

El derecho a una segunda opinión. Ventajas, barreras y recomendaciones para su ejercicio responsable

José Joaquín Mira, Virtudes Pérez-Jover, Inmaculada Blaya, Alejandro García, Olga Tomás y Jesús Rodríguez-Marín

Universidad Miguel Hernández. Elche. Alicante. España.

Estudio cofinanciado por la Agencia Valenciana de Ciencia y Tecnología y la Dirección General de Calidad y Atención al Paciente de la Consellería de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Correspondencia: Prof. J.J. Mira.

Departamento de Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández.

Avenida de la Universidad, s/n. Edificio Torrepinet. 03202 Elche. Alicante. España.

Correo electrónico: jose.mira@umh.es

Resumen

Introducción: Identificar las principales ventajas, barreras y propuestas innovadoras y eficaces para implantar efectivamente el derecho a una segunda opinión.

Material y método: Mediante técnicas cualitativas de búsqueda de consenso se analizaron los temas siguientes: ventajas de la segunda opinión, acciones para facilitar el derecho a la segunda opinión, dificultades derivadas del derecho a la segunda opinión, cambios previstos en el modelo de relación con el paciente y acciones para mejorar el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria. En los grupos de trabajo participaron 26 expertos de diferentes ámbitos relacionados con la segunda opinión.

Resultados: Respecto a las principales "ventajas de la segunda opinión", los expertos señalaron que aumentará la calidad, la confianza y la credibilidad del Sistema Sanitario. Respecto a la principal "dificultad derivada del derecho a la segunda opinión", se señaló la pérdida de imagen y desconfianza de los pacientes en el caso de evidenciar un *error médico*.

Conclusiones: Además de responder positivamente a una demanda ciudadana, la segunda opinión contribuirá a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria, siempre y cuando se acompañe de una intensa campaña de información, dirigida tanto al paciente como al profesional, que explique con claridad sus límites y el procedimiento que se debe seguir.

Palabras clave: Segunda opinión. Relación médico-paciente. Satisfacción del paciente. Calidad percibida.

Introducción

Diferentes normas de carácter autonómico (por ejemplo, artículo 16 de la Ley 1/2003, de 28 de enero, de la Generalitat Valenciana) y la Ley 41/2002 (LAP)¹ han contemplado el derecho a una segunda opinión dentro del sistema público de salud, cuando las circunstancias de enfermedad exijan tomar una decisión difícil, aunque su desarrollo plantea algunas dificultades prácticas.

El derecho a una segunda opinión ofrece a los pacientes la oportunidad de asumir un mayor protagonismo en las decisiones acerca de su salud² y refleja, de hecho, un cambio en el modelo de relación entre profesionales sanitarios y pacientes³, que se caracteriza porque el paciente ha pasado de ser

Abstract

Introduction: To identify the most important advantages of and obstacles against the right to a second opinion, as well as the most effective new proposals for establishing this right.

Material and method: The following issues were analyzed through various qualitative methods: the advantages of a second opinion, ways to provide the right to a second opinion, obstacles against establishing this right, expected changes in the doctor-patient relationship, and ways to improve patient access to health information. Twenty-six experts from diverse second opinion-related fields took part in the working groups.

Results: All the experts agreed that the main advantages of a second opinion were that this option increases the quality, reliability and credibility of the health system. The principal obstacle to a second opinion was loss of reputation and patient distrust when a medical mistake occurs.

Conclusions: The right to a second opinion provides a positive response to patients and helps to improve the quality of healthcare. This right must be accompanied by an intense information campaign aimed at both patients and health professionals. Such a campaign should clearly explain the limits of this right and the procedures to be followed.

Key words: Second opinion. Doctor-patient relationship. Patient satisfaction. Perceived quality.

"objeto" de la atención sanitaria a "sujeto" de esta atención⁴. Ha pasado de ser "dirigido" a tomar parte activa en la decisión de "por dónde ir"^{5,6}.

