

Foro entendimiento entre médic@s

*Médic@ no te preguntes qué pueden hacer tus
compañer@s por tí, pregúntate qué puedes hacer tú
para mejorar la relación con ell@s*

Dr. Dimas Igual Fraile (Editor)



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES

 **Fumeca**
Fundación del Ilustre Colegio Oficial de la Profesión Médica de Cáceres

FORO ENTENDIMIENTO ENTRE MÉDIC@S

Médic@ no te preguntes qué pueden hacer tus
compañer@s por tí, pregúntate qué puedes hacer tú para
mejorar la relación con ell@s

1ª Edición, 2024

Diseño y maquetación: Lucía Mellado García

ISBN: 978-84-09-64843-6

Produce: Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres

Impreso en España /Printed in Spain

Índice

Nota del editor.	6
Agradecimientos.	7
Presentación. Dr. Evelio Robles Agüero.	9
Presentación. Dr. Antonio Sánchez Sánchez.	11
Justificación: Dr. Carlos Martín Ruíz y Dr. Dimas Igual Fraile.	13
¿Nos obliga el Código de Deontología a entendernos? Dr. José María Montero Juanes.	15
¿Aportarían algo las rotaciones de los MIR hospitalarios por los centros de salud? Dr. Pedro Jesús Labrador Gómez.	17
Formación continuada vertical vs horizontal. Dra. Nuria Mateos Iglesias.	21
¿Qué puede hacer un/a médic@ de familia para mejorar sus relaciones con sus compañer@s del hospital? Dr. Luís Tobajas Belvís.	26
¿Qué puede hacer un/a médic@ de hospital para mejorar sus relaciones con sus compañer@s de primaria? Dr. José María Saponi Cortés.	29
¿Qué puede hacer un/a MIR para mejorar sus relaciones con sus compañer@s? Dra. Rocío Espigares Puerto.	33
Código de Deontología Médica 2022. Capítulo XI. Relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios	36

Nota del editor

El día 14 de mayo de 2024 se celebró en el salón de actos del Colegio de Médicos una mesa redonda titulada “Foro de Entendimiento entre médic@s”, moderada por un médico de primaria y otro de hospitalaria y en el que participaron como ponentes compañer@s de la comisión de deontología, de la docencia y de ambos niveles asistenciales.

Se pidió a los ponentes los textos que utilizaron en sus ponencias y tras uniformar dichos originales se elaboró la presente monografía que esperamos sea del interés de todos los profesionales de la medicina de Cáceres.

Agradecimientos

A los ponentes del foro por su amable disposición a participar en el mismo y por el envío de sus originales y aceptar de buen grado su edición para la presente monografía.

A Pilar y Ceci, los primeros en creer en esta aventura.

Al Colegio de Médicos de Cáceres por avalar la realización del foro y publicar la presente monografía.

A la Gerencia del Área de Salud de Cáceres por avalar el foro y la presente publicación.

A Luisa y Lucía por su grata disposición y aceptación de todas las iniciativas que les planteamos y en concreto a Lucía, responsable de prensa, por su gran trabajo de edición y maquetación de los originales del presente trabajo.



Presentación

Evelio Robles Agüero.

Secretario general del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Cáceres.

El Foro Entendimiento entre Médic@s es una iniciativa excepcionalmente novedosa y única en el panorama de la asistencia sanitaria médica no solo a nivel extremeño, sino a nivel nacional e incluso internacional.

Hay múltiples evaluaciones, editoriales, sesudos informes sobre cómo mejorar la coordinación AP y AH, pero nunca se ha ahondado en el obligado entendimiento entre los diferentes profesionales médicos/as de ambos niveles asistenciales, y quizá pueda ser uno de los pilares básicos del fracaso de todas las iniciativas de mejora que se han intentado. Si no hay entendimiento no hay posibilidad de implementar ningún tipo de medida interdisciplinar, de ahí la especial novedad de esta iniciativa.

La RAE define “entendimiento” como “buen acuerdo, relación amistosa entre los pueblos o sus gobiernos”, y como sinónimos “acuerdo, avenencia, reconciliación, armonía”. Insisto en que es básico y obligatorio un “acuerdo” que garantice “armonía” y “reconciliación” interprofesional para implementar cualquier iniciativa organizativa colectiva, y ese ha sido uno de los objetivos iniciales propuestos en esta actividad.

Los contactos interprofesionales que supone la tutorización de residentes es una excelente oportunidad de mejora del entendimiento entre los médicos de diferentes niveles asistenciales y de diferentes especialidades, pues como bien se indica, lo más eficiente y eficaz es el aprendizaje centrado en la experiencia y es el que más cambios de conducta genera.

El SNS es un pilar básico del estado de bienestar español y todos tenemos el compromiso ético de cuidarlo y mejorarlo. La administración sanitaria actuando de motor facilitador y dinamizador, los colegios profesionales con su cooperación y promoción, y finalmente los médicos/as colaborando gracias a nuestro compromiso deontológico y social. Y no quepa duda de que un primer paso es buscar puntos de encuentro que faciliten nuestro mejor entendimiento para implementar los cambios organizativos necesarios que mejoren la coordinación entre AP y AH, pasando de lo que es (un escollo) a lo que debería ser (una ventaja).

Como bien se dice por uno de los autores, abordar estos retos no solo es una necesidad operativa, sino una urgencia ética. Y esto pasará siempre por entendernos. Por eso, esta iniciativa no es una necesidad operativa, es un deber ético, deontológico y profesional de nuestro colectivo médico.

Mi gratitud al instigador, impulsor y organizador de esta iniciativa, a D. Dimas Igual, y a los diferentes compañeros que aceptaron el reto de colaborar en este proyecto.



Presentación

Antonio Sánchez Sánchez.
Director asistencial Área de Salud de Cáceres.

Cuando llegó la pregunta de si existiría la posibilidad de que colaborara en la realización de un foro de entendimiento entre médicos a la Gerencia del Área de Salud de Cáceres, no tuvimos ninguna duda. Y mucho menos cuando esa pregunta fue realizada por un médico de familia “veterano”, respetado, prestigioso y con ganas de seguir haciendo cosas por su profesión, por su vocación.

En un mundo cada vez más individualista, donde uno parece solo verse a sí mismo, existen personas que buscan el beneficio común, la mejoría de la profesión, el buen trato y respeto entre compañeros. Todo ello llevaría en última instancia a un mejor trato al paciente que es el verdadero fin de la profesión médica.

