

LA RELACIÓN ENTRE LOS MÉDICOS DE FAMILIA Y LOS ESPECIALISTAS¹

Las palabras acercan, los silencios destruyen
André Maurois

Este documento hace referencia a las relaciones entre los médicos de familia y los especialistas, tanto si ejercen en la sanidad pública como en la privada. Como en toda la colección "Reflexiones de la práctica cotidiana", el documento y sus recomendaciones se dirige exclusivamente a los médicos de familia. En general no se hace referencia a reflexiones y recomendaciones que tendrían que ver con la actuación de los especialistas.

La mejora del conocimiento mutuo entre médicos de familia y especialistas, y de los circuitos de su interrelación provoca una atención más resolutive, eficiente y satisfactoria para los pacientes y para los mismos médicos. Tomarse la molestia de procurar mejoras en este aspecto de nuestra práctica es muy importante.

REAL COMO LA VIDA MISMA...

Un paciente con cifras de TA límites, a quien controlamos habitualmente, nos dice preocupado: "El médico de urgencias me ha comentado que cómo podía ser que el médico de cabecera no me hubiera puesto tratamiento para la presión..., que la tengo muy alta!". En el informe de urgencias consta una TA de 162/94, en pleno episodio de cólico nefrítico. Enfadados, le respondemos: "Bueno, ya sabemos que las urgencias de los hospitales cada vez están peor".

"La ginecóloga me ha mirado el calcio de los huesos y me ha dicho que lo tengo bajo. Me ha dado estas pastillas (raloxifeno) y me ha dicho que me las haga usted. Las tengo que tomar durante años". La paciente, que no trae ningún informe, no tiene ningún factor de riesgo de osteoporosis. Le han realizado una medida periférica con un aparato cedido por un laboratorio fabricante de raloxifeno.

En el Centro de Salud TodoenEquipo recibimos una llamada del médico Buenhacer del PADES. Un paciente afectado de neoplasia de pulmón en fase terminal, con quien compartimos atención, ha entrado en agonía. Dejamos preparado, por si acaso, tratamiento para el estertor y una hoja con instrucciones en el domicilio. Irán cada día, pero habría que informar de la situación a los compañeros que realizan atención continuada. La enfermera del EAP les comenta: "No os preocupéis, ya lo haremos nosotros. Nos llamamos mañana".

¹. En este documento se habla de médicos de familia y de médicos especialistas. Es para distinguir claramente entre la función generalista (global) de los primeros y la función centrada en un aspecto concreto (especializada) de los otros. En ningún caso esta distinción pone en duda la necesaria formación de post grado de unos y otros, que hace que se considere oficialmente a la Medicina de Familia como una especialidad.

En el CAP Todocabe hay dos EAP, un servicio de radiodiagnóstico, un laboratorio y un servicio de atención a la mujer. La Dra. Novata se pregunta cómo es posible que en los nueve meses que lleva trabajando en uno de los EAP, no haya habido ninguna reunión con los profesionales de los servicios que trabajan en el mismo edificio.

La Dra. Meticu Losa está acabando la consulta. Lee, asustada, el informe que le aporta una paciente, proveniente de un hospital de 3r. nivel: "Paciente de 58 años con antecedente de Fx de L2, actualmente controlada por el servicio de unidad de columna. RN: Fx L2 antigua. Se identifica un nódulo probablemente benigno sin poder descartar origen metastático. Ruego realizar en CAP, AAGG con marcadores tumorales". No sabe si reír o llorar, si buscar en el diccionario o directamente en el Google; le pide las pruebas o no...?

El Dr. Prisas ha decidido consultar al especialista correspondiente la situación clínica del último paciente que ha atendido. En la hoja de interconsulta hace constar "R.V.". Cuando ya ha firmado la hoja, él mismo piensa...: "hubiera sido mejor poner P.V., del catalán Prego visita".

IMPORTANCIA DEL TEMA

El médico de familia como referente principal del paciente

En la atención sanitaria actual cada vez hay más especialización, más tecnologías y más información al alcance de los pacientes. En este entorno complejo, nadie puede saberlo todo y las personas tienen cada vez más necesidad de tener un "guía de confianza", que les oriente dentro el sistema sanitario. Este papel lo realizamos los médicos de familia, que somos los referentes principales para los pacientes, tanto en la medicina pública como en la privada.

A pesar de esto, cuando el problema del paciente supera los límites de nuestra capacidad de resolución, actuando con honradez², debemos consultar a otros profesionales o transferirles de forma transitoria o parcial la atención de un paciente.

En general, los médicos de familia consultamos a los especialistas por cuatro grandes motivos:

1. Realización de pruebas que indicamos nosotros con cargo al especialista: exploraciones de imagen, laboratorio, endoscopias, etc. En este tipo de consulta, la responsabilidad del proceso diagnóstico recae en el médico de familia. La información y aceptación del procedimiento por parte del paciente es una tarea que debería realizar el médico que solicita la exploración. Muchas veces, la responsabilidad del compañero que realiza la prueba es limitarse a realizarla e interpretarla correctamente. La información del resultado, por escrito, se nos debe devolver directamente para que podamos incorporarla a la situación global del paciente, interpretarla y darle la información contextualizada.