La segunda opinión es una práctica habitual en determinadas circunstancias (p. ej., procesos oncológicos o intervenciones quirúrgicas) en las instituciones sanitarias si bien, esta práctica, viene condicionada por: *a)* la voluntad de los profesionales y sus estilos de práctica⁷; *b)* los estilos de afrontamiento a la enfermedad del paciente^{8,9}, ya que el conocimiento de la enfermedad y la búsqueda de información parecen aliviar la tensión que se experimenta al saber que se tiene una enfermedad grave^{10,11}; *c)* el *locus* de control del paciente (atribución de la propia capacidad personal para actuar sobre lo que ocurre, los pacientes con *locus* de

control interno considerarían que sí pueden intervenir, los pacientes con *locus* de control externo considerarían que no), y *d*) la percepción del estado de salud del paciente, de tal modo que las personas con *locus* de control interno, y quienes piensan que su estado de salud no es muy bueno, mostrarían una mayor probabilidad de buscar una segunda opinión¹².

Se estima que entre un 30 y un 77% de los pacientes que reciben un diagnóstico por presentar una enfermedad grave desearían una segunda opinión¹³. Los motivos no están del todo claros ya que, a la creencia tradicional de que el impacto psicológico hace buscar una mayor seguridad en el diagnóstico¹⁴, hay que sumar los estudios que apuntan claramente a que una razón para buscar esa segunda opinión radica en su insatisfacción con el médico que les atiende, en una sensación de frustración por no haber podido preguntar todo lo que se deseaba o por quedarse sin conocer cuestiones importantes para el paciente y por desacuerdos con la forma de actuar del médico¹⁵⁻¹⁸.

En los últimos años, por efecto del desarrollo de la denominada Sociedad de la Información^{19,20}, la búsqueda de una segunda opinión o, sencillamente, contrastar la información que brinda el médico, se ha hecho cada vez más frecuente gracias a las facilidades que el acceso a Internet desde el hogar ofrece (disponible a todas horas, información muy detallada, segunda opinión sin la tensión de pedírsela al propio médico, permite hablar con otras personas en una situación semejante sin necesidad de identificarse)^{21,22}. El número de portales en la red que facilitan el acceso a una segunda opinión, y el número de páginas que recomiendan que se solicite una segunda opinión, ha experimentado un auge significativo, y se estima que un 19% de los internautas que visitan páginas sanitarias en Internet lo hacen en busca de una segunda opinión²³.

En la práctica se ha comprobado que la segunda opinión tiene beneficios para el paciente, tanto desde el punto de vista más psicológico²⁴ como, también, para el diagnóstico y el tratamiento, por ejemplo, introduciendo tratamientos menos radicales^{25,26}. Además, aunque es obvio que se incrementa la actividad, en algunos casos de servicios centrales por encima del 18%²⁷, los datos apuntan a que la segunda opinión ahorra costes por paciente entre 100 y 20.000 euros según los procesos estudiados^{28,29}.

Desde un punto de vista eminentemente clínico, en los estudios sobre segunda opinión se destaca que aproximadamente un 7% de los casos revisados suponen cambios significativos en el diagnóstico (rango entre 1 y 13%) y algunas divergencias que no afectan al diagnóstico, al tratamiento o al pronóstico hasta del 80%^{26,30-34}. Esto supone una cierta incertidumbre para el paciente que no sabe qué hacer mientras tanto o, finalmente, en quien debe confiar más.

Si bien las ventajas parecen claras, no lo es tanto cómo llevar a la práctica la segunda opinión. El ejercicio de este derecho para los ciudadanos plantea una serie de interrogantes. Este estudio pretende identificar las principales ventajas, las barreras más probables que deberían superarse y recoger propuestas para implantar efectivamente el derecho a una segunda opinión.

Material y método

Este estudio, realizado por encargo de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, se diseñó para conocer experiencias y recoger ideas que ayudaran a la puesta en práctica del derecho del paciente a la segunda opinión.

Se trata de un estudio de investigación cualitativa, en el que se combinan las técnicas de grupo nominal y grupo focal.

Para aplicar, con ciertas modificaciones, la técnica, y una vez definidos los temas a debatir y seleccionados los expertos, se presentó cada una de las cuestiones clave predefinidas para que los expertos individualmente formularan propuestas y, en grupo, debatieran sobre éstas. Para ello se procedió a presentar visualmente en un panel todas las aportaciones de los expertos, se mantuvo una discusión abierta sobre los temas y se tomó nota de temáticas que puedan aparecer durante esta discusión. Finalmente, para identificar las ideas sobre las que hay un consenso mayor, se pidió a los expertos que ponderaran cada una de las ideas propuestas.

Las preguntas planteadas a los expertos para suscitar el debate fueron: 1. Ventajas de la segunda opinión. 2. Acciones para facilitar el derecho a la segunda opinión. 3. Dificultades derivadas del derecho a la segunda opinión. 4. Cambios previstos en el modelo de relación con el paciente. 5. Acciones para mejorar el acceso de los ciudadanos a la información sanitaria.