¿El entendimiento entre médicos es utópico? En el foro quedó claro que no, que es muy complicado pero factible y necesario con el esfuerzo de todos.

Desde la Gerencia del Área de Salud de Cáceres siempre apoyaremos proyectos tan interesantes y útiles como el realizado por Dimas, ejemplo de médico de familia, en activo o jubilado. Ha sido un placer escucharle y sentir su pasión por la profesión.

Nuestras puertas siempre estarán abiertas para este tipo de iniciativas.

Y para acabar una petición. Lean las opiniones de los ponentes, reflexionen sobre ellas y valoren los cambios que debemos hacer cada uno de nosotros para que este entendimiento pueda ser real.



Justificación

Dimas Igual Fraile. Médico de cabecera jubilado. Emérito SES.
Carlos Martín Ruíz. Jefe de Servicio de Medicina Interna. CHC.

Entre los médicos existe la percepción de que no es adecuada la relación entre profesionales de primaria y de hospital.

Son muchas las publicaciones y estudios que se interesan por la coordinación y relación entre médicos de primaria y hospitalaria. Algunos de ellos llegan a conclusiones poco esperanzadoras haciendo incluso comparaciones imaginativas ("la guerra de los Rose").

Desde la organización del Sistema Sanitario se crean estructuras de comunicación/derivación centradas, lógicamente, en dar salida a las necesidades asistenciales (interconsultas, e-consultas, informes de alta, e-correo institucional, teléfono, especialista consultor, etc.), pero no existen iniciativas que favorezcan el conocimiento personal entre los médicos de ambos niveles asistenciales. Es necesario que nos conozcamos y hablemos, que dejemos de "mirarnos el ombligo", para afrontar juntos los retos que nos amenazan a todos.

Nuestro Código de Deontología dedica un capítulo completo a las relaciones de los médicos entre sí.

La formación especializada, aprovechando las diferentes rotaciones de los MIR y la juventud e ilusión de estos y las estructuras docentes (unidad docente, jefatura de estudios, tutores, etc.), puede ser una buena plataforma para mejorar la relación y empatía entre profesionales de la medicina.

Es probable que una iniciativa como la planteada en este proyecto no sea factible en áreas de gran tamaño de las grandes ciudades, pero estamos convencidos que el tamaño de nuestra Área de Salud de Cáceres nos permitirá avanzar en inquietudes de este tipo.

Tras las reflexiones previas, los autores de esta justificación nos atrevemos a señalar que:

- Tratarnos con respeto puede reducir la posibilidad de reclamaciones y demandas.*
- Las rotaciones de los médicos del hospital en formación por los centros de salud mejoraría el conocimiento de éstos de la realidad de la atención primaria.*
- Las colaboraciones docentes bidireccionales y horizontales contribuirían a conocer mejor la realidad de ambos niveles.*
- El señalamiento es una técnica muy útil en psicología. Pretendemos hacer un llamamiento a todos los médicos del Área de la existencia del grave problema de déficit de empatía intermédicos.*
- Está claro que debemos hacer algo para dejar de "estar de espaldas", aunque sea patético que tengamos que hacerlo nosotros mismos.*



¿Nos obliga el Código de Deontología a entendernos?

José María Montero Juanes.

Director del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Cáceres. Presidente de la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos de Cáceres.

Puntos clave:

El Código de Deontología Médica nos obliga a tratarnos con lealtad, respeto y deferencia.

Muy probablemente este trato leal entre médicos pueda contribuir a evitar reclamaciones y denuncias.

Los desencuentros entre médicos no han de ponerse de manifiesto ante los pacientes, sus familiares o terceros.

No debemos confundir este trato respetuoso con un inadecuado corporativismo profesional.

Texto:

El Código de Deontología Médica (CD) de 2022, actualmente en vigor, dedica su capítulo XI (reproducido íntegramente al final de la presente monografía) a las relaciones de los médicos entre sí y con otros profesionales sanitarios. En el desarrollo de su articulado nos encomienda que los médicos deben tratarse entre sí con lealtad, respeto y deferencia independientemente de la relación profesional o jerárquica existente entre ellos. Destaca también que la confraternidad entre médicos es un deber primordial, sobre la cual sólo tienen preferencia los derechos de los pacientes.

El ejercicio asistencial de la medicina implica que los profesionales vivan situaciones de gran estrés y tensión derivados de la atención clínica y de la premura en la toma de decisiones, agravado por la habitual escasez de tiempo y por la presión de pacientes, familiares y sociedad en general. Ante este escenario no es infrecuente que puedan surgir desencuentros entre profesionales, a pesar de lo cual debemos tener siempre presente el mandato de nuestro CD de trato leal, respetuoso y con deferencia.

Desde la Comisión de Deontología del Colegio de Médicos observamos que cada día son más frecuentes los expedientes derivados de problemas de relación entre médicos. En este sentido hemos de acudir nuevamente al CD, que nos recuerda que los médicos deben abstenerse de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Asimismo, nos recuerda que será considerada una circunstancia agravante hacer dichas críticas despectivas en presencia de pacientes, de sus familiares o de terceros, en medios de comunicación o en redes sociales. Podemos afirmar que si atendemos al CD y mantenemos un trato leal y respetuoso entre nosotros conseguiremos reducir dichas situaciones de desencuentro, pero, si a pesar de ello, estas surgen, el citado CD nos recuerda que dichos desacuerdos han de resolverse en el propio ámbito profesional o colegial, siendo, en este caso, la Comisión de Deontología la institución adecuada para dilucidarlas.

Los desencuentros personales y profesionales entre médicos puestos de manifiesto ante los pacientes o sus familiares son una gran fuente de incertidumbre y ansiedad en estos, conduciendo a menudo a reclamaciones de carácter administrativo e incluso, a veces, de ámbito judicial. Recurriendo nuevamente a nuestro CD, pensamos que el trato leal, deferente y respetuoso entre médicos, sobre todo en presencia de pacientes y familiares, puede ayudarnos a reducir las posibilidades de que se realicen reclamaciones o denuncias. No debemos confundir este trato afable entre médicos con un inadecuado corporativismo, pues el propio CD nos recuerda la obligación que tenemos todos de comunicar a las autoridades competentes o al colegio de médicos, según el caso, las supuestas infracciones de nuestros colegas contra las reglas de la deontología médica o de la práctica profesional.

