

Revista Argentina de

REUMATOLOGÍA

Sociedad Argentina de Reumatología

Artículo original

Reumatólogos frente al papeleo: evaluación de la carga administrativa en un Servicio de Reumatología

Rheumatologists versus paperwork: assessment of administrative burden in a Rheumatology Service

José Simón Alcívar Navarrete, Joan Manuel Dapeña, Eliana Rebecca Serrano, Juan Manuel Bande, María Alejandra Medina, Diana Silvia Klajn, José Ángel Caracciolo, Silvia Beatriz Papisidero

Servicio de Reumatología, Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Palabras clave: enfermedades reumáticas; agotamiento profesional; costo de enfermedad; accesibilidad.

Revista Argentina de Reumatología 2022; Vol. 33 (145-150)

RESUMEN

Introducción: los resúmenes de historia clínica (RHC), confeccionados por reumatólogos, los solicitan los pacientes para realizar diversos trámites. Su incumplimiento afecta el acceso a las prestaciones sanitarias e implica que los médicos destinen tiempo a un requisito puramente burocrático. Los objetivos de este estudio fueron: determinar la frecuencia de RHC solicitados y realizados en nuestro Servicio durante un semestre y el tiempo dedicado a dicha tarea; describir los motivos de las solicitudes y las características de los solicitantes.

Materiales y métodos: se incluyeron todos los pacientes que solicitaron ≥ 1 RHC en el último semestre de 2019. Se registraron características sociodemográficas, enfermedad de base y motivos de solicitud. Se consideró, como parámetro de comparación, una duración predeterminada de 15 minutos por consulta médica.

Resultados: se registraron 103 solicitantes de RHC en 3159 citas programadas en 152 días. Se realizaron 144 RHC (0,95/día). Un 18% solicitó uno nuevo en el mismo intervalo. El tiempo promedio para la confección de cada resumen fue de 75 minutos. El tiempo total dedicado a estas tareas administrativas en el semestre evaluado fue el equivalente a 720 citas potenciales, aproximadamente un 20% de los turnos programados ofrecidos. La mayoría se emitió para solicitar medicamentos crónicos, principalmente para artritis reumatoidea, y con cobertura médica pública.

Conclusiones: el tiempo destinado a confeccionar RHC por motivos administrativos fue el equivalente a un aumento potencial de más del 20% de las citas médicas.

ABSTRACT

Contacto del autor: José

Simón Alcívar Navarrete

E-mail: jsalcivar@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 19/07/22

Fecha de trabajo aceptado: 29/09/22

Conflictos de interés: los autores declaran que no presentan conflictos de interés.

Key words: rheumatic diseases; professional burnout; cost of illness; accessibility.

Introduction: medical history summaries (MHS) issued by rheumatologists are requested by patients for various procedures. Not completing them denies access to health benefits, this implies that physicians spend time on a purely bureaucratic requirement.

The objectives were: to determine the frequency of MHS requested and issued in our service during a semester and the time dedicated to them; to describe the reasons for the request and the characteristics of the applicants.

Materials and methods: all patients who request ≥ 1 MHS in the last semester of 2019 were included. Sociodemographic characteristics, underlying disease and reasons for request were recorded. As a comparison measure, a predetermined duration of 15 minutes per medical appointment was expected.

Results: 103 MHS applicants in 3159 scheduled appointments in 152 days. 144 MHS were performed (0.95/day). 18% requested a new one in the same interval. The average time in the preparation of a MHS was 75 minutes. The total time spent on these during the evaluated semester was equivalent to 720 potential appointments, approximately 20% of scheduled appointments that were granted. Most were issued to request chronic medications, mainly in rheumatoid arthritis and public health care.

Conclusions: the time spent to prepare MHS for administrative reasons was comparable to a potential increase of more than 20% in medical appointments.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas en su mayoría tienen un curso crónico que demanda diversos recursos de los sistemas sanitario y social¹. Se sabe que el avenimiento de las nuevas terapias ha redistribuido los costos, sobre todo en los sistemas de suministro de fármacos e insumos a favor de menores costos indirectos por discapacidad. Sin embargo, la falta de modernización de las políticas sanitarias y de los sistemas de gestión de servicios aumentó la carga sobre el personal médico tratante responsable de proveer atención adecuada a los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas^{1,2}.