La ponderación se realizó mediante una escala de 0 a 10 donde 0 representaba que la idea propuesta era poco relevante en opinión del experto y 10 extraordinariamente relevante (salvo en el caso de la cuestión sometida a debate sobre cambios previstos en el modelo de relación médico-paciente, en cuyo caso 0 significa muy poco probable que suceda y 10 muy probable).

En esta técnica es crucial la selección de los expertos participantes y también triangular la información obtenida, para lo que se recurre a ampliar el número de expertos y trabajar con varios grupos de características similares simultáneamente. En este caso se hizo con 3 grupos de expertos de composición similar.

Participantes

Se invitó a un total de 29 personas como expertos procedentes de muy diversos puntos de España. La distribución de las personas, por ámbito, fue la siguiente: 3 juristas especializados en el ámbito sanitario, 3 miembros de asociaciones ciudadanas, 7 clínicos de unidades especialmente sensibles a la segunda opinión, 3 directivos de centros sanitarios, 5 miembros de los servicios de atención al usuario, 3 inspectores médicos y 5 técnicos en calidad asistencial. Tres invitados no pudieron asistir por razones de última hora y no pudieron ser sustituidos. En total se contó con la participación de 26 expertos. La asignación de los expertos a cada grupo fue forzada a fin de asegurar que cada uno de los tres grupos de trabajo tuviera una composición similar.

En la selección de estos colectivos profesionales primó la idea de contar con los perfiles profesionales más directa-

mente implicados, que viven esta situación a diario y que cuentan, por tanto, con una experiencia que debiera aprovecharse, como es el caso de oncólogos, cirujanos, personal de atención al paciente, de servicios centrales que intervienen en la regulación de este derecho del paciente, inspectores médicos que reciben solicitudes en este sentido, expertos en calidad asistencial y atención al paciente, directivos de hospitales, juristas especializados en derecho sanitario y representantes de asociaciones ciudadanas sensibles a esta cuestión.

Análisis de las informaciones

Para analizar las ideas propuestas se realizaron 5 medidas: *a)* productividad del trabajo, en términos del número de ideas generadas individual y colectivamente; *b)* espontaneidad valorada en función del número de expertos que, de forma independiente, proponían una misma idea; *c)* intensidad de la recomendación medida en términos de la ponderación asignada a cada idea; *d)* acuerdo sobre la recomendación, calculada a partir del coeficiente de variación, y *e)* consistencia de la idea triangulando la información y analizando si una misma idea era repetida por los expertos de otro grupo. El análisis de los datos en cada una de las variables definidas se realizó considerando, primero, cada grupo de trabajo de forma independiente y, segundo, agrupando los datos de los 3 grupos de trabajo. Adicionalmente, se procedió a recoger y codificar las aportaciones durante las sesiones para recoger el sentido de éstas y los acuerdos y divergencias, y presentar una síntesis de ellas.

Resultados

La suma total de ideas aportadas por los expertos (productividad) durante la fase de grupo nominal fue de 1.065. Si se descuentan las ideas similares de este total, se aportó un total de 680 ideas diferentes en los debates. El grupo A produjo 173 ideas, el B, 197, y el C, 310.

El número de ideas generadas por los expertos osciló entre 45 (en el caso del tema 4, cambios previsibles en el modelo de relación con el paciente) y 134 (en el tema 3, dificultades en la implantación de la segunda opinión). Si nos atenemos al número de ideas diferentes (espontaneidad), el rango osciló entre 29 (tema 1, ventajas en la implantación de la segunda opinión) y 79 (tema 4, cambios en el modelo de relación). El número de ideas aportadas por cada experto osciló entre las 7 del primer grupo a las 12 del tercero.

En la tabla 1 se recoge la consistencia de las ideas (número de veces que se repiten las ideas entre los grupos), así como la intensidad con que se recomiendan y su coeficiente de variación.

En el caso de las ventajas de la segunda opinión, los expertos señalan que el derecho a una segunda opinión aumentará la calidad, la confianza y la credibilidad del ciudadano y del paciente en el sistema sanitario, disminuirá la ansiedad y la preocupación del paciente y sus familiares, aumentará la

transparencia del sistema sanitario y permitirá contrastar las opiniones. Se piensa también, aunque con un menor grado de coincidencia, que contribuirá a disminuir la variabilidad, mejorará la fiabilidad de las decisiones clínicas y dará respuesta a una demanda ciudadana. La regulación de este derecho, por otro lado, debe permitir a la autoridad sanitaria renegociar a la baja el coste de las pólizas de seguro por responsabilidad civil.