Conclusiones:

El Código de Deontología Médica nos obliga a tratarnos con lealtad, respeto y deferencia. Es probable que dicho trato contribuya a reducir las reclamaciones y denuncias contra nosotros.

¿Aportarían algo las rotaciones de los MIR hospitalarios por los centros de salud?

Pedro Jesús Labrador Gómez.

**Tutor de Nefrología. Vicepresidente de la Comisión de Docencia.
Complejo Hospitalario Universitario de Cáceres.**

Puntos clave:

- Rotar por los centros de salud permitiría a los MIR hospitalarios conocer otra realidad de la asistencia sanitaria.
- Podría mejorar su visión holística de la atención a los pacientes, así como mejorar sus habilidades de comunicación y empatía con los pacientes y con los compañeros de primaria.
- Podría significar un beneficio docente mutuo para tutor y residente.
- La elevada carga asistencial a la que están sometidos los tutores de primaria es, sin duda, una grave dificultad para la adecuada tutorización de los residentes.

Texto:

Con la creación en 1978 del sistema de formación médico interno residente (MIR) se establecieron y delimitaron dentro de la profesión médica las diferentes especialidades. Algunas especialidades quedaron englobadas dentro de la atención primaria y otras en el ámbito de la asistencia hospitalaria, estableciendo una separación física entre profesionales sanitarios.

Con el paso de los años, la medicina cada vez se ha vuelto más compleja y muchas especialidades se han desarrollado dando lugar a nuevas subespecialidades. Este desarrollo, que podría ser beneficioso, en ocasiones se vuelve perverso, porque se pierde la visión global del paciente y de su enfermedad. De ahí que cada vez sea más importante establecer un foro para fomentar el entendimiento entre niveles asistenciales.

¿Por qué sería beneficiosa la rotación de los MIR hospitalarios por los centros de salud?

Partiendo de la premisa que todos podemos aprender de todos, los centros de salud acreditados para la formación MIR desempeñan una importante labor docente, impartiendo formación de calidad, fundamentalmente a médicos que desean especializarse en medicina familiar y comunitaria.

Para los MIR hospitalarios rotar por los centros de salud les permitiría conocer otra realidad de la asistencia sanitaria y cómo se trabaja en atención primaria. De esta manera, serían conscientes de los recursos, tanto materiales como de personal, con los que se cuenta a nivel hospitalario frente a los que se dispone en los centros de salud.

A nivel formativo

“Enseñando aprendemos”, Séneca.

“Si quieres aprender, enseña”, Cicerón.

De conformidad con lo previsto en la Resolución de la Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo, de 15 de junio de 2006, muchos programas formativos de especialidades hospitalarias contemplan la posibilidad de rotar en los equipos de atención primaria.

Este periodo formativo puede verse como un beneficio mutuo entre docente y discente, donde los MIR adquieren los conocimientos de los profesionales de atención primaria y los médicos de familia acreditados para impartir formación MIR podrían aprovechar los conocimientos específicos de la especialidad de cada residente.

Tenemos que considerar la formación como un incentivo para mantenernos actualizados. El reto de formar médicos obliga a continuar formándonos para dar respuesta a las necesidades de los MIR.

Desde las comisiones de docencia sería necesario establecer unas líneas fundamentales con objetivos que permitan que la rotación en atención primaria sea atractiva y útil para los médicos en formación.

En este sentido, en algunas especialidades como pediatría, la rotación en atención primaria se considera obligatoria dentro de su programa, siendo el grado de satisfacción de los residentes cuando finalizan la misma muy elevado.

¿Cuáles serían los beneficios?

Un aspecto a tener en cuenta de la rotación en atención primaria es que favorece el encuentro y el diálogo entre los niveles asistenciales que es sumamente enriquecedor.

La rotación por los centros de salud de los MIR hospitalarios serviría para que adquirieran una visión más holística de la atención a los pacientes.

Favorecería aprender a gestionar la atención de enfermedades crónicas, conocer los programas de prevención y promoción de la salud y la atención domiciliaria, así como el seguimiento precoz de pacientes tras ser dados de alta hospitalaria, adquiriendo un conocimiento más completo del paciente.

Permitiría desarrollar competencias comunicativas, mejorando las habilidades de comunicación, empatía y de escucha activa con los pacientes.

En definitiva, conocer la visión más completa de la atención primaria, permitiendo que sean capaces de ponerse en el lugar del médico de familia.

Desafíos de la rotación en atención primaria

La elevada carga asistencial a la que están sometidos los médicos de atención primaria en su día a día es una dificultad para proporcionar una tutorización adecuada de los residentes.

Esto exige aprender a gestionar los tiempos para proporcionar una asistencia y formación adecuadas.

Es necesario mejorar la gestión de recursos, puesto que, en los centros de atención primaria, en especial de las áreas rurales, son limitados tanto en personal como en equipamiento, así como favorecer el acceso inmediato a pruebas complementarias.

Conclusiones:

-La rotación de los MIR hospitalarios por atención primaria redundaría en una mejora de la relación de los médicos de ambos niveles asistenciales.

-Probablemente la situación actual de la atención primaria podría condicionar negativamente los beneficios de dicha actividad.



Formación continuada vertical vs horizontal.

Nuria Mateos Iglesias.

Jefa de estudios de Atención Primaria. Área de salud de Cáceres.

Puntos clave:

La formación continuada es una de las herramientas clave del sistema sanitario.

El Desarrollo Profesional Continuado (DPC) es el proceso mediante el cual un profesional adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes.

La formación continuada horizontal está destinada a resolver deficiencias de competencias de diversos puestos de trabajo y de forma más transversal.

Texto:

La formación continuada:

La formación continuada, al igual que la docencia y la investigación, es una de las herramientas fundamentales del sistema sanitario, por diferentes motivos:

1. Permite mantener la calidad asistencial.
2. Fomenta la competencia profesional y la adaptación a nuevos retos y situaciones.
3. Permite la incorporación de conocimientos y nuevas tecnologías.
4. Facilita el uso racional de los recursos.

La formación médica continuada, se define como aquellas actividades de formación que conducen al profesional a mantener y mejorar su competencia para adaptarse a nuevas demandas y requerimientos asistenciales que se generan por:

- La evolución de la medicina.
- La evolución del sistema sanitario.
- La evolución de la sociedad en general.