A pesar de esto, el profesional que la practica tiene la responsabilidad de asegurarse de que el paciente ha sido informado y acepta hacerse el procedimiento, y de comunicarnos o advertir al paciente que nos consulte pronto si detecta alguna alteración que requiera ser tratada sin demoras.

2. Solicitud de ayuda o consejo sobre el diagnóstico, el seguimiento, el pronóstico, el tratamiento o la conducta a seguir de un problema de salud del paciente. En este tipo de consulta estamos pidiendo a un compañero su opinión especializada para uno de los problemas que tiene un paciente. Por algún motivo (complejidad de la situación clínica, valores del paciente, etc. no le transferimos la responsabilidad de decidir sobre el abordaje del problema: sólo solicitamos su opinión. Por lo tanto, aunque el compañero debe dar, con prudencia, información verbal al paciente, nos debe devolver su opinión escrita para que, en el contexto de la situación global del paciente, podamos organizar la conducta a seguir más adecuada.

3. Transferencia temporal de la responsabilidad de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de un paciente. Es el caso de los ingresos hospitalarios en el contexto de nuestro sistema sanitario público, donde la organización no permite que los médicos de familia tengamos parte de responsabilidad en el seguimiento de los pacientes ingresados, como pasa en otros países. En esta situación, cuando el paciente vuelva a su entorno habitual, el médico de familia debe recibir información detallada de todo el proceso, y retomará la responsabilidad del seguimiento del paciente decidiendo, según la complejidad de la situación, si algún otro especialista debe de participar. En algunos sistemas mutuales, y en la práctica privada, es posible que el médico de familia no pierda temporalmente la responsabilidad, única o compartida con otros especialistas, sobre el proceso de atención al paciente.

4. Seguimiento de un problema de salud que, por su complejidad y baja prevalencia, por la severidad de su evolución o por la gravedad de la situación del paciente, supera con creces los límites de nuestra especialidad. Son buenos ejemplos de ello la sospecha de un lupus, una insuficiencia renal crónica que requiera diálisis o una enfermedad de Crohn. En este caso, las decisiones técnicas sobre la adecuación de la conducta a seguir recaen sobre el especialista correspondiente. Aún así, no podemos desentendernos del paciente: debemos comprobar que no hay conflicto entre las recomendaciones de los diferentes especialistas y velar para que lo que recomienden sea en beneficio del paciente, protegiéndole de la futilidad y de la obstinación terapéutica.

2. CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. La Seu d'Urgell, 2005 (accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/): «Honradez : ...manteniendo mis conocimientos al día, consultando cuando sea necesario a otro profesional de confianza, y evitando que otros intereses alteren este compromiso.

Principios a considerar

Como en todos los aspectos de nuestra práctica profesional, además de los principios éticos de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía, hay una serie de valores que deben guiar la relación del médico de familia con los compañeros de otras especialidades. Destacaremos la lealtad, el respeto, la prudencia y la honradez.³

La primera lealtad del médico de familia hacia el paciente. A veces nos encontramos en medio de un conflicto entre el bien del paciente y la recomendación que hace el especialista. Por ejemplo: medicamentos no indicados, medicamentos que aportan más riesgo que beneficio, exploraciones innecesarias... En estos casos, hay que asumir nuestra responsabilidad y actuar, por lealtad, en beneficio del paciente⁴. A pesar de esto, no hay que caer en el charlatanismo⁵, y evitar criticar la recomendación de un compañero ante del paciente.

Por otra parte, también deberíamos ser leales con los compañeros. Así pues, cuando solicitamos una consulta a un especialista, hay que hacerlo con cortesía y proporcionando la información pertinente para que el compañero pueda hacer su trabajo de forma eficiente y con el máximo beneficio para el paciente. Al especialista consultor, debemos comunicarle claramente cuál es nuestra expectativa de la consulta, o no podrá resolverla de forma eficiente. Y a la inversa, el consultor nos debería comunicar su opinión de manera completa y a tiempo. Si no lo hace, nos crea un problema ético, ya que nos "obliga" a actuar (por ejemplo, haciéndonos cargo de tratamientos iniciados unilateralmente) sin información adecuada, cosa que, por prudencia⁶, no deberemos hacer.

La honradez nos debe llevar a considerar nuestras limitaciones profesionales (ya sean personales, de colectivo profesional o de entorno de trabajo) y consultar al especialista correspondiente cuando consideremos que la situación del paciente supera nuestra capacidad para darle atención correcta.