En Argentina, cerca del 55% de los beneficios sanitarios se financia con fondos públicos³, lo que provoca que la práctica médica padezca una elevada carga burocrática para justificar la provisión de estos servicios. Esto resulta en múltiples requisitos adicionales para que el médico reumatólogo explique los motivos de requerimiento de sus pacientes a tratamientos y otras prestaciones, lo que constituye verdaderas barreras administrativas para el acceso a la salud⁴. En consecuencia, esta carga tiene el potencial de afectar la accesibilidad y la adherencia a los tratamientos de los pacientes con enfermedades reumáticas⁵⁻⁷.

Una de estas barreras administrativas suelen ser los resúmenes de historia clínica (RHC) redactados por el médico especialista. Habitualmente pedidos por los pacientes, constituyen un requisito necesario para realizar diversos tipos de trámites administrativos, como la solicitud o renovación de cobertura para medicación, o de certificados de discapacidad, entre otros. En Reumatología, estos pedidos se tornaron cada vez más frecuentes y en muchos casos, además, deben especificarse las evaluaciones clinimétricas. Su armado demanda tiempo (que no se dispone durante la consulta médica), por lo cual deben elaborarse al finalizar la actividad asistencial. Esta tarea burocrática recae completa y exclusivamente sobre los médicos reumatólogos.

Según nuestro conocimiento, ningún estudio ha cuantificado el tiempo dedicado a la confección de RHC en nuestra especialidad. Es por ello que nos propusimos determinar la frecuencia de RHC realizados en un Servicio de Reumatología en un lapso de 6 meses, cuantificar el tiempo dedicado a su redacción, y describir los motivos de su solicitud y las características de la población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se realizó una revisión de los registros de la actividad asistencial en nuestro Servicio; se incluyeron pacientes que solicitaron RHC en el período comprendido entre el 1° de junio y el 31 de diciembre de 2019. Solo se consideraron aquellos resúmenes que requirieron la lectura completa y detallada de la historia clínica para su confección. Se consignaron datos sociodemográficos, cobertura de salud, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad y motivo de los RHC. Además, se describió si los pacientes solicitaron más de un resumen en dicho tiempo. Dado que no existe una medida estandarizada para armar un RHC, se interrogó a los médicos que pertenecían al Servicio para que informaran cuánto demoraban en la redacción de un RHC. En base a eso, se calculó un tiempo promedio estimado. Además, se tomó como referencia el intervalo único de tiempo determinado en las agendas de turnos de Reumatología. Por último, se consultó al Departamento de Estadística de nuestra institución y se obtuvieron el número de días de atención y el número de pacientes atendidos en ese lapso de tiempo.

Análisis estadístico

Se describieron las características poblacionales y de la enfermedad con números absolutos, porcentajes, medias o medianas, y desvío estándar (DE) o rango intercuartílico (RIC) según correspondiera. Se determinó la distribución porcentual de los motivos para solicitar el resumen y la proporción de repetición de pedidos. Se compararon las características sociodemográficas y el tiempo de evolución de la enfermedad según el motivo de consulta con prueba de χ^2 , test exacto de Fisher, prueba T de Student o prueba de Mann Whitney, según correspondiera. Todas las comparaciones se efectuaron con un nivel de significancia de 0,05. Se utilizó el software STATA 12.0.

Resguardos éticos

La investigación siguió los lineamientos que estipula la Ley 3301/09 del Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y la Ley de Helsinki. Se codificaron los datos personales de los pacientes para no poder identificarlos y así resguardar su confidencialidad.

RESULTADOS

Durante el período evaluado se registraron 3159 consultas programadas. Un total de 103 pacientes solicitó 144 RHC en 152 días de atención, con una mediana de un RHC (RIC 1-2) por paciente. El 84,5% de los pacientes era mujer, con una edad media de 53,4 años (DE +/-13), el 60,6% no trabajaba y el 34,9% tenía estudios secundarios incompletos. El 51,4% residía en la Provincia de Buenos Aires, y la mayoría tenía algún tipo de cobertura de salud (85,5%), de los cuales el 50,6% era beneficiario del Programa público Sumar. La mediana de evolución de la enfermedad reumatológica en seguimiento fue de 120 meses (RIC 60-198). El 56,3% (n=58) tenía diagnóstico de artritis reumatoidea (AR) y el 13,6% (n=14) de lupus eritematoso sistémico (LES) (Tabla 1).

Los motivos consignados por los pacientes al solicitar un RHC fueron: obtención de medicación crónica (55,3%), certificado de discapacidad (35,9%) y medicación de alto costo (28,2%) (Gráfico).