Hace unos años se ha introducido el término de DPC.

Se define como el proceso mediante el cual un profesional adquiere, mantiene y mejora sus conocimientos, habilidades y actitudes.

Esto le permite continuar su ejercicio profesional con la calidad exigida por la profesión, las organizaciones profesionales, el sistema sanitario y sobre todo la sociedad.

El aprendizaje en el adulto:

1. El principal es el autoaprendizaje, a través de la curiosidad, la motivación, la disciplina, las preferencias.
2. El aprendizaje centrado en el docente, donde el discente tiene un rol pasivo, se trata de charlas, clases magistrales, conferencias...
3. El aprendizaje centrado en la experiencia. Este es el más efectivo, a más participación e interactividad del alumnado, más efectivo es el aprendizaje y más cambios de conducta genera.

La formación continuada, desde el punto de vista del profesional:

- Se trata de una responsabilidad individual del profesional.
- La finalidad es mantener y mejorar sus competencias en el desarrollo de su trabajo.
- Para los profesionales sanitarios la formación es un estímulo y una necesidad ineludible, que debe responder a las necesidades vividas en cada momento de la trayectoria profesional.

La formación continuada, desde el punto de vista de la organización:

1. Uno de los objetivos prioritarios de la organización donde trabaja un profesional sanitario es la formación continuada.
2. Para dar respuesta a la necesidad de mantener y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes como componentes básicos de la competencia profesional.

Para ello las organizaciones crean sus planes de formación.

Un plan de formación:

Se trata de un instrumento de gestión para contribuir a que los centros e instituciones sanitarias cuenten con buenos profesionales integrados en un proyecto común y ofrezcan unos servicios de calidad.

La clave de los objetivos de los planes de formación debería ser su impacto positivo en la salud de pacientes y comunidades.

La formación continuada de los profesionales sanitarios normalmente es una formación HORIZONTAL: la formación que está destinada a resolver deficiencias de competencias de diversos puestos de trabajo y de forma más transversal.

Por Ejemplo: formación en metodología de la investigación, formación en calidad y seguridad del paciente...

La formación continuada también puede ser una formación VERTICAL, que es cuando las acciones formativas pretenden dar respuesta a una necesidad.

Por ejemplo: la formación en cambios organizativos en un servicio, o en un equipo. Formación en algo que es necesario instaurar como la historia clínica digital...

Esta formación vertical tiene un carácter más aplicado.

La formación continuada como punto de encuentro entre atención primaria y hospitalaria:

La formación puede ser un punto de encuentro para los dos niveles asistenciales.

Nos formamos y aprendemos unos de otros en numerosas actividades.

Para facilitar esta relación contamos con diferentes actividades

1. La presencia de profesionales de atención hospitalaria en los centros de salud, participando en Sesiones Clínicas, revisión de casos clínicos, revisión de protocolos.
2. La organización conjunta de talleres, cursos, bien en el centro de salud o en el hospital o en los colegios profesionales. Cursos donde se abordan patologías y participan profesionales de los dos niveles asistenciales.
3. La organización conjunta y compartida vía telemática de sesiones clínicas donde se facilita la conexión entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria y donde se abordan temas transversales de interés para todos.
4. Los reciclajes y rotaciones por diferentes servicios para aprender y practicar nuevas habilidades: infiltraciones, cirugía menor, ecografía...

Los tutores de MIR de MFYC si realizan estos reciclajes por diferentes servicios hospitalarios.

La realidad es que:

-Los profesionales de atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) compartimos pacientes, compartimos información a través de unas historias clínicas cada vez más interconectadas. Deberíamos compartir objetivos asistenciales comunes.

-Es importante avanzar en una nueva manera de coordinar a los profesionales de AP y de AH.

-Para ello es importante conocernos, trabajar juntos física e intelectualmente, cada uno desde sus habilidades y competencias.

-En relación al trabajo en equipo es importante saber que desde AP no se derivan pacientes, se derivan pacientes que presentan determinadas patologías, son patologías complejas que en ocasiones precisan ser diagnosticadas o tratadas en AH.

-Las nuevas tecnologías han propiciado nuevas formas de interconsulta no presencial, debemos aprovechar este recurso de una forma que facilite la continuidad en la atención del paciente.

Se ha demostrado que una mayor continuidad en la atención del paciente, se asocia con tasas de mortalidad más bajas.

La continuidad en el manejo de paciente, que comienza en atención primaria, tiene que ver con el resto de niveles asistenciales, continúa en atención hospitalaria y también con otros actores no puramente sanitarios que son los sociales y comunitarios.

La continuidad en la atención al paciente y manejo multidisciplinar del paciente será posible si hay un entendimiento real entre profesionales de atención primaria y profesionales de atención hospitalaria. Cada uno desde su puesto de trabajo puede colaborar en que este entendimiento sea cada vez mejor.

Conclusiones:

La formación continuada es una herramienta clave del sistema sanitario.

La formación continuada horizontal está destinada a resolver deficiencias de competencias de diversos puestos de trabajo.

¿Qué puede hacer un/a médic@ de primaria para mejorar las relaciones con sus compañer@s del hospital?

Luis Tobajas Belvís.

Especialista en MFyC. Tutor de MIR. CS San Jorge de Cáceres.

Puntos clave:

-No hacer:

Dependen de nosotros exclusivamente y se pueden implementar de manera inmediata: la maledicencia, la crítica despectiva, la táctica del “tú más”, las acusaciones cruzadas, convertir al paciente en correo de nuestras diferencias y conflictos, culpar al/a compañer@ del hospital de los problemas de primaria, pasarle nuestros “embolaos”.

-Si hacer:

Dependen de nosotros y de las Instituciones y puede demorarse más su implementación: hablar, dialogar, consensuar, colaborar, respeto mutuo, reflexión continuada personal y en equipo, conocernos dentro y fuera del ámbito laboral, los médicos de primaria conocer físicamente nuestro hospital de referencia y sus distintos servicios y, sin duda, el emparejamiento entre profesionales de ambos niveles mejora el conocimiento mutuo de ambas realidades.