Hay estudios (Brett AS, 1997) que demuestran que la comunicación oral y/o escrita entre el médico de familia y los consultores es mejor en la práctica individual que en la práctica "gestionada" (organizada dentro una empresa o institución). Los médicos de familia que trabajamos en la red pública tenemos que hacer una reflexión en profundidad sobre el nivel de colaboración y comunicación entre nosotros y los especialistas.

3. CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. La Seu d'Urgell, 2005 (accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/)

4. CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. La Seu d'Urgell, 2005 (accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/): "Lealtad: ...dándole información clara y sincera de sus problemas de salud, las opciones, riesgos y beneficios previsibles y mi consejo, atendiendo sus necesidades y creencias.

5. CAMFiC. Charlatanismo: menosprecio por los compañeros como manera de poner en relieve la propia pericia.

6. CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. La Seu d'Urgell, 2005 (accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/): "Prudencia: ...no actuando sin información adecuada, ni recomendar acciones poco probadas, de utilidad o seguridad dudosas o que aporten más riesgo que beneficio."

Los médicos de familia que trabajamos en la red pública, además, debemos considerar la lealtad al sistema sanitario que la comunidad nos confía. Esto nos obliga a tener en cuenta el principio de justicia en nuestras relaciones con los especialistas. Por un lado, no debemos pedirles consultas innecesarias, ya que malversamos un recurso de todos. Pero, por otro, debemos posicionarnos a favor de que dediquen su tiempo a actividades que, por su complejidad o porque requieren una especial capacitación, no pueden ser asumidas por la APS y en contra de que lo malversen haciendo tareas de nuestra competencia, como por ejemplo el seguimiento de diabéticos tipo 2, la extracción de tapones de cera o la sutura simple de una herida.

Las relaciones entre médicos, tal y como está previsto también en el código de deontología, se tienen que regir no sólo por la más amplia ayuda y colaboración, en beneficio del paciente, sino también por el más alto grado de respeto al paciente y al compañero⁷. No dar la información que otro compañero necesita sobre el proceso del paciente no es sólo una descortesía, sino una falta de respeto a su dignidad profesional y un riesgo para el paciente. En el otro extremo, dar información sobre el paciente que el compañero no necesita por su trabajo es una violación gratuita del secreto profesional.

MARCO LEGAL Y NORMATIVO

Destacaremos los artículos del Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña (aprobado el 24-01-05) que hacen referencia a la relación entre profesionales y al intercambio de información entre ellos:

III. De la información:

27. El paciente tiene el derecho a disponer de un informe, cuando lo solicite, de los documentos de las pruebas diagnósticas referentes a su enfermedad.

28. El médico sólo podrá entregar información del paciente a otros colegas, instituciones o centros cuando disponga de su autorización explícita y si este no pudiera darla, la de las personas a él vinculadas responsables, o cuando la documentación o información enviada sea necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia, completar el estudio o el tratamiento del paciente.

⁷. CAMFiC. El compromiso como médico/a de familia. La Seu d'Urgell, 2005 (accesible en: http://80.80.88.51/Camfic_Compomis/): "Respeto: ...respetando su dignidad, su derecho a decidir, su intimidad y guardando secreto de la información que conozco de su persona"

XII. De los deberes y derechos de los médicos hacia sus compañeros:

94. El médico, por encima de toda consideración jerárquica, debe tener en cuenta que cualquier otro médico es un compañero que merece un respeto impuesto por la costumbre médica universal y como tal debe tratarlo.

96. El médico tiene el deber y el derecho de pedir consejo a otro médico y este tiene el deber de dárselo. Este consejo o consulta lo pedirá siempre que se crea incapaz de proporcionar al paciente aquello que este espera de él. También cuando las circunstancias, el paciente o los responsables del enfermo lo pidan, o bien cuando el hecho de no ejercer este derecho pudiera significar un riesgo importante para el médico o para el enfermo.

97. La relación entre médicos nunca debe comportar desprestigio público. Las discrepancias profesionales deben de ser siempre discutidas entre médicos y en el Colegio de Médicos u otros organismos o colectivos profesionales. Solamente cuando estas vías estén agotadas se podrá recurrir a otras instancias.

98. Excepto en los casos de urgencia ningún médico no interferirá en la asistencia que preste otro colega. No se considerará interferencia la libre consulta a otro médico; pero este debe hacer constar al paciente el perjuicio de una dirección médica múltiple no coordinada.

99. Los médicos deben proporcionarse entre ellos la información necesaria, de forma entendedora, evitando las siglas y la terminología no habitual, para ofrecer una buena asistencia al paciente y una adecuada coordinación y seguimiento asistencial.

LA RELACIÓN EN LA PRÁCTICA

¿Cuándo debemos consultar a un especialista?