En algunas de las cuestiones planteadas en la discusión en grupo se resaltó que el médico “va a tener que aprender a decir las cosas de otra forma”, por lo que los expertos consideraron que “muchos médicos tendrán que formarse en comunicación afectiva”. También se debatió si realmente el paciente “obtendrá un ahorro económico al no tener que ir a una consulta privada a solicitar una segunda opinión, ya que dispondrá de ella en el propio sistema sanitario”.

Las recomendaciones de los expertos para implantar con éxito el derecho a una segunda opinión se centran, sobre todo, en informar al paciente para que haga un uso racional y responsable de su derecho, información que se recomienda que se haga extensiva al conjunto de los profesionales y de los ciudadanos por diversos canales y de la forma más amplia. Esta información, en el caso de los profesionales, debe incluir las posibles consecuencias de la segunda opinión. Los expertos coincidieron a la hora de señalar que era necesario poner límites al derecho a esa segunda opinión en la reglamentación que se desarrollara, normativa reclamada por los expertos para garantizar la aplicación de este derecho, y especificar cuándo y cómo solicitar esa segunda opinión.

En este punto nos encontramos con dos posturas contrarias: los integrantes de las asociaciones opinaron que “no se deben poner limitaciones, sino acotaciones”; por el contrario, los participantes relacionados directamente con la prestación de la asistencia sanitaria opinaron que “los límites son necesarios”.

Los expertos insistieron en la necesidad de que los límites que se definan para ejercer el derecho a una segunda opinión no fueran ni excesivos ni lentos por las consecuencias que esto podría tener en los pacientes y que no se olvidara de que el objetivo que debe perseguirse es la mejora de la información al paciente para facilitarle al máximo que pueda participar en las decisiones sobre su salud. Las ideas sobre las que existió mayor coincidencia fueron la formación de los profesionales para saber actuar ante esta nueva situación, establecer un canal de comunicación para que el primer facultativo conozca la “segunda” opinión, contemplar incentivos para los profesionales a quienes más se solicita una segunda opinión, o establecer un mecanismo para solicitar la segunda opinión por internet.

Otras de las recomendaciones de los expertos invitados, que sugirieron que sería recomendable definir qué profesionales y en qué condiciones deberían hacer el dictamen de esa segunda opinión, fueron contar con las asociaciones ciudadanas y de pacientes, con los Servicios de Atención e Información al Paciente y con las sociedades científicas. La cuestión de qué hacer después de la segunda opinión, “qué facultativo sigue con el proceso para que no se pierda la continuidad asistencial”, resultó controvertida. En este sentido,

