



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



EDITORIAL

Los médicos de familia y los otros especialistas

The family doctor and other specialists



En nuestro sistema sanitario público, los médicos de familia (MF) actuamos como puerta de entrada. Solemos resolver alrededor del 95% de los motivos de consulta de la población.

Sin embargo, en un 5-6% de los casos nos planteamos que el motivo de consulta del paciente requiere pedir ayuda (urgente o programada) a otro médico, por diferentes motivos¹: realizar e interpretar procedimientos diagnósticos que son competencia de otra especialidad, o para los que no disponemos de recursos para realizarlos en atención primaria (AP); valorar la pertinencia y realizar, si procede, tratamientos intervencionistas; diagnosticar y/o tratar una situación aguda o crónica descompensada que requiera ingresar al paciente; confirmar o descartar un diagnóstico o recomendar una conducta a seguir; transferir el seguimiento de enfermedades crónicas de baja prevalencia que sobrepasan la competencia del MF; valorar y, si procede, prescribir fármacos, ortesis, CPAP... u otras prestaciones de prescripción exclusivamente hospitalaria.

En todos los casos esperamos que se nos proporcione información detallada sobre resultados de pruebas, diagnósticos, recomendaciones de tratamientos, conducta a seguir, especificando a quién o quienes se propone para realizar el seguimiento, para que el MF pueda ejercer la función de coordinar las recomendaciones de los diferentes especialistas que concurren en el manejo de los pacientes, más si son crónicos y complejos.

En cualquier caso, la transferencia de información entre el MF y los otros especialistas es esencial para una atención de alta calidad y para la seguridad del paciente. De hecho, en las transiciones entre la AP y la hospitalaria es donde ocurren muchas de las causas de los eventos de seguridad del paciente. En este aspecto, hay que reconocer que la historia clínica compartida ha sido un paso de gigante en el intercambio de información entre profesionales. Aunque también es cierto que algunas especialidades tienen el hábito de las abreviaturas, que deberían evitar, tal como recomienda el Código de Deontología Médica².

De las múltiples cuestiones a debate que genera la relación entre MF y los otros especialistas, abordaremos 2

aspectos al alza en los últimos tiempos: las interconsultas sin paciente y el rechazo de interconsultas por parte de los otros especialistas.

La tecnología permite que los MF podamos consultar a otros especialistas por vía telemática, en una interconsulta sin paciente. Y el otro especialista, nos puede responder.

En base a mi experiencia de relación con un hospital comarcal, en que algunas especialidades disponen de un solo médico, la llamada interconsulta sin paciente ayuda a resolver muchos temas, especialmente cuando se producen efectos adversos de los fármacos recomendados o hay cambios significativos en la evolución de un paciente entre las visitas de seguimiento del especialista o cuando ya le ha dado el alta de su consulta.

Este procedimiento es muy útil siempre y cuando el especialista conozca al paciente y si hay longitudinalidad MF/paciente/otro especialista. Si estamos en un entorno donde el MF y/o el otro especialista no son siempre las mismas personas, no funciona. Con unos especialistas funciona mejor que con otros. Al final, depende de la persona y de la organización del servicio. En algunas especialidades no responde el profesional que ha visto al paciente, sino el jefe de servicio o un «referente de zona». En estos casos, la utilidad es menor.

No parece prudente utilizar las interconsultas sin paciente como primera visita o para «pedir permiso» para realizar la derivación. Quizá se puede consultar un ECG con el cardiólogo o pedir un informe de una radiografía, pero poco más.

La gran excepción son los problemas de la piel, en los que se pueden tomar imágenes fotográficas y dermatoscópicas si se dispone de los medios. En nuestro equipo de atención primaria hace 4 años disponemos de un grupo de WhatsApp®. Es un modelo de relación de ayuda que resuelve rápidamente problemas de los pacientes, y prioriza las derivaciones siguiendo criterios de gravedad. Además, es un foro de formación continuada que nos beneficia a todos.

Sobre la interconsulta sin paciente no debemos olvidar que la responsabilidad asistencial recae sobre quién ha

<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102791>

0212-6567/© 2023 El Autor(s). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

realizado la visita presencial y la información generada debe ser incorporada a la historia clínica².

De cara al futuro se debería trabajar en la bidireccionalidad de la interconsulta. ¿Porqué los otros especialistas no habrían de consultar al médico de familia, que es quien mejor conoce al paciente? ¿O devolver su respuesta especializada para que el MF armonice sus recomendaciones con las de otros y con las otras enfermedades y tratamientos del paciente?

La complejidad creciente de la población, hay cada vez más médicos que intervienen en el proceso, las interacciones farmacológicas... me lleva a considerar, aunque solo sea por motivos de seguridad del paciente, que los MF debemos actuar como coordinadores de las otras piezas del engranaje. Vendría bien disponer de una vía para la conversación continuada entre todos los médicos que intervienen en el proceso de atención a pacientes complejos, en los que suelen intervenir numerosos especialistas hospitalarios, a veces sin que ninguno asuma la función de coordinación.