Texto:

Comenzaremos enumerando algunas propuestas para no hacer, que podemos implementar inmediatamente:

- Rechazar, por condenable moralmente, la maledicencia y la crítica despreciativa a otros colegas, siendo más grave aún si esto se hace delante de los pacientes.
- Con los residentes trabajamos mucho en intentar desactivar la táctica del y "tú más"... Es una estrategia bastante infantil, y un comportamiento o actitud errónea. Entrar en un juego de acusaciones cruzadas no lleva a ningún lugar.
- El paciente NO puede convertirse, sin pretenderlo y muy a su pesar, en el «correo del zar» de las diatribas (*discurso o escrito acre y violento contra alguien o algo*) y los conflictos interpersonales entre miembros del colectivo sanitario, sean estos médicos, personal de enfermería u otros. Ello propende y se inclina al desprestigio público, a alterar la convivencia y a elevar la discrepancia, científica o personal, al nivel de la inmediata desconfianza del paciente respecto de su médico o de las instituciones sanitarias. En esta línea argumental, más que las quejas genéricas o el recurso fácil a *inocular en los pacientes el malestar contra otro profesional*, lo ideal sería acudir a la Comisión Deontológica del Colegio y expresar allí el problema existente.
- No "culpar" a los médicos hospitalarios de los problemas que pueda tener la atención primaria.
- Considerar el médico hospitalario como consultor y nunca alguien al que "pasarle" los pacientes

Seguiremos con propuestas que pueden ayudar a largo plazo:

Hablar con nuestro equipo: no hay mejor comienzo que conversar con las personas para las que estamos tratando de hacer que las cosas cambien. Cuanto más nos acerquemos los profesionales (*y aquí incluyo también la visión de los pacientes*), mejor comprensión tendremos de los problemas reales. Ya lo recuerda la *"teoría del iceberg de la ignorancia"* Este sorprendente fenómeno de incomunicación y de empobrecimiento de las organizaciones lo denominaron el *iceberg de la ignorancia*.

En la medida en que exista diálogo (*El diálogo consiste en una conversación entre dos o más personas denominadas interlocutores*) y se tomen decisiones por consenso será más fácil solventar los conflictos de competencias, ya que las aportaciones de unos y otros profesionales pueden derivar en actuaciones conjuntas y no dispersas o enfrentadas.

No conviene olvidar que, en organizaciones sanitarias tan burocráticas como son las nuestras, *el peso real de las decisiones de la práctica asistencial recae sobre todo en sus subordinados*.

Y aquí viene a colación algo que, a mi juicio, es en extremo importante: que la defensa del trabajo en colaboración es irrenunciable y por eso hay que educar en actitudes de diálogo y respeto mutuo (del latín *respectus*, 'estima' o 'consideración'), abandonando en lo posible las defensas gremiales (*aprendemos sobre nosotros mismos cuando nos atrevemos a mirar otros paisajes y escuchar * otras voces*) * *escuchar significa "prestar atención a lo que se oye"*.

En nuestro idioma, vulgarmente el «buen médico» es el buen profesional, mientras que el «médico bueno» es aquél que es buena persona. Con lo dicho hasta ahora, para ser un buen profesional no basta con ser una buena persona, pero no se puede ser un buen médico si, además, no se es moralmente bueno. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la excelencia del carácter en el sentido más clásico: aspirar a la virtud moral, educación íntegra y ética.

La profesión es, o debería ser, una comunidad cohesionada por los principios de confraternidad (*hermandad, compañerismo, cariño, amistad*) y respeto mutuo, y que sobre éstos sólo tienen precedencia o prioridad los derechos del paciente.

La reflexión continuada, personal y en equipo, cooperando de manera altruista, es una herramienta básica a la *hora de hacer limpieza de quejas, angustias y otros exabruptos*. Y hacerlo es posible, aunque vivamos en un "tonel en medio del ágora". Esas reflexiones quizá nos ayuden a rescatar el valor de las pequeñas cosas y favorecer la confianza del paciente. La medicina tiene una parte de arte y otra de ciencia, una de técnica y otra de humanidad. Y la prisa moderna nos está dejando sin una de ellas. Que lo urgente no nos quite tiempo para lo importante, como decía Mafalda.

Un nuevo modelo de coordinación entre atención primaria (AP) y atención hospitalaria (AH) necesariamente debe estar basado en pactos entre iguales. Compartimos pacientes e información a través de historias clínicas cada vez más interconectadas. Y deberíamos compartir objetivos asistenciales comunes centrados en la mejora de la calidad de la atención pensando en el beneficio del paciente. Por todo ello, es imprescindible avanzar en una nueva manera de coordinarnos que pasa primordialmente por conocernos y trabajar juntos física e intelectualmente, cada uno desde sus *habilidades, competencias y conocimientos*.

El final es promover la colaboración como un valor para el paciente, para el ciudadano. Pero sabemos que conocerse y colaborar no se dará sin un esfuerzo. Una buena oportunidad es también conocerse fuera del ámbito laboral (*las emociones y los pensamientos positivos nos ayudan a abrirnos a nuevas posibilidades. Tenemos más capacidad para aprender y desarrollar nuestras habilidades*). Trabajar con los compañeros del hospital para evitar la falacia conceptual del "paciente como centro del sistema" y generar esfuerzos para promover valores humanísticos de la profesión. Son ellos mismos, los ciudadanos el sistema sanitario.

Para cada especialidad deberíamos conocer físicamente como mínimo al referente y al jefe de servicio. Los médicos de AP deberíamos conocer físicamente el hospital de referencia y los distintos servicios y dispositivos con los que consultamos, así como a los profesionales que los componen. *Ahí escucharemos más y hablaremos menos*. Fomentar la formación continuada interniveles. Sesiones clínicas conjuntas primaria/hospitalaria.

Los reciclajes de los tutores de los centros de salud, desplazando al profesional al hospital permiten aprender y practicar nuevas habilidades (*ecografía, infiltraciones, cirugía menor, psicoterapia breve, etc.*).

Los médicos de AH deben tener en sus programas formativos rotaciones obligatorias por atención primaria. En algunas especialidades ya está establecido pero el grado de cumplimiento es bajo. Toda/o MIR-EIR-FIR... debería rotar por AP, mínimo un mes, no solo porque sea, *la otra falacia, el eje del sistema y la entrada al sistema sanitario*, lo que los ingleses llaman el gate keeper, y es necesario conocerlo, también por el beneficio que pueda tener en las relaciones de integración-coordinación y conocimiento. Ver la forma de trabajar de los equipos de atención primaria, los recursos disponibles a dicho nivel, el tiempo y la capacidad resolutive.