Tabla 1. **Tabla de consistencia de las ideas planteadas**

GRUPO	Nt	Media t	CV
<i>1. Ventajas de la segunda opinión</i>			
Aumenta la confianza de los pacientes en el sistema sanitario	10	9,1	0,1
Disminuye la ansiedad de paciente y familiares	16	8,8	0,1
Aumenta la calidad del sistema sanitario	7	8,4	0,1
Mejora la calidad científico-técnica y la calidad percibida	4	8,3	0,2
Aumenta la transparencia del sistema sanitario	9	8,1	0,2
Mayor fiabilidad del resultado	4	8,1	0,2
Autonomía del paciente	3	8,0	0,2
Contrastar opinión y poder elegir	9	7,9	0,2
Da respuesta a la demanda ciudadana	2	7,8	0,2
Incentivo de mejora, desarrollo profesional	4	7,5	0,2
Sistema de acreditación de los médicos que generen segundas opiniones	4	7,3	0,2
Fomento de la implicación del paciente, responsabilidad compartida	2	7,2	0,2
Prestigio y reconocimiento para profesionales	9	6,6	0,2
<i>2. Acciones para facilitar el derecho a la segunda opinión</i>			
Regular la segunda opinión en la normativa sanitaria	6	8,9	0,2
Informar a los pacientes para el correcto uso de la segunda opinión	14	8,8	0,1
Tener como objetivo real la mejora de la información y la decisión del paciente	2	8,6	0,1
Explicar a los profesionales cómo y por qué	2	8,5	0,1
Dar comunicación a todas las partes implicadas	10	8,4	0,2
Establecer alcance, límites y condiciones de este derecho	11	8,2	0,3
Trámites administrativos sencillos y rápidos	7	8,1	0,2
Establecer protocolos de actuación	6	8,1	0,2
Implantar programas de acreditación de los profesionales responsables de la segunda opinión	5	8,1	0,1
Dar información en asociaciones de pacientes	2	7,9	0,3
Impartir cursos de formación a profesionales sobre el derecho a la segunda opinión	8	7,8	0,2
Contar con las unidades que vayan a gestionar la segunda opinión a la hora de diseñar el procedimiento más fácil	2	7,8	0,2
Instaurar equipos interdisciplinarios para facilitar el seguimiento	3	7,7	0,2
Definir catálogo de enfermedades susceptibles de segunda opinión	7	7,7	0,2
Responsabilizar a los ciudadanos en el uso del derecho a la segunda opinión	3	7,7	0,3
Contar con la posibilidad de consultas a las sociedades científicas	3	7,7	0,2
Mostrar el derecho a la segunda opinión como beneficioso para todos (pacientes, profesionales, organización, etc.)	2	7,7	0,2
Hay que preparar la oferta facultativa antes de que se extienda la demanda	2	7,7	0,2
Contemplar factores asociados (transporte, comer, dormir) y sus repercusiones económicas	2	7,7	0,2
Medir e incentivar a los profesionales más consultados	4	7,5	0,2
Hacer que el derecho a la segunda opinión no perjudique a los profesionales	3	7,5	0,3
Utilizar los medios de comunicación	5	7,4	0,3
Informar a los usuarios mediante el médico de atención primaria	2	7,3	0,2
Contemplar la realimentación a primer facultativo especialista de Área	6	7,3	0,2
Que la administración tome una actitud decidida en la implantación de este derecho a la segunda opinión	2	7,2	0,1
Realizar una planificación de las acciones a emprender	2	7,2	0,3
Crear una ventanilla en los SAIP para informar acerca de este derecho	4	6,9	0,3
Consultar a los profesionales sobre la necesidad de la segunda opinión	2	6,9	0,2
Prever la respuesta de las administraciones ante el "incumplimiento" (cuando no se pueda dar esa segunda opinión por algún motivo)	2	6,8	0,4

(Continuación en la página siguiente)