El promedio de resúmenes por día de atención fue de 1 (0,95; DE +/-0,84). El 17,5% requirió un nuevo RHC en el mismo período. No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que solicitaron un RHC o más de uno. El tiempo estimado para la confección de un RHC por parte de los médicos fue de 81,5 minutos (RIC 70-90), con un promedio de 75 minutos (DE +/- 22,57) por cada uno. Se determinó que ese tiempo era el equivalente a cinco consultas médicas tomando como referencia el intervalo predeterminado de 15 minutos de duración de los turnos programados en las agendas de Reumatología. El tiempo total dedicado a los RHC durante este período fue el equivalente a 720 consultas médicas que podrían haberse brindado. Esto equivaldría al 20% de los turnos ofrecidos en el período evaluado.

La mediana del tiempo de evolución de la enfermedad fue significativamente menor (96 vs. 144 meses; $p=0,012$) en los pacientes que requirieron un RHC por certificado de discapacidad que en aquellos que lo hicieron por otro motivo (Tabla 2). No se observaron diferencias entre los pacientes que solicitaron un RHC para medicación crónica y por otros motivos (Tabla 3).

Gráfico: Motivos de solicitud de los resúmenes de historia clínica (n=103).

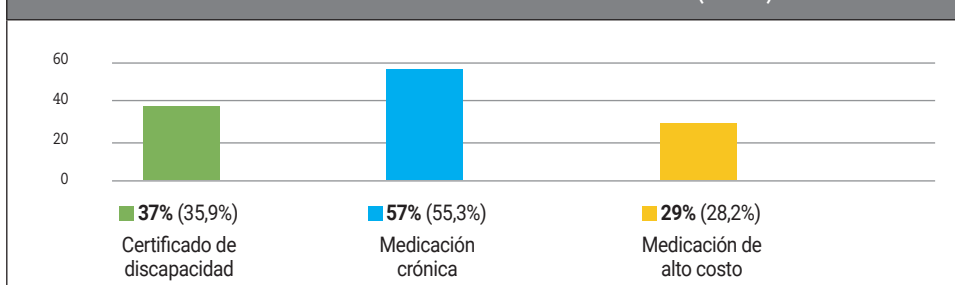


Tabla 1: Características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que solicitaron resúmenes de historia clínica (n=103).

Variable	n (%)
Mujeres	87 (84,5)
Edad, media (DE)	53,5 (13,0)
Actividad laboral (n=94)	
Trabaja	30 (31,9)
No trabaja	57 (60,6)
Desocupado/a	7 (7,5)
Nivel educativo (n=66)	
Primario incompleto	3 (4,6)
Primario completo	17 (25,8)
Secundario incompleto	23 (34,9)
Secundario completo	16 (24,2)
Terciario	7 (10,6)
Residencia	
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	48 (46,6)
Provincia de Buenos Aires	53 (51,5)
Otro	2 (1,9)
Con cobertura de salud	85 (85,5)
Tipo de cobertura (n=85)	
PAMI-INSSJP	15 (17,7)
Programa Sumar	43 (50,6)
Cobertura Porteña	8 (9,4)
Otra	19 (22,4)
Diagnóstico	
Artritis reumatoidea	58 (56,3)
LES	14 (13,6)
Artritis psoriásica	5 (4,9)
Fibromialgia	3 (2,9)
Otros	23 (22,3)
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	120 (60-198)

DE: desvío estándar; PAMI-INSSJP: Programa de Asistencia Médica Integral-Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados; LES: lupus eritematoso sistémico; RIC: rango intercuartílico.

Tabla 2: Características de los pacientes que solicitaron resúmenes de historia clínica para tramitar el certificado de discapacidad (n=103).

Variables	Certificado de discapacidad (n=37)	Otros motivos (n=66)	p valor
Mujeres, n (%)	30 (81,1)	57 (86,4)	0,418
Edad, media (DE)	50,2 (12,3)	55,3 (13,1)	0,057
Nivel educativo alto*	(n=23) 8 (36,4)	(n=43) 15 (34,1)	0,855
Trabaja actualmente	(n=30) 11 (35,5)	(n=64) 9 (30,2)	0,603
Residencia en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires	(n=31) 17 (46,0)	(n=66) 31 (47,0)	0,920
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	96 (60-144)	144 (84-228)	0,012

DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico.

* Se consideró nivel educativo alto el equivalente a secundario completo o terciario.

Tabla 3: Características de los pacientes que solicitaron resúmenes de historia clínica para tramitar la medicación crónica (n=103).