Emparejarse. Aprovechando la proximidad como movilizador de la atracción entre las personas, la cercanía sentimental seguro que proporcionará una buena relación laboral. Lo que los expertos llaman el "Proximity Crush". Además, es una tendencia de la generación Z. En mi experiencia muchos médicos hospitalarios que entienden nuestro trabajo debido a que su madre, su hijo o su pareja son médicos de familia.

Conclusiones:

Sólo depende de nosotros mismos y podemos poner en práctica de manera inmediata las recomendaciones No Hacer.

Dialogar, respetarnos, consensuar precisaran que el sistema favorezca puntos de encuentro, pero también será muy importante nuestra disposición personal.

¿Qué puede hacer un médico del hospital para mejorar la relación con sus compañeros de primaria?

José María Saponi Cortés.

Adjunto Medicina Interna. Complejo Hospitalario de Cáceres.

Puntos clave:

1. **Comunicación efectiva:** enfatizar la importancia de implementar tecnologías avanzadas y mantener reuniones regulares que faciliten una comunicación clara y constante entre todos los niveles de atención.
2. **Respeto por la expertise mutua:** el respeto mutuo y el reconocimiento de la especialización de cada uno pueden fortalecer las relaciones interprofesionales y mejorar los resultados de la atención prestada al paciente.
3. **Integración de servicios:** desarrollar protocolos conjuntos y equipos multidisciplinares que trabajen unidos en la gestión de casos complejos, asegurando una atención más coordinada y eficiente.
4. **Educación continua y capacitación conjunta:** destacar la importancia de la capacitación continuada y la realización de talleres que no solo mejoren nuestras habilidades clínicas, sino también nuestras habilidades interpersonales y de colaboración.
5. **Feedback y evaluación conjunta:** los sistemas efectivos de feedback y evaluación pueden fomentar un entorno de mejora continua, vital para adaptarnos a las cambiantes necesidades de nuestros pacientes y del sistema de salud.

Texto:

La relación entre los médicos de hospital y atención primaria es a menudo la columna vertebral de un sistema de salud que se esfuerza por ser eficiente y efectivo. Sin embargo, enfrentamos desafíos significativos que pueden obstaculizar esta colaboración, como son la falta de comunicación efectiva, la insuficiente comprensión de los roles mutuos y, en ocasiones, la ausencia de un respeto profundo por la expertise de cada área.

Abordar estos retos no es solo una necesidad operativa, sino una urgencia ética. Mejorar nuestra relación significa mejorar la atención que reciben nuestros pacientes, optimizando recursos y tiempos, y elevando la satisfacción de todos los profesionales implicados.

Principales barreras que impiden la colaboración.

Lo primero que debemos abordar es la identificación de las principales barreras que impiden una colaboración efectiva entre los médicos de hospital y los de atención primaria. Estas no solo afectan la dinámica de trabajo entre nosotros, sino que también pueden impactar negativamente en la calidad del cuidado al paciente.

Considero como algunas de las más significativas:

1. Falta de comunicación efectiva: a menudo, existe una falta de mecanismos establecidos para una comunicación fluida y regular, lo que conduce a malentendidos y a la falta de información crítica sobre el estado y tratamiento de los pacientes.
2. Diferencias en prioridades y objetivos: los médicos de hospital podemos centrarnos más en la intervención aguda mientras que los de atención primaria pueden tener un enfoque más preventivo y a largo plazo, lo que puede llevar a diferencias en la planificación y manejo del tratamiento de los pacientes.
3. Escasez de tiempo y recursos: tanto en hospitales como en centros de atención primaria, los médicos solemos enfrentarnos a horarios apretados y una carga de trabajo elevada, lo que limita las oportunidades para interacciones significativas entre nosotros. Además, la falta de personal y recursos puede restringir la capacidad de implementar programas de integración y colaboración.
4. Diferencias culturales y de formación: las diferencias en la cultura de trabajo y en la formación entre los entornos de hospital y de atención primaria pueden llevar a desafíos en la comprensión mutua y en la valoración de los enfoques de tratamiento.
5. Falta de reconocimiento y valoración mutua: a menudo, puede haber una falta de comprensión o apreciación de las contribuciones y desafíos que enfrenta el otro, lo que puede llevar a una valoración insuficiente de la labor de cada uno.
6. Barreras organizacionales y administrativas: los sistemas administrativos complejos y las políticas rígidas pueden dificultar la implementación de iniciativas de colaboración efectiva y flexible.

Superando barreras para la colaboración.

Superar las barreras anteriormente comentadas requiere un enfoque multifacético que incluya mejoras en la comunicación, la integración de sistemas de información, el reconocimiento de las diferencias en objetivos y culturas profesionales, y el desarrollo de políticas que fomenten la colaboración y el respeto mutuo. Este enfoque no solo nos beneficiará como profesionales médicos en nuestro trabajo diario, sino que, fundamentalmente, mejorará la calidad de la atención que reciben nuestros pacientes.

1. Comunicación efectiva.

La eficacia de la comunicación entre los médicos de hospital y los de atención primaria es una piedra angular para la mejora de la colaboración interdisciplinaria y, por ende, de la atención al paciente. Una comunicación clara, oportuna y efectiva puede reducir significativamente los errores en el tratamiento y manejo de los pacientes.

Consideremos algunas estrategias clave para mejorar este aspecto:

- Implementación de tecnologías: plataformas de comunicación digital, herramientas de telemedicina, alertas y notificaciones automatizadas.
- Reuniones regulares: interacciones programadas, jornadas de integración, comités de coordinación:
- Capacitación en comunicación: talleres de habilidades comunicativas, simulacros de casos, entrenamiento en empatía y respeto, juegos de rol y simulaciones.

2. Respeto por la expertise mutua.

El respeto mutuo entre médicos de hospital y de atención primaria es fundamental para una colaboración efectiva. Reconocer y valorar la pericia y el papel crítico de cada uno de nosotros en el continuo de la atención médica mejora la comunicación, el entendimiento y la eficiencia del cuidado del paciente.

Cuales son a mi entender las estrategias para fomentar este respeto:

- Educación sobre roles: sesiones de información interdisciplinaria, programas de rotación e inmersión entre ambos niveles, formación continuada conjunta.
- Reconocimiento público: eventos de reconocimiento, comunicados y publicaciones, paneles de discusión y foros públicos.
- Desarrollo de una cultura de respeto institucional: políticas institucionales de mentoría y liderazgo.