Tabla 1. **Tabla de consistencia de las ideas planteadas (continuación)**

GRUPO	Nt	Media t	CV
<i>3. Dificultades derivadas del derecho a la segunda opinión</i>			
Corporativismo y rechazo, resistencia médica	8	8,7	0,1
Duplicidad de pruebas diagnósticas	5	8,2	0,2
Incremento de trabajo en los especialistas	2	8,2	0,2
Demora entre la primera y segunda opinión	6	8,1	0,2
Nuevos flujos de pacientes: aumento de la oferta y de la demanda	4	8,1	0,2
Falta de recursos (humanos, materiales y técnicos)	13	8,1	0,2
Puede generar una desconfianza sistemática de actitud para con el médico de la primera opinión	14	8,0	0,2
Ante la diferencia de diagnóstico, angustia del paciente	12	7,9	0,2
Problemas con las discrepancias	8	7,8	0,2
Límites territoriales (posible descoordinación desde diferentes organismos)	3	7,8	0,2
No existe la cultura (organizativa, entre profesionales y entre pacientes) para facilitar el derecho a la segunda opinión	3	7,8	0,2
Incremento de la medicina defensiva	7	7,6	0,2
Disminución de la confidencialidad de la información médica	5	7,4	0,2
Desigualdades en el ejercicio efectivo del derecho a la segunda opinión	5	7,3	0,3
Aumento de costes y derivación encubierta al sector privado si la segunda opinión se permite fuera del sistema público	3	7,3	0,2
Que el derecho a la segunda opinión se convierta en obligación	6	7,2	0,3
Gastos indirectos (transporte, etc.)	2	7,2	0,3
Limitación de los casos de excusión de la segunda opinión	3	7,1	0,3
Puede producir un aumento de pruebas, diagnósticos (más gastos y más molestias) para asegurar más los diagnósticos	3	7,1	0,2
Encarecimiento del acto clínico por realizar pruebas nuevas	5	7,1	0,4
Dificultades para determinar qué casos tienen derecho a la segunda opinión	5	7,1	0,3
Aumento de la desconfianza y la angustia de los pacientes cuando se conozca la gran variabilidad clínica	3	6,9	0,4
Aumento de las reclamaciones patrimoniales: judicialización del sistema	10	6,8	0,3
Demanda no realista por parte de los pacientes	7	6,8	0,4
Resistencias por parte de los profesionales	7	6,7	0,3
Cómo reconocer en forma de salario a los profesionales de referencia para la segunda opinión	2	6,7	0,2
Querer una segunda opinión y no tener opción a ella	2	6,5	0,3
Puede provocar la devaluación del consenso interno del servicio (sesiones clínicas, etc.)	5	6,5	0,4
<i>4. Cambios previstos en el modelo sanitario</i>			
Mayor nivel de exigencia en el paciente	3	8,7	0,1
La formación impartida en la universidad sigue estando alejada de la realidad de la práctica profesional	2	8,6	0,2
Exigencia al profesional de una mejor y mayor aproximación a las necesidades de información de los pacientes	2	8,4	0,1
Estímulo para la mejora del profesional	2	8,1	0,2
Más integración de la opinión del paciente en las decisiones de manejo	7	8,0	0,2
Necesidad de formación "social comunicativa" para el médico	4	7,8	0,1
Cambio cultural, paciente y médico	2	7,7	0,2
Necesidad de comprobar ("controlar") la información clínica disponible en Internet	2	7,5	0,2
Relación más humana, mejor trato	3	7,5	0,3
Aumento de la calidad percibida por el paciente	2	7,5	0,2
Barreras en el acceso a nuevas tecnologías como condicionantes de la equidad	3	7,4	0,3
Responsabilidad mayor de los ciudadanos en el cuidado de su salud (autocuidados)	2	7,4	0,2
Mayor integración de la sociedad en los órganos de decisión	3	7,2	0,2
Implica potenciación de los servicios de información, atención al paciente, comunicación, márketing e imagen de los centros, etc.	2	7,2	0,2
Incremento de las expectativas de los pacientes con respecto al sistema sanitario	2	7,2	0,2
Se necesita más tiempo para hacer efectiva la información	2	7,0	0,2

(Continuación en la página siguiente)

Tabla 1. Tabla de consistencia de las ideas planteadas (continuación)

GRUPO	Nt	Media t	CV
Mayor confianza en el sistema sanitario	2	7,0	0,2
Aumento del compromiso compartido en las decisiones que afectan al paciente	7	6,8	0,3
Mejora de la gestión de los centros (profesionalización)	2	6,7	0,3
Aumento de la simetría de la información	2	6,6	0,2
Propicia un entorno de elección competitiva	2	6,5	0,3
<i>5. Acciones para mejorar el acceso a la información sanitaria</i>			
Utilización del lenguaje llano en la información escrita ("comprensibilidad")	2	8,3	0,1
Implantación de nuevas tecnologías	3	8,2	0,2
Que el profesional tenga toda la información para poder transmitirla al paciente	4	7,7	0,1
En el contexto de "educación sanitaria", la atención primaria tiene un papel muy importante	2	7,7	0,2
Educación/información sanitaria en las escuelas sobre "hábitos saludables"	4	7,6	0,2
Formación a los profesionales para que puedan transmitir la información a los pacientes	7	7,5	0,2
Establecer un circuito simple para facilitar la transmisión de la información	2	7,4	0,2
Disponer de cuadros informativos en los espacios donde están los pacientes susceptibles de optar a la segunda opinión (consultas, etc.)	3	73,4	0,3
Información a través de portales de Internet	3	7,4	0,2
El sistema tiene que controlar la calidad de los portales	2	7,4	0,2
Incluirlos en la carta del paciente	3	7,3	0,3
Implicar a sociedades científicas en la difusión de la información	2	7,3	0,3
Campañas publicitarias en televisión, prensa escrita y radio	11	7,3	0,3
Formación en comunicación para los profesionales	4	7,2	0,2
El sistema proporcionará medios (tiempo) para informar	3	7,2	0,3
Que los puntos de información de segunda opinión sean únicos y definitivos	4	7,1	0,3
Reunirse periódicamente con asociaciones de pacientes	4	7,1	0,3
Disponer de profesionales preparados en el Servicio de Atención e Información al Paciente que puedan informar sobre la segunda opinión	2	7,1	0,3
Las organizaciones ciudadanas han de educar en un uso racional y seguro de la información en los medios y en la red	2	7,0	0,3
Implicar a organizaciones sociales (consumidores, vecinos, etc.)	3	6,7	0,3
Debates de expertos sobre la segunda opinión	2	5,1	0,5

CV: coeficiente de variación; Media t: media de las puntuaciones de los diferentes grupos; Nt: número de expertos que señalan una idea en todos los grupos.

se introdujo "la importancia del médico de cabecera como agente del proceso", ya que "oferta el servicio y después puede actuar como juez para decidir cuál de las opiniones es más acertada".