Variables	Medicación crónica (n=57)	Otros motivos (n=46)	p valor
Mujeres, n (%)	49 (86,0)	38 (82,6)	0,640
Edad, media (DE)	54,0 (13,9)	52,7 (11,9)	0,613
Nivel educativo alto*	(n=41) 16 (39,0)	(n=25) 7 (28,0)	0,362
Trabaja actualmente	(n=54) 15 (27,8)	(n=40) 15 (37,5)	0,377
Residencia en la Ciudad de Buenos Aires	(n=57) 27 (47,4)	(n=46) 21 (45,7)	0,862
Tiempo de evolución en meses, mediana (RIC)	138 (60-198)	114 (72-192)	0,560

DE: desvío estándar; RIC: rango intercuartílico.

* Se consideró nivel educativo alto el equivalente a secundario completo o terciario.

DISCUSIÓN

En nuestro conocimiento este es el primer estudio sobre un elemento constituyente de la carga burocrática para los médicos reumatólogos en Argentina. La confección de los RHC por el especialista es una de las constantes en la atención diaria de aquellos servicios relacionados con el tratamiento de patologías crónicas. En el caso de la Reumatología, donde los pacientes cursan con diferentes grados de discapacidad y constantemente se desarrollan nuevas terapias, los RHC resultan clave para continuar con el tratamiento médico, recibir los beneficios del certificado único de discapacidad y acceder en muchas oportunidades a una pensión por invalidez. Sin embargo, suponen una carga de tiempo y recursos por parte del especialista pocas veces valorados.

En nuestra cohorte de pacientes la frecuencia observada de los RHC realizados en nuestro Servicio fue de 144 RHC en 6 meses, y el tiempo dedicado fue el equivalente a 720 consultas reumatológicas potenciales. Esto supone una carga del 20% sobre las consultas brindadas en el mismo período de tiempo, además del uso de recursos para su confección (muchas veces no provistos en las instituciones públicas o privadas) y el llenado de documentación específica para cada trámite (que en varios casos obliga al médico a tener conocimientos previos sobre la burocracia de las diferentes instituciones: organismos gubernamentales, obras sociales, entidades de medicina prepaga). Estos últimos aspectos no fueron consignados en este trabajo, pero consideramos necesario contemplarlos.

La mayoría de los motivos de solicitud de los RHC fue para justificar el pedido o la actualización del certificado único de discapacidad y/o la provisión de medicación crónica. En más de una oportunidad los pacientes no cumplieron con su finalidad por motivos ajenos a la confección (vencimiento de la documentación, requerimiento de documentación adicional, negativa por parte del organismo, entre otros). Esto hizo que el 17,5% de ellos incurriera en un nuevo pedido y que el médico debiera actualizar los estudios, tratamientos, antecedentes y manifestaciones.

Nuestra cohorte de pacientes presentaba características similares a las de la población que consulta en nuestro Servicio, siendo en su mayoría mujeres de mediana edad con diagnóstico de AR. Este trabajo contempla la carga de un solo Centro de Reumatología y probablemente no sea representativo. Por otra parte, no incluye la carga burocrática sobre el sector privado y, dado que la mayoría de los profesionales trabaja en ambos sectores, dicha carga podría ser mucho mayor a la considerada en nuestro trabajo. Destacamos que el tiempo dedicado a la confección de RHC en nuestro Servicio puede ser mayor al de otros centros, dado que solo se tomaron en cuenta los RHC que requerían una lectura completa y detallada de la historia clínica. Al ser un servicio formador de médicos especialistas en Reumatología, muchos RHC pueden involucrar un proceso de revisión y correcciones supervisadas; además, varios resúmenes son confeccionados por profesionales que no conocen la historia previa del paciente lo cual también aumenta el tiempo necesario para su elaboración,

sumado al requerimiento de consignar todos los estudios complementarios. Por eso creemos importante elaborar más estudios que profundicen sobre la carga burocrática a la que están sometidos los médicos especialistas en Reumatología en Argentina.

Por otro lado, destacamos que el tiempo de evolución de la enfermedad fue significativamente menor en aquellos que requirieron un certificado de discapacidad. Esto podría relacionarse con la detección más temprana de la enfermedad, el uso de tratamientos más intensivos y costosos por parte del especialista y, además, el pedido de los pacientes del certificado para acceder al beneficio de recibir el tratamiento sin costo monetario en nuestro país. No obstante, se necesitan datos adicionales para interpretar mejor estos resultados.