En segundo gran tema a reflexionar es la creciente penetración en la «cultura» del sistema sanitario público de una normalización del rechazo a las consultas que el MF hace a los otros especialistas.

En el «Pla d'Enfortiment i Transformació de l'Atenció Primària i Comunitaria» del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya, en el apartado «Mejora de la coordinación entre la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria» se contempla en uno de sus apartados un «circuito de la gestión del rechazo» (con indicador «de calidad» incluido), dando por hecho que los servicios del hospital pueden rechazar interconsultas.

Este hecho, además de ser una falta de respeto hacia el MF y un torpedo a la imprescindible relación de confianza médico/paciente/sistema sanitario, es un riesgo enorme para la seguridad del paciente. Se nos antoja atrevido, e incluso prepotente, por parte del especialista que lo realiza. ¿Quién asume la responsabilidad si con el rechazo se produce una demora diagnóstica de una enfermedad grave? ¿Quién comunica al paciente que la derivación ha sido rechazada? ¿Qué alternativa ofrece el sistema sanitario al paciente?³.

El Código de Deontología del Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña⁴, en su norma 109 explicita: «el médico tiene el deber y el derecho de pedir consejo a otro médico, y este tiene el deber de dárselo, procurando compartir sus conocimientos en beneficio del paciente. Este consejo o consulta lo debe pedir 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 paciente lo pidan, o bien cuando el hecho de no ejercer este derecho pueda significar un riesgo importante para el médico o para el enfermo».

Queda bien claro que quien rechaza la consulta de un compañero/a está transgrediendo el Código de Deontología. La autoridad sanitaria que propone el circuito de «gestión del rechazo» ¿lo sabe?

Asimismo, el Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial² nos requiere, en su Artículo 19.1. «El

médico debe abstenerse de las actuaciones que sobrepasen su competencia y su capacidad. En tal caso, debe proponer al paciente que recurra a otro profesional competente en la materia».

El nivel de competencia y capacidad de un médico es variable, tanto para especialistas en MF como en las otras especialidades. Mi nivel actual, después de 45 años de práctica, no es el mismo que cuando finalicé la especialidad. Un MF necesitará más o menos ayuda de otro compañero según sea su nivel. Por tanto, es esperable e incluso deseable que unos MF consulten más que otros, y la calidad de su práctica no debería ser medida por el número de interconsultas.

En el contexto actual del sistema sanitario público, los MF no podemos escoger a un referente de confianza: no sabemos a quién estamos consultando. Y en nuestra actividad, como en todas, el quién es esencial. Tal como hay libre elección de MF, se debería poder elegir al resto de especialistas. ¿Para cuando la reforma de la atención hospitalaria? ¿Quizá deberíamos apostar por la figura de un MF senior a quien se pueda solicitar ayuda?

A lo largo de mi carrera profesional he visto nacer, crecer y madurar la especialidad de MF. Tenemos grandes expertos clínicos, doctores, profesores, tutores... Pero, construida por políticos, gestores, instituciones de todo tipo, sociedades científicas, universidades, medios de comunicación..., se ha creado una cultura que nos coloca a los MF en un escalón por debajo de los otros especialistas. En una especie de despotismo ilustrado, parece que nos deben tutelar mediante protocolos, criterios de derivación o rechazando interconsultas.

Los MF somos conscientes y estamos orgullosos de resolver el 95% de los motivos de consulta de la población con nuestros conocimientos. Y tenemos el deber y el derecho de solicitar ayuda a los otros especialistas para el 5% de los motivos de consulta que exceden el límite de nuestra competencia. Y los médicos de hospital tienen el deber de colaborar con los conocimientos de su especialidad para una mayor calidad de la atención a los pacientes.

Deberíamos establecer nosotros, los médicos, pasando de políticos y gestores, una relación bidireccional desde la prudencia, la cortesía, el compañerismo y el respeto impuesto por la costumbre médica universal⁴.

Agradecimientos

A los compañeros de otras especialidades que, a lo largo de mis 45 años de carrera profesional, con profesionalidad y generosidad, me han transferido conocimientos y han colaborado conmigo para el mejor manejo de los problemas de los pacientes.

Bibliografía

1. Grup d'ètica CAMFiC. La relación entre los médicos de familia y los otros especialistas [consultado 10 Jul 2023]. Disponible en: <http://www.camfic.cat>

2. Código de Deontología Médica. Organización Médica Colegial. 2022 [consultado 10 Jul 2023]. Disponible en: <http://www.cgcom.es>
3. Consideraciones deontológicas de las interconsultas sin paciente entre profesionales. Nota de la Comisión de Deontología del COMB. 2023 [consultado 10 Jul 2023]. Disponible en: <http://www.comb.cat>
4. Código de Deontología. Consejo de Colegios de Médicos de Cataluña. 2022 [consultado 10 Jul 2023]. Disponible en: <http://www.comb.cat>

Roser Marquet Palomer
Medicina Interna y Medicina de Familia y Comunitaria,
Consultorio Municipal de Sant Cebrià de Vallalta,
Sant Cebrià de Vallalta, Barcelona, España
Correo electrónico: roser.marquet@gmail.com