Como hemos visto antes, actuando con honradez debemos consultar a otro compañero siempre que pensemos que el paciente se va a beneficiar más que si mantenemos el control del proceso nosotros solos. La consulta a un especialista debe estar dirigida siempre en beneficio del paciente: se tiene que realizar en el momento que sea necesario, ni antes ni después. No podemos dejar de hacer una consulta para mantener el "control" del paciente. Si no nos consideramos lo suficiente capacitados para abordar o resolver su problema, debemos pedir consejo al especialista que corresponda, o a otro profesional (en algunos casos puede ser del mismo equipo de trabajo).

Por otra parte, tampoco es razonable pedir una consulta no indicada puesto que sometemos al paciente a un riesgo innecesario: si la APS no hace correctamente su papel de filtro, la atención especializada, por su propia naturaleza, resulta más iatrogénica. Además, si ejercemos en el sistema sanitario público, haríamos un uso inadecuado de los recursos sanitarios.

La decisión de consultar a otro especialista debemos tomarla conjuntamente y de acuerdo con el paciente, tanto en relación al hecho de realizar la consulta, como en la forma, el tiempo y la persona a quien vamos a consultar.

La decisión de consultar con un especialista es un hecho tan relevante que, en más de un caso, puede ser adecuado compartir la decisión con otros médicos de familia (por ejemplo comentando el caso en sesión clínica).

¿Cómo debemos solicitar una consulta?

La intervención de dos médicos en la atención a un paciente puede crear disfunciones que hay que prevenir. Por esto, es necesario que dediquemos el tiempo necesario para asegurar que la consulta cumpla una serie de requisitos.

En relación a la forma, en beneficio del paciente, y por respeto al compañero a quien consultamos (respeto que después pediremos en justa correspondencia), debemos ser corteses al solicitar la colaboración.

Respecto a la calidad de la información, debemos asegurarnos de que el compañero a quien consultamos tiene acceso a la información pertinente, la necesaria para que pueda realizar su trabajo en beneficio del paciente. Sea porque se encuentra en el informe de la solicitud de consulta, porque tiene acceso a la historia clínica o porque se lo hemos hecho llegar de otras maneras, el compañero debería disponer de la siguiente información:

- Motivo por el que consultamos y, qué es lo que le pedimos. Hay algún estudio que apunta que, para el consultor, la información principal es saber el motivo por el cual se le consulta y el tratamiento del paciente. Estos elementos son muy importantes para aclarar el alcance de la consulta. Podemos solicitar una orientación diagnóstica, la confirmación de una sospecha, la realización de una prueba complementaria a la que no tenemos acceso, una opinión sobre un posible tratamiento, una acción que técnicamente no está a nuestro alcance (broncoscopia, por ejemplo). También tenemos que aclarar qué hemos hecho o qué creemos que somos capaces de hacer para colaborar en el proceso para dar seguridad al compañero y evitar visitas innecesarias de seguimiento del paciente.
- Aclarar todas las actuaciones (y adjuntar los resultados) realizadas para el motivo de consulta: pruebas diagnósticas realizadas, tratamientos probados, etc. Esta información es básica para evitar repetir pruebas: tanto por razones de no-maleficencia para el paciente, como para un uso adecuado de los recursos.
- Antecedentes de interés para el motivo de consulta. No es necesario poner todos los antecedentes que conocemos del paciente, tanto para no agobiar al compañero con información innecesaria, como para respetar el deber de secreto evitando compartir una información cuando no hace falta. Será conveniente también referir los tratamientos que el paciente está realizando, las alergias conocidas y, en según qué casos, el estado vacunal (por ejemplo, si pedimos consulta para una intervención habrá que especificar la vacunación antitetánica).

También es importante tener en cuenta el circuito utilizado para pedir la ayuda del especialista. Tenemos que asegurar el mantenimiento de la confidencialidad y la llegada cierta de la información al especialista a quien consultamos (en este sentido, separar la documentación clínica de aquella que pueda tener utilidad de registro o facturación puede ser muy importante). Utilizar al paciente como medio de transporte de la información no es la única manera de actuar. Tiene la ventaja de que es el propio paciente quien se hace responsable (asegura confidencialidad) y la limitación de que el especialista no lo podrá leer hasta que esté ante al paciente. Existen circuitos alternativos: el teléfono, el formato electrónico, etc.; que pueden permitir las consultas "sin paciente"; será necesario, en todo caso, asegurar que se preserva la confidencialidad de la transmisión de datos.

¿Cómo elegir al especialista?

En este momento, en el sistema público y en el privado, el ciudadano puede elegir médico de familia. Sería coherente que el mismo ciudadano, de acuerdo con su médico, pudiera elegir consultores. Esto puede ser así en el sistema privado, pero no lo es en el público. Por lo tanto, no se respeta el derecho a decidir por parte del ciudadano y nos pone a los médicos de familia en contradicción con el valor de la honradez en nuestra práctica, puesto que nos vemos "obligados" a consultar especialistas que no elegiríamos. Esto puede ser perjudicial para el paciente porque, si no tenemos confianza en el especialista de referencia, o no sabemos qué médico "tocará", quizás no realizaremos la consulta, o tardaremos más en realizarla.