Fomentar un ambiente de respeto mutuo es crucial para cualquier esfuerzo de colaboración en el sector salud. Al entender y valorar las contribuciones de cada uno de nosotros, podemos superar las barreras institucionales y personales que a menudo impiden la efectividad de la atención integral al paciente.

3. Integración de servicios.

Una atención al paciente coordinada y eficiente requiere una integración fluida entre los servicios de hospital y atención primaria. Esta integración no solo mejora la calidad de la atención sino que también optimiza los recursos y fortalece la continuidad del cuidado. Es fundamental implementar y desarrollar protocolos conjuntos e integrados, sistemas de referencia y contrarreferencia, establecer comités de revisión y actualización continua y desarrollar grupos multidisciplinarios que incluyan equipos de casos complejos con clara definición de roles y responsabilidades.

4. Formación continuada y capacitación conjuntas.

La formación continuada y la capacitación conjunta son fundamentales para asegurar que los médicos de hospital y atención primaria estén no sólo al día en sus conocimientos clínicos, sino también equipados con habilidades interpersonales y de colaboración necesarias para una atención médica integrada y efectiva.

En este sentido de capacitación y desarrollo profesional conjunto se pueden organizar sesiones de formación que no solo aborden aspectos clínicos, sino que también fomenten el trabajo en equipo y la comunicación efectiva entre disciplinas. Estas capacitaciones pueden incluir simulacros de casos, talleres de resolución de problemas, sesiones sobre liderazgo colaborativo, integración de currículos, simposios interdisciplinarios y rotaciones clínicas cruzadas.

5. Feedback y evaluación conjunta.

La implementación de sistemas efectivos de feedback y evaluación es crucial para la mejora continua de la colaboración entre ambos niveles asistenciales. Estos sistemas no solo nos van a ayudar a identificar áreas de mejora, sino que también fomentarán un entorno de transparencia y responsabilidad.

Los aspectos más significativos podrían ser: encuestas de satisfacción regulares y estructuradas, revisión de procesos, reuniones de análisis de feedback, grupos de trabajo para mejoras, herramientas de monitoreo y seguimiento (sistemas de gestión de calidad, dashboard de indicadores), evaluación continua y mejora (evaluaciones de impacto, ciclos de mejora continua).

Conclusiones:

Para mejorar la relación entre médicos de ambos niveles asistenciales es fundamental:

- Conseguir una comunicación efectiva entre ambos.
- Avanzar en el respeto y reconocimiento mutuos.
- La integración de servicios.
- La formación continuada y capacitación conjuntas.
- La implementación de sistemas de feedback y evaluación conjuntos.

¿Qué puede hacer un/a MIR para mejorar sus relaciones con sus compañer@s?

Rocío Espigares Puerto.

MIR 4º año de MFyC. CS San Jorge. Unidad Docente de Cáceres.

Puntos clave:

Tanto los médicos de primaria como de hospitalaria trabajamos con el mismo objetivo común: el bienestar del paciente.

Si lo que queremos es crecer debemos evitar las faltas de respeto entre compañeros.

Cuando conoces lo que hace el otro, todo cambia.

Los residentes pequeños deben apoyarse en los mayores con independencia de la especialidad que estén cursando.

Texto:

He hablado con mis compañeros y mi tutor en varias ocasiones, y es curioso cómo la solución siempre pasa por el otro. Es decir, pues este podría haber hecho tal cosa, y nunca pensar qué está en nuestras manos dicho fin. Porque como bien dice el lema de este foro “Médico, no te preguntes qué pueden hacer tus compañeros por tí, pregúntate qué puedes hacer tú para mejorar la relación con ellos”.

Voy a exponer una serie de puntos, que, a mi entender, podrían hacernos parar a pensar y, de llevarse a cabo en algún momento, podrían mejorar la relación entre atención primaria y hospitalaria.

Lo primero, quiero recordar que todos, tanto médicos de primaria como de hospitalaria, trabajamos con el mismo objetivo común: el bienestar del paciente, mejorar su calidad de vida y aumentar la esperanza de la misma. Y ligado a este punto, recordar que vemos pacientes, no patologías. No cabe duda ninguna de que el paciente no está capacitado, ni tiene la información suficiente para autodiagnosticarse.

Evitar, como bien ha dicho mi tutor anteriormente, el juego del “y tú más”. La única pregunta que debemos hacernos es si queremos crecer y evolucionar o si pretendemos vivir aferrados siempre a los mismos patrones. Porque si lo que queremos es crecer, debemos evitar las faltas de respeto entre compañeros médicos, aún más delante de los pacientes. A todos nos suena la conversación cuando un paciente ha sido valorado en ámbito hospitalario: “¿y no le han hecho/pedido tal cosa?”, o viceversa, cuando un paciente va a una consulta hospitalaria: “¿y tu médico no ha podido hacer esto antes de derivarte?”, y todo esto delante de los pacientes, lo que conlleva una probable falta de confianza en el otro médico.

Realizar periódicamente encuestas de necesidades en el hospital y en los centros de salud: qué esperas de Atención Primaria y Atención Hospitalaria respectivamente. La conclusión es clara, cuando te conoces y conoces lo que hace el otro, todo cambia.

Desde que conozco mi participación en este foro, he estado preguntando a mis compañeros, tanto de primaria como de hospitalaria qué solución aportarían para dicho fin. Y como comentaba al principio, la solución siempre pasa por echarle la culpa al otro. Pero sobre todo me llamó la atención la respuesta de un compañero de hospitalaria: “dejad de derivarnos marrones”. Y aquí me quería dirigir directamente a los compañeros de hospitalaria. Cuando derivamos a un paciente desde Atención Primaria (y creo que mis compañeros de primaria estarán de acuerdo), se hace habiendo agotado todos los recursos que tenemos en nuestro ámbito. Es decir, ya hemos solicitado las pruebas que tenemos a nuestro alcance y probado los tratamientos que creemos necesarios para la patología que presenta. No os vemos como alguien a quien pasarle los pacientes, si no como interconsultores.

Al hilo del punto anterior, ofrecería una rotación en Atención Primaria en el programa de formación especializada de las especialidades hospitalarias.