En cuanto a las dificultades de implantación, los debates señalaron que las principales dificultades provendrían de: *a)* la pérdida de imagen que para el médico puede suponer aceptar que puede equivocarse; *b)* la aparición de una reacción de rechazo entre los médicos; *c)* que se genere una cierta desconfianza entre los pacientes hacia los médicos en razón de que al considerar que pueden equivocarse en sus decisiones se incrementen las peticiones de segunda opinión; *d)* por el incremento de recursos que pudieran precisarse y que impidieran el ejercicio de este derecho (incluida la posible aparición de listas de espera para una segunda opinión); *e)* que se incrementen las demandas patrimoniales; *f)* la aparición de una mayor angustia en el paciente al

recibir una segunda opinión contradictoria; *g)* que se incrementen la "medicina defensiva" para evitar errores; *h)* se incrementen la competitividad entre profesionales; *i)* haya profesionales que se nieguen a dar una segunda opinión; *j)* dificultades a la hora de tomar decisiones cuando un facultativo sea corregido de forma frecuente en una segunda opinión; *k)* que exista un abuso de la segunda opinión, o *l)* que se produzcan desigualdades en el acceso a la segunda opinión.

Otras temáticas abordadas fueron: *a)* la posible disminución de la confidencialidad de la información, aunque se entendía mayoritariamente que era un tema que podría abordarse con éxito; *b)* si "los médicos están predispuestos o no a informar sobre la segunda opinión", ya que si "no están muy de acuerdo con la introducción de esta posibilidad podrían no favorecerla". En este sentido una mayoría era de la opinión de que es necesario "tranquilizar y actuar sobre el cambio de

cultura que acompaña la regulación de la segunda opinión”, y c) si pudiese “provocar una carga asistencial de los profesionales mejor valorados” y, por tanto, “reconocer salarialmente el exceso de trabajo a estos médicos”. Aquí se abrieron varias posibilidades. Que el nivel de prestigio fuera un criterio para seleccionar los que podrían hacerse cargo de esa segunda opinión o dejar más abiertas las opciones, sin que existiera unanimidad.

Otro de los temas tratados, el de los cambios que se espera se produzcan en el modelo de relación médico-paciente a corto plazo, coincidió con el mayor protagonismo del paciente. Los profesionales precisarán habilidades de comunicación, mayor información sobre práctica basada en la evidencia y conocimientos para usar las nuevas tecnologías de la información.

Los expertos consideraron la televisión, la prensa escrita y la radio los medios idóneos para informar a los ciudadanos, aunque señalaron la necesidad de que los profesionales sean capaces de transmitir mejor la información a los pacientes, que el lenguaje que se emplee se adecue a los pacientes y se establezcan alianzas con el sistema educativo para mejorar la educación sanitaria de la población desde el primer nivel, viendo la necesidad de trabajar con las asociaciones de pacientes y las asociaciones ciudadanas.

Discusión

Las técnicas cualitativas se están utilizando para identificar puntos de vista u opiniones, contrastar criterios o establecer pautas de actuación que respondan a la visión de expertos acerca de una determinada temática. En este caso, se recurrió a estas técnicas cualitativas para identificar puntos de vista sobre cuestiones clave a la hora de hacer realidad el derecho de los pacientes a una segunda opinión.

La investigación cualitativa tiene, como todas las técnicas de investigación, algunas limitaciones. El enfoque de este estudio, en el que se ha trabajado con tres grupos independientes de composición similar, permite triangular la información obtenida y, por tanto, incrementar la validez del estudio. Ahora bien, una importante limitación que afecta a su validez está condicionada por la selección de los expertos invitados ya que, aunque se ha contado con profesionales de prestigio en su ámbito, procedentes de muy distintas comunidades autónomas, con experiencias diferenciadas y, sobre todo, cuidando que la composición de cada uno de los tres grupos fuera similar y contara con las distintas sensibilidades necesarias para abordar un complejo tema como es éste, es obvio que sus aportaciones no necesariamente representan el sentir del conjunto del sistema sanitario. Los expertos invitados dieron muestras de una gran productividad y aportaron un buen número de ideas. Los debates fueron animados y permitieron perfilar las opiniones e ideas volcadas por cada uno de ellos.