Existe poca información sobre los elementos que constituyen la carga burocrática a la cual están expuestos los médicos que atienden enfermedades reumatológicas crónicas y que puede afectar el cuidado de cada paciente. En un estudio previo realizado por nuestro equipo encontramos que la carga burocrática relacionada con el tratamiento se reportó en el 47% de los casos y constituyó la principal causa en la demora en el acceso a medicamentos de alto costo. El trámite de certificado de discapacidad se reportó como responsable de la demora del tratamiento en el 13% de los casos⁷. Datos adicionales sobre el impacto de la carga burocrática en el acceso a los tratamientos se mencionan en otros trabajos. Collado et al. reportaron que las “cuestiones administrativas” fueron responsables de la demora en el 23% de los casos, mientras que Dal Pra et al. informaron que tener certificado de discapacidad y cobertura de salud pública se asoció con una mayor demora en el acceso; ambos estudios incluyeron la participación de centros públicos y privados de varias localidades del país^{6,8}.

Debemos señalar que el diseño de nuestro trabajo fue retrospectivo, lo cual limitó la disponibilidad de datos y nos imposibilitó valorar otras variables que no están documentadas. Dado que la frecuencia de solicitud de los RHC puede variar en otras épocas del año, una de las limitaciones de nuestro estudio fue el intervalo semestral en vez de un intervalo anual o mayor. Además, debemos considerar que nuestro trabajo se realizó previo a la pandemia por SARS-CoV-2 y debido a los cambios que se implementaron en el siste-

ma de salud, probablemente la carga burocrática haya aumentado sustancialmente, requiriéndose estudios que valoren este impacto.

CONCLUSIONES

Estimamos que el reconocimiento sobre el tiempo y el trabajo de los médicos reumatólogos dedicado a requisitos no médicos para lograr el estándar de atención en cada paciente, así como sus principales determinantes, será un detalle más a considerar tanto en lo que respecta a la mejora de las políticas de salud como en lo referente al agotamiento profesional. El tiempo dedicado a los RHC es comparable al 20% de las consultas agendadas. La mayoría de los resúmenes se emitió para solicitar medicación crónica, para pacientes con cobertura por el Programa público Sumar y con diagnóstico de AR. Los resúmenes para acceder a un certificado de discapacidad fueron más frecuentes en pacientes con menor tiempo de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olivé A, Monteagudo I, Wolf A. Sistema sanitario para los pacientes con enfermedades reumáticas: un Servicio de Reumatología. *Semin Fund Esp Reumatol* 2007;8(3):130-144. doi:10.1016/s1577-3566(07)75613-0.
2. Ugarte-Gil MF, Silvestre AMR, Pons-Estel BA. Access to an optimal treatment. Current situation. *Clin Rheumatol* 2015;34(Suppl 1):S59-66. doi:10.1007/s10067-015-3018-7.
3. Doval HC. Past and future of health financing worldwide and in Argentina [letter]. *Rev Argent Cardiol* 2017;85(4):373-379. doi:10.7775/rac.v85.i4.11457.
4. Comes Y, Solitario R, Garbus P, Mauro M, Czerniecki S, Vázquez A, et al. El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anu Investig* 2006;14:201-209.
5. Quintana R, Navarro S, Nieto R, Hartvig C, Aeschlimann C, Bersano N, et al. Accesibilidad y adherencia a drogas biológicas en un Servicio Público de Reumatología de la Ciudad de Rosario, Santa Fe, Argentina. *Rev Argent Reumatol* 2018;29(3):12-16. doi:10.47196/rar.v29i3.513.
6. Collado MV, Giorgis P, Kirmayr KI, Lencina MV, Ponce Delgado YM, Rillo O, et al. Accesibilidad al tratamiento de los pacientes con artritis reumatoidea y su relación con factores sociales, culturales y económicos [abstract]. *Rev Argent Reumatol* 2019;30(4 Supl 2 Espec 52º Congr Argent Reumatol):56. doi:10.47196/rar.v30i4Sup.470.
7. Papisidero SB, Medina MA, Bande JM, Caracciolo JA, Klajn DS. Demora en el inicio del tratamiento biológico o sintético dirigido en pacientes con artritis reumatoidea y factores asociados a la misma. *Rev Argent Reumatol* 2022;33(1):5-13. doi:10.47196/rar.v33i1.
8. Dal Pra F, Savy F, García MA, García-Salinas R, Civit E, Abdala M, et al. Demora en acceso al tratamiento dirigido en pacientes con artritis inflamatoria [abstract]. *Rev Argent Reumatol* 2021;32(4 Supl 54º Congr Argent Reumatol):26-27. doi:10.47196/rar.v32i4Sup.471.