Los médicos de familia debemos conocer muy bien a los profesionales a quienes podemos consultar. Y no sólo por razón de su competencia profesional, sino también por sus valores y su accesibilidad. Tenemos la responsabilidad de conocer muy bien el entorno profesional en el que trabajamos, para poder ejercer correctamente nuestro papel de agentes de salud del ciudadano. Este conocimiento nos permitirá aconsejar mejor al paciente, de forma prudente.

Los médicos de familia tenemos siempre una buena pregunta que hacemos a la hora de decidir si estamos consultando adecuadamente: Si fuera yo mismo, o un familiar próximo, ¿estaría de acuerdo en que el consultor fuera el mismo/a...? Una respuesta negativa a esta pregunta nos debería hacer replantear la recomendación.

Ante las limitaciones a la hora de elegir especialista de confianza, a menudo tendremos que decidir responsablemente, con honradez, qué es lo mejor que hay que hacer en cada caso, manteniendo nuestro compromiso de lealtad con el paciente, pero sin olvidar, sobre todo en el sistema público, nuestro deber hacia un uso justo de los recursos. A menudo tendremos que decidir que para un determinado paciente con cierto problema de salud, consultemos con el especialista que nos corresponde y en cambio en otra situación no lo hacemos; por ejemplo, conociendo al psiquiatra que atenderá al paciente, podríamos decidir que sí lo consultamos para un paciente con un trastorno sicótico y en cambio no lo hacemos para un trastorno de angustia generalizado (porque consideramos poco adecuado el abordaje que realiza); en esta segunda situación tendremos que buscar alternativas.

Si estamos convencidos de que la práctica clínica del especialista de referencia del sistema público (o un especialista privado al que acude el paciente por iniciativa propia), no es adecuada o presenta un conflicto de intereses, y puede ser maleficiente para el paciente, debemos de informarle y recomendarle un profesional de nuestra confianza del sistema sanitario público.

Si este recurso no es posible y el paciente puede ir a especialistas fuera del sistema público, y nos pide consejo, debemos recomendarle un especialista de nuestra confianza del sistema privado. Pero tenemos que tener claro que esta decisión nos comportará muchas contradicciones que tendremos que asumir. Se trata de una decisión que discrimina a las personas sin recursos, que no se lo podrán permitir y nos sitúa a nosotros en una situación de riesgo de llegar a sacar algún provecho personal que, evidentemente sería rechazable desde el punto de vista ético. Por otra parte, si el hecho no es excepcional, puede hacer que perdamos el hábito de reclamar al Servei Català de Salut más agilidad en la respuesta a algunos temas (obligación que tenemos por el principio de justicia). Además, debemos tener claro qué haremos cuando tengamos la respuesta y/o el tratamiento: parece lógico que si le hemos derivado asumamos lo que surja, con criterio fundamentado; este hecho nos volverá a poner en una situación contradictoria.

Por lo tanto, el criterio general debe ser intentar que el problema se resuelva dentro del sistema público y realizar las gestiones que sena necesarias para que así sea. Debemos procurar disponer de especialistas de confianza en el sistema sanitario público, y convertir la pregunta: qué hacer cuando no disponemos de ellos, en un tema excepcional.

Ante las posibles limitaciones para escoger especialista, y en una situación en qué dudamos razonablemente de su valoración, podemos sugerir al paciente, con mucho respeto, que pida una segunda opinión.

¿Quién debe pedir las pruebas complementarias, el médico de familia o el especialista? Debemos derivar con las pruebas complementarias adecuadas realizadas?

Desde la atención primaria la derivación a un especialista se tiene que hacer de la manera más documentada posible. Por lo tanto, siempre que se pueda y sea conveniente para el paciente se debería realizar la derivación con las pruebas complementarias necesarias ya realizadas. Así, si derivamos al cardiólogo por una valvulopatía aórtica sería recomendable hacerlo con una ECO-Doppler realizada. El interés y beneficio del paciente pasa por delante de los objetivos de la empresa del profesional. En principio es el profesional que considera que se deben hacer determinadas exploraciones complementarias, quien las tiene que pedir. A pesar de este criterio general, hay que tener en cuenta que es necesaria una colaboración entre profesionales en la solicitud de pruebas y que se debe valorar la comodidad para el paciente a la hora de decidir si se hacen en un nivel o en otro.

En el momento actual existe el peligro de que, por cuestiones economicistas, de cumplimiento de presupuestos y/o cumplimiento de objetivos, a algún nivel profesional se decline realizar las pruebas complementarias que necesita el paciente y se derive la realización a otro profesional. Esta actitud es rechazable desde el punto de vista ético pero, sobre todo, ya lo serían los criterios (económicos o de objetivos) que inducen.

¿Qué hacer si un compañero de otra especialidad recomienda una acción perjudicial, fútil⁸, no basada en la evidencia, y/o claramente interesada?