Ver la forma de trabajar de los equipos de Atención Primaria, los recursos de los que disponemos y la capacidad de resolver los problemas de los pacientes en poco tiempo. Lo mismo que el médico de Primaria tiene que rotar por los hospitales para conocer técnicas pues el médico del hospital tiene que saber también qué se está haciendo en los centros de salud. Yo misma me sorprendí en mi rotación en 6º de carrera en el Centro de Salud, no tenía ni idea de todo lo que se hacía, y creo que, hoy en día, tanto pacientes como muchos otros especialistas nos ven "como un puente para llegar a las consultas del Hospital". A todos nos sonará la frase "vengo a que me derive al especialista". La Atención Primaria es la eterna desconocida.

Acudir y hacer sesiones conjuntas entre residentes de Atención Primaria y Hospitalaria. No es lo mismo tratar según qué patologías en cada ámbito, y veo necesarias puestas en común de lo que puede aportar cada uno en su puesto y con los medios de los que dispone.

Favorecer reuniones periódicas entre tutores y residentes de ambos ámbitos: hospital y primaria. De esta manera, podremos poner en común puntos de vista de la otra parte e intentar poner solución.

Llevar siempre una buena relación con nuestros médicos residentes mayores. Nos pueden dar consejos que no encontraremos en internet, en los libros ni en ninguna otra parte. Preguntar siempre lo que no sepamos. Seguro que a todos nos ha sacado de un apuro algún residente mayor, sin importar si era de primaria u hospitalaria. No a las guerras de a ver quién sabe más y contesta antes.

Al final se trata de promover la colaboración como un valor para el paciente, para el ciudadano, pero sabemos que conocerse y colaborar no se dará sin esfuerzo por ambas partes.

Fomentar reuniones con los compañeros fuera del trabajo para afianzar los lazos de unión entre los diferentes médicos residentes. Y qué mejor que realizar actividades fuera de los hospitales, y centros salud y que no estén relacionadas siempre con la actividad laboral diaria, no todo va a ser trabajar.

Conclusiones:

Se trata de promover la colaboración entre nosotros como una forma de mejorar la atención prestada a los pacientes.

Conocerse y colaborar no se dará sin esfuerzo por ambas partes.

Código de Deontología Médica 2022.

**Organización Médica Colegial de España.
Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.**

Capítulo XI

RELACIONES DE LOS MÉDICOS ENTRE SÍ Y CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS

Artículo 46.1

Los médicos deben tratarse entre sí con lealtad, respeto y deferencia independientemente de la relación profesional o jerárquica que exista entre ellos. La confraternidad entre los médicos es un deber primordial y sobre ella solo tienen preferencia los derechos de los pacientes.

Artículo 46.2

El médico se debe abstener de criticar despectivamente las actuaciones de sus colegas. Hacerlo en presencia de pacientes, de sus familiares o de terceros, así como en medios de comunicación o en redes sociales, será considerado una circunstancia agravante.

Artículo 46.3

Las discrepancias entre los médicos no han de propiciar su desprestigio. Se debe evitar el daño o el escándalo; nunca están justificadas las injurias a un colega. Se deben evitar las polémicas públicas.

Artículo 46.4

Los desacuerdos profesionales de opinión y actuación entre médicos deben resolverse en el propio ámbito profesional o colegial.

Artículo 47.1

El médico, para beneficio de los pacientes y de la sociedad, debe compartir con otros médicos sus conocimientos científicos y su experiencia.

Artículo 47.2

Los médicos que comparten la responsabilidad asistencial de un paciente deben proporcionarse la información necesaria de forma clara y comprensible, evitando las siglas y terminología confusa.

Artículo 48.1

El médico no debe captar, ni para sí ni para otro profesional, pacientes por un interés ilegítimo.

Artículo 48.2

El médico debe comunicar a las autoridades competentes, si fuera el caso, y a su Colegio de Médicos, las supuestas infracciones de sus colegas contra las reglas de la Deontología Médica o de la práctica profesional. Este deber no supone una vulneración de la debida confraternidad entre los médicos. Debe permitirse el anonimato en estas comunicaciones si se considera oportuno.

Artículo 48.3

Cuando el médico considera necesaria una segunda opinión puede proponer, previo consentimiento expreso del paciente, al colega que considere más adecuado como consultor, o puede aceptar al que elija el paciente. Si sus opiniones difieren sustancialmente y el paciente o su familia deciden seguir el dictamen del consultor, el médico que venía tratando al paciente quedará liberado de continuar su asistencia.

Artículo 49.1

La responsabilidad deontológica del médico no desaparece ni se diluye por el hecho de trabajar en equipo, quedando delimitada por el principio de división del trabajo que atribuye responsabilidades concretas a cada miembro del equipo.

Artículo 49.2

La jerarquía del equipo médico debe ser respetada, pero nunca puede constituir un instrumento de dominio o exaltación personal. Quien ostenta la dirección de un equipo debe cuidar de que exista un ambiente de exigencia ética y deontológica, así como de tolerancia respetuosa con la diversidad de opiniones profesionales.

Artículo 49.3

El médico tiene la obligación deontológica de denunciar y promover la reparación de cuantas infracciones de la praxis médica se hayan podido cometer durante el trabajo en equipo.

Artículo 50.1

El médico debe mantener buenas relaciones con los demás profesionales sanitarios y tener en consideración sus opiniones, en beneficio del paciente.

Artículo 50.2

El médico, cuando trabaja en equipo, debe respetar el ámbito de las competencias del resto de los profesionales sanitarios, procurando que el trabajo asistencial sea el más correcto en ese momento.

Artículo 51.1

Los médicos que ostentan cargos directivos deben evitar conductas que supongan abuso de poder.

Artículo 51.2

Si un médico tiene conocimiento de que otro compañero está siendo sometido a cualquier tipo de acoso y/o a coacciones en su ejercicio profesional debe ponerlo en conocimiento del responsable del servicio, de la dirección del centro, del Colegio de Médicos o de las instancias judiciales, según el caso.

Artículo 51.3

Es recomendable que cuando un médico acuda a solicitar atención por un problema de salud se identifique como tal, no para obtener una atención de privilegio, sino para facilitar la relación clínica con el colega que le atiende, quien a su vez garantizará la calidad asistencial, evitando distorsiones derivadas del hecho de que el paciente sea médico.



ILUSTRE
COLEGIO OFICIAL DE
MÉDICOS DE CÁCERES

