo discutir las críticamente y resistirlas a través de una buena y honesta práctica clínica.

Pero donde debo admitir mi perplejidad es ante la frase del Dr. Barousse "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". Si la labor médica es propia o no, no pasa por la salud de la empresa comercial donde se desempeña sino por la honestidad de su trabajo al servicio de la *buena salud... del paciente*. Son fines distintos y muchas veces conflictivos: el lucro (que debe ser maximizado según la regla de codicia de los economistas) es el fin de las gerenciadore, y el deber de beneficencia hacia el paciente y hacia la sociedad es, o debería serlo, el fin de la profesión médica.

No podemos ni debemos resignarnos pasivamente a esta corrupción conceptual, pues hacerlo significa convalidar el esquema mercantilista de la salud de nuestros pacientes y, lo que es más grave, de la salud pública, en grave riesgo en nuestro país.

Tampoco puedo compartir la afirmación de que "...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 entregaban su confianza, cuyos consejos admitían sin reticencias y cuya figura admiraban". Lo grave es que los médicos aceptemos el mercantilismo, y no que los pacientes se den cuenta. Si lo aceptamos merecemos plenamente que no nos entreguen su confianza, que no admitan nuestro consejo sin reticencias, y, por cierto, que no nos admiren, pues habremos traicionado los principios básicos de nuestra profesión.

Por último, creo que mantener (o recuperar) el prestigio de nuestra profesión, pasa no sólo por una adecuada información de los derechos y deberes del paciente y del médico, cosa por cierto necesaria, sino por el propósito firme de volver al viejo compromiso de beneficencia (no paternalista) como requisito básico del pacto de confianza que debe darse entre quien sufre y quien se ha preparado para ayudarlo y quiere hacerlo con honestidad, rigor técnico y afecto.

Luis Justo

Cátedra de Bioética y Humanidades Médicas,
Universidad Nacional del Comahue, Neuquén

Contesto la carta del Dr. Luis Justo con la esperanza de que los lectores se tomarán la molestia de buscar el tomo 60, página 277 y releer mi editorial, para darse la oportunidad de advertir que la frase que escandaliza al Dr. Justo es utilizada fuera de contexto. Así transcrita,

"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. . ." así digo, la frase pareciera autodenunciarme como "colaboracionista" de un sistema depravado basado en el lucro. Las doce reglas que enuncio y otras menores que le siguen pretenden transmitir dos mensajes: uno, los gerencia-dore quieren que la historia clínica les facilite la facturación y nos obligan a algunas cosas racionales y a otras pueriles. El segundo, es una pena que sean los gerenciadore quienes nos obliguen a guardar un estilo en las historias clínicas que sea testimonio auténtico de nuestro trabajo médico. Antes que los auditore quienes nos motivaban a consignar nuestros actos médicos con claridad. El gerenciamiento obliga al profesional a hacer bien una tarea cuyos defectos fueron siempre combatidos por los jefes de servicio con éxito relativo. Recuerdo haber recuperado del archivo una historia clínica para autorizar su envío a un juez a su pedido, donde un traumatólogo consignaba "traumatismo de dedo", sin detallar siquiera de qué miembro ni de qué dedo se trataba. No llegamos al gerenciamiento sólo por culpa de los contadore. Los médicos debemos admitir nuestros errores y omisiones históricos, pero a modo de declaración de principios repito aquí para satisfacción de mis críticos "un buen gerenciamiento médico no puede mejorar una mala medicina". No creo que todos los gerenciamientos sean malos y que todos los médicos sean buenos. No sostengo una distinción absoluta entre pecado y virtud, mi ética no es pagana.

En cuanto a los tiempos muy breves de atención a cada paciente en medicina ambulatoria a que obligan actualmente los gerenciadore, diré que es y fue siempre, un buen motivo de escándalo. Aunque aparente que quiero irritar a mis críticos por el simple hecho de haber sido sospechado de "colaboracionista", quiero atestiguar que en plena época de la medicina científica y respetuosa de los derechos de los enfermos, muchos médicos se ocuparon de demostrar que se podía atender a un paciente en diez minutos. Siendo director médico de un establecimiento privado tuve que ordenar limitar el número de pacientes que pretendían asistir en sus horarios establecidos y aun prohibir los "sobretornos", a traumatólogos y dermatólogos. Tuve también la feliz experiencia del ejercicio de excelente medicina ambulatoria por parte de colegas que no relacionaron remuneración con dedicación al paciente. No en vano la medicina es la más antropocéntrica de las profesiones.

Existen aún graves problemas a solucionar en el área de la salud frente a los cuales nuestras omisiones dejan espacios vacíos con riesgo de ser ocupados por los gerenciadore, lo que producirá en su tiempo un gran escándalo en los médicos. Por ejemplo, ninguna de las

corporaciones que agrupan a los médicos académicamente, profesionalmente o gremialmente, tienen elaborados con prolijidad proyectos factibles para mejorar el hospital público como empresa. Cuando políticos y gerenciadorez impongan su solución rasgaremos nuestras vestiduras. Sin embargo, proliferan los cursos de administración de los recursos para la salud y los eventos de macroética. Por suerte, hay excepciones históricas que demuestran que la tarea es posible. Los pediatras han mantenido la mejor medicina en el hospital público y cuando no pudieron incorporar la tecnología de punta en el Hospital de Niños o en la Casa Cuna, crearon el Garrahan, con una nueva figura organizativa y allí, no en instituciones privadas, instalaron el progreso tecnológico. Los pediatras son los más éticos de entre los médicos argentinos. Hay otros ejemplos, como el

del Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata, vinculado a la seguridad social y administrado con remuneraciones igualitarias para un horario prolongado (*Medicina (Buenos Aires)* 1998; 58: 221-7).

Estos son ejemplos de buen gerenciamiento manteniendo la excelencia en su más alto nivel.

Después de haber trabajado en los hospitales públicos durante cuarenta y tres conflictivos años y de haber denunciado y denostado sus falencias en asambleas, congresos o escritos con la intención de "arreglar el mundo" desde la soberbia juvenil, me ocupo ahora de ayudar a mejorar los veinticinco metros cuadrados que me rodean. Por suerte otros jóvenes como el Dr. Luis Justo toman la posta.

Amadeo P. Barousse