Será necesario, ante todo, distinguir entre si la actuación propuesta es peligrosa o simplemente fútil (innecesaria, intrascendente) pero no perjudicial. De todos modos, y aunque aparentemente lo parezca, nada es del todo trivial, siempre tiene algún efecto secundario: para el propio paciente (medicalización innecesaria), para la sociedad (principio de justicia), etc. Un ejemplo de actuación peligrosa sería la realización de un TAC lumbar por un dolor de espalda sin criterios de estudio. Un ejemplo de actuación fútil sería solicitar una ecografía para estudiar a un paciente con quemazón epigástrica sospechosa de trastorno funcional.

Debemos ser honestos con el paciente, exponiendo los problemas en cada conflicto que se nos plantee. Si la intervención propuesta por el especialista es peligrosa es necesario, para evitar la maleficencia, recomendarle que no la realice. En cambio, si la recomendación es simplemente infundada, habrá que plantearse si la tenemos que evitar por criterios de justicia social, pero respecto al paciente en este caso habrá que valorar qué grado de implicación nos pide en su atención. No es igual que el paciente nos pida que le derivemos al especialista para que él lo controle, aspecto que puede significar que el paciente quiere poca implicación por nuestra parte, a que seamos nosotros los que pensemos que es necesaria una consulta al especialista, situación que a veces representa un esfuerzo para convencer al enfermo de que es necesario hacerlo y, por lo tanto, aquí el grado de implicación debe ser importante. Es en esta segunda situación en la que es más importante responsabilizarnos de la derivación y tener respuestas para las preguntas señaladas y ofrecerlas en cualquier caso, aunque la intervención propuesta sea del todo inocua.

En algunos casos, una posible solución, si el paciente nos lo permite, puede ser discutir la indicación con el especialista.

8. Fútil: Fútil: "de ninguna importancia, de lo cual no vale ocuparse. Que se ocupa de cosas que no valen la pena" (Diccionari de la llengua catalana. Fundació Enciclopèdia Catalana; Barcelona, 1982).

"...la futilidad se refiere al intento de conseguir algo cuando las posibilidades de conseguir el éxito son más que improbables. Se trata de hacer algo con las herramientas inapropiadas. Nunca puede tener éxito". Abizanda R. Ètica i decisions

a la pràctica assistencial. La perspectiva de l'especialista en medicina intensiva. Dissetè congrés de metges i biòlegs de llengua catalana Fundació Alsina i Bofill (ed.) Valencia, 2004 Llibre de Ponències: 235-44

En caso de que la intervención recomendada sea infundada pero no peligrosa nuestro papel debería ser básicamente de informadores, comunicando nuestra opinión. En los casos en los que la recomendación del especialista no esté basada en la evidencia debemos aclarar, en primer lugar, si hay discrepancias en las guías de práctica clínica de las diferentes especialidades (por ejemplo, el caso de la osteoporosis entre reumatólogos, ginecólogos y médicos de familia). Si esta es la situación nuestro papel debe ser informar al paciente de los conocimientos de qué disponemos, adoptar una actitud humilde (en el sentido de que existen diferentes visiones y que quizás ninguna de ellas tiene la verdad) y proponerle una actitud de prudencia. Es necesario que lo hagamos evitando angustiar al paciente, pero a la vez ayudándole a vivir en la habitual incertidumbre de la vida.

Cuando claramente la recomendación no responda a ninguna de las guías en uso y/o esta sea "interesada" (por ejemplo por razones económicas, intereses profesionales, para formar parte de un estudio de investigación, por razones de poder o de influencia), de nuevo se pone delante nuestra lealtad con el paciente y el principio de no maleficencia (hay que evitar lastimar al paciente) que nos obliga a aclararle nuestra opinión.

¿Qué hacer cuando el especialista "pasa" de nosotros?

Nos referimos a aquel conjunto de situaciones en las que tenemos la sensación de que el especialista no entiende su y nuestro papel profesional complementarios: no contesta a nuestra petición de colaboración o lo hace de manera inadecuada o parcial, o decide derivar directamente el paciente a otro especialista.

El paciente tiene derecho a tener información clínica y el especialista tiene el deber de informar al paciente y al médico de primaria de todo lo que afecte al paciente: sobre todo dando respuesta a la consulta que le hemos hecho y sobre todo aquello que pueda influir en su salud y seguimiento. Si el especialista no nos devuelve respuesta escrita (o sólo le da al paciente informaciones o instrucciones verbales, o simplemente una receta), en beneficio del paciente es necesario que pidamos la información necesaria: Lo puede hacer el mismo paciente directamente con el especialista (volviendo o aprovechando una visita de seguimiento) o indirectamente solicitando a la unidad de atención al usuario de la institución donde trabaje el especialista. Implicar al paciente en la obtención de la información es importante para conseguir que en el futuro él mismo la reclame, pero nos hace falta tener en cuenta que él no es culpable de la situación.

Otra situación en la cual el especialista no valora correctamente nuestra función se produce cuando él mismo consulta directamente a otro especialista. Esta situación, desgraciadamente, se produce a menudo en los servicios de urgencias hospitalarios. En realidad en este caso el especialista no está valorando correctamente lo que es mejor para el paciente: remitirlo otra vez a su médico de familia, con recomendaciones, o enviarlo directamente a otro especialista; el regreso al médico de familia puede permitir un abordaje más global, dar mayor continuidad a la atención, evitar iatrogenia (no maleficencia) y puede resultar más justo (un mejor uso de los recursos sanitarios).

Si como hemos dicho el médico responsable del paciente es el médico de familia, el especialista, una vez realizada su tarea, debería devolver el paciente a su médico, y si en su opinión fuera recomendable que lo visitara otro especialista comunicarlo al médico de familia para que sea él quien tome la decisión. En todo caso, está bien que el especialista consulte directamente a otro compañero cuando lo necesita para resolver el motivo por el cual le hemos derivado al paciente; en otras situaciones sería mejor que el especialista fuera prudente y, en general, evitara la derivación directa, a no ser que la urgencia-importancia del problema lo requiera de forma evidente; podrían ser ejemplos de esta última situación la derivación desde un cirujano a un cardiólogo, de forma urgente en caso de detectar clínica de infarto de miocardio en el paciente; también lo podría ser la derivación desde un internista al psiquiatra ante la aparición de clínica de trastorno mental severo.

Sin embargo, nos encontramos muchas veces con que el especialista hace una derivación a otro especialista, directamente o recomendándolo explícitamente al paciente. En la primera situación deberemos hablar con los especialistas, bien directamente o a través de la dirección de las instituciones correspondientes. En el segundo, si no consideramos adecuada la derivación hay que negociarlo con el paciente.

¿Qué hacer cuando un especialista critica nuestra actuación delante del paciente? ¿Por qué no tenemos que hablar mal de los especialistas?

A veces el especialista critica abiertamente nuestra actuación delante del paciente (es una forma de charlatanismo); en otras ocasiones muestra su desacuerdo porque nosotros asumimos algunas actuaciones (por ejemplo control de tratamiento anticoagulante oral, infiltraciones o cirugía menor). En estos casos a menudo estamos tentados a hablar nosotros mal del especialista en cuestión. Haríamos mal.

El propio código deontológico nos pide que actuemos de forma prudente ante el desacuerdo con otro compañero, que procuremos no hacerle quedar mal nunca. Pero, incluso más importante que esto: hablar mal de otro compañero comporta disminuir la confianza (necesaria para el proceso de atención) del paciente; la desconfianza del paciente puede ser mala para él mismo.

Cuando el especialista haya mostrado desacuerdo con nosotros, será necesario hablar abiertamente con el paciente, y seguir ofreciendo nuestros servicios, sin caer nunca en el desprecio del compañero: desacreditándole nos acabamos desacreditando nosotros mismos!

Cuando el especialista manifieste desacuerdo respecto a que nosotros asumamos algunas actuaciones seguiremos también ofreciéndolas, mostrándole al paciente las ventajas y, en todo caso, procurando que las direcciones de las dos instituciones definan los grados de complejidad que cada nivel asistencial debe asumir.

¿Cómo tenemos que actuar si hay lista de espera para la atención por parte del especialista con quien queremos consultar?

Si la lista de espera es razonable para el problema de salud y para el paciente sobre quien consultamos no debemos realizar ninguna actuación especial. Si no fuera así, habrá que buscar alternativas en una derivación preferente o urgente. Si esta alternativa tampoco fuera posible o no fuera razonable la espera, en beneficio del paciente tendremos que buscar otras fórmulas: hablar directamente con el especialista, consulta previa del caso sin la presencia del paciente, etc.

Además de procurar los medios organizativos y de otro tipo para evitar listas de espera no razonables, tenemos una responsabilidad respecto a las listas de espera para consulta con especialistas.

Consultar o forzar visitas urgentes o preferentes sin necesidad atenta contra la equidad de acceso de los pacientes a los servicios sanitarios. Va en contra del principio de justicia.

¿Y si el especialista no hace las recetas de lo que recomienda...?

Desde el punto de vista del papel que hemos dado al principio del documento al médico de familia (principal referente del paciente, con capacidad para consultar con otros), la situación más idónea sería justamente que el especialista consultado no hiciera ninguna receta: nosotros le realizamos una consulta y él nos contesta; en esta respuesta incluye recomendaciones terapéuticas. Normalmente nosotros estaremos de acuerdo con estas recomendaciones y, como médicos responsables del paciente, las asumiremos como propias y nos encargaremos de procurar (incluyendo las recetas necesarias) que el paciente las siga.

En el sistema sanitario público esta no es desgraciadamente la situación habitual; a menudo el especialista consultado le dice al paciente qué debe tomar y este nos viene "a buscar la receta". Evidentemente, lo ideal sería pactar con nuestros compañeros un cambio de actitud, pero mientras no sea así, si estamos de acuerdo con la prescripción realizada por el especialista, en beneficio del paciente no deberemos tener ningún problema para asumirla y hacerlas. Ahora bien, también en beneficio del paciente le tendremos que comentar nuestra opinión si no estamos de acuerdo y, en ningún caso deberemos hacer la receta si no creemos que sea asumible: cuando firmamos una receta nos hacemos responsables, incluso legalmente, de la misma.

En algunas situaciones, es necesario que el especialista realice siempre las recetas del tratamiento que recomienda. Como por ejemplo las altas hospitalarias y la atención en un servicio de urgencias. Como norma general, podríamos decir que es necesario que las haga siempre que sea necesario en beneficio del paciente.

IDEAS CLAVE

- 1.** La buena comunicación entre médicos de familia y especialistas mejora la atención de nuestros pacientes; por eso nos tenemos que esforzar en cultivarla.
- 2.** En la relación entre profesionales debe prevalecer la lealtad al paciente y su beneficio.
- 3.** El ejercicio del papel del médico de familia como principal gestor de los asuntos de salud de un paciente puede ser muy beneficioso para este.
- 4.** En la decisión de consultar o no a un especialista debemos tener en cuenta no sólo la beneficencia de hacerlo sino también la maleficencia: por acción o por omisión.
- 5.** Estar al día es la clave para saber cuándo debemos consultar al especialista, y es la mejor manera de evitar iatrogenia innecesaria.
- 6.** En el sistema sanitario público, los médicos de familia entramos en conflicto con el valor de la honradez cuando nos vemos obligados a consultar a un especialista que no elegiríamos.
- 7.** Las relaciones con los especialistas, y el intercambio de información, se deben orientar siempre hacia el beneficio del paciente.
- 8.** Es tan importante asegurar la confidencialidad como el intercambio de la información necesaria.
- 9.** Dar al especialista más información de la necesaria es violar el secreto profesional.
- 10.** Tendríamos que esperar, y pedir, que las respuestas de los especialistas fueran las de verdaderos consultores; en este sentido habría que recibir recomendaciones y no pautas cerradas.
- 11.** Si el especialista nos hace una recomendación en la que estamos de acuerdo, asumiremos la prescripción de fármacos.
- 12.** Las diferencias de criterios con los especialistas se deben gestionar evitando generar angustia. No hablemos mal de los compañeros: desacreditando a los demás nos desacreditamos nosotros mismos.

CONSEJOS PRÁCTICOS:

1. Conocer a los especialistas de nuestro entorno y los circuitos para consultarles; es nuestra obligación y nos ayudará a orientar mejor al paciente.
2. Pensemos en lo mejor para el paciente antes de proponer una consulta a un especialista.
3. Incorporemos a las sesiones clínicas la discusión sobre la conveniencia o no de la consulta con un especialista.
4. Informemos al especialista a quien consultemos ofreciéndole toda la información necesaria (pero no más).
5. Discutamos con el paciente diferentes alternativas, pero nunca hablemos mal de un compañero: sólo conseguiremos perder la confianza del paciente.
6. Cuando recomendemos un especialista, pensemos antes: Si fuera yo, o un familiar próximo, estaría de acuerdo en que el consultor fuera el mismo/a...?
7. Antes de consultar con el especialista procuremos que el paciente tenga todas aquellas pruebas complementarias que puedan facilitar la opinión del compañero.
8. Felicitemos y agradezcamos a aquellos especialistas que actúan como buenos consultores. Trabajemos, ante los responsables correspondientes, para que quienes no nos informan lo hagan adecuadamente.
9. No forcemos visitas preferentes innecesarias, atentamos contra la equidad entre los ciudadanos. Procuremos medios alternativos que permitan superar listas de espera excesivas (y denunciémoslas).

BIBLIOGRAFIA

- Anónimo. Deures ètics dels metges envers els altres metges. Documents de posició del COMB. Servei d'informació col·legial. Agost-octubre 2003.
- Balagué LI, Mercader MA, Ruiz C. Una aproximació a les relacions entre metges de capçalera i especialistes a la comarca d'Anoia. Annals de Medicina 1991;9:253-5
- Borrell F, Moretó J, Solans T. Aspectes ètics de la relació entre companys. Annals de Medicina 2000;83:47-8
- Brett AS. Relationships between primary care physicians and consultants in managed care. The Journal of Clinical Ethics 1997;8:60-5
- Craven-Bartle J, Monés J, Pañella D. Les relacions entre metges en el marc hospitalari i amb el seu entron. Annals de Medicina 2001;84:15-6



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

C/ Portaferrissa nº 8, Pral I 08002 Barcelona I
Tel: 93 301 17 77 I Fax: 93 318 10 01

www.camfic.org