En opinión de los expertos, la segunda opinión, además de ser una demanda ciudadana, contribuirá a la mejora de la calidad asistencial, particularmente reducirá la variabilidad innecesaria, e incrementará la confianza de los ciudadanos

en el sistema sanitario, amén de que los pacientes con enfermedades graves verán reducidos sus temores y algunas de sus principales dudas recurriendo a la segunda opinión. Este último punto parece contrastado a la luz de los resultados del estudio de Rosenberg et al²⁴ en el que un 58,9% de pacientes manifestó que la segunda opinión efectivamente había reducido sus temores.

Los datos de este estudio inciden, precisamente, al señalar como ventajas principales de la segunda opinión que incrementa la confianza del paciente en el sistema sanitario y que contribuye a reducir la ansiedad que supone saberse enfermo o afrontar un determinado tratamiento invasivo. No obstante, se señala, al mismo tiempo, que dado que los grados de exigencia de los ciudadanos respecto del sistema sanitario se están incrementando de forma muy notoria, éste puede ser un factor que influya negativamente en la confianza de los pacientes en los profesionales.

Una intensa campaña informativa dirigida tanto a la ciudadanía como a los profesionales sanitarios parece, a juicio de los expertos, una acción imprescindible para hacer efectivo este derecho. La contribución de las sociedades científicas y de las asociaciones ciudadanas y de pacientes debería permitir una mayor difusión y una mayor eficacia de esta campaña informativa.

El derecho a una segunda opinión debe tener unos límites claros, bien definidos, y que contribuyan a no colapsar el sistema sanitario, a la vez que hagan realidad esta demanda ciudadana. La información al ciudadano a la que se alude debe insistir en este punto para evitar un consumo innecesario de recursos y, sobre todo, que no suponga para el profesional una fuente de conflicto con el paciente al “imponer esos límites”. La Administración sanitaria debiera, a tenor de la opinión recogida de los expertos invitados, desarrollar los recursos necesarios y, sobre todo, definir un circuito ágil para hacer efectiva la segunda opinión. Los profesionales, a su vez, deben conocer las ventajas y los inconvenientes de procedimiento y legales asociados a la segunda opinión, y asegurar su implantación, así como garantías para la seguridad jurídica de los profesionales.

Las resistencias corporativas que se esperan o las necesidades de mayores recursos no deberían suponer barreras infranqueables que impidieran el ejercicio del derecho a una segunda opinión. Sin duda, el éxito y la decidida colaboración de los profesionales pueden depender de cómo se organice en la práctica este derecho del paciente. Evitar duplicidades innecesarias o simplificar los trámites aparecen como cuestiones complejas, pero claves, para evitar una reacción de rechazo entre los profesionales. La Administración sanitaria tendrá que superar algunas dificultades estructurales y organizativas para hacer efectivo este derecho de los pacientes. Cabe pensar en una reducción de costes finales de la atención sanitaria a la luz de los resultados antes comentados, pero es más que probable que, para determinados servicios, suponga un incremento de la actividad para la que deben estar preparados y que, cabe esperar, no se viva con gran entusiasmo, sino se perciben algunas ventajas.

Los expertos señalaron algunas otras dificultades a la hora de implantar la segunda opinión. La primera, que se in-

cremente la práctica de la denominada “medicina defensiva”, una no deseada mayor competitividad entre clínicos y la posible negativa de aplicar este derecho por posibles discrepancias de criterios con otros profesionales. Otras dificultades que se señalaron como probables fueron que los pacientes abusen de la segunda opinión y que las listas de espera en determinadas especialidades hagan difícil el derecho a una segunda opinión³⁰ en un plazo “razonable”.

Las nuevas tecnologías, que ya están acercando la segunda opinión a los pacientes, ofrecen oportunidades que no deben desaprovecharse a lo hora de definir los procedimientos de trabajo. Ahora bien, ello requiere de un gran esfuerzo para que los profesionales “aprendan” cómo utilizar estas tecnologías.

En opinión de los expertos, el estilo de las nuevas generaciones afecta de diversas maneras al modelo de relación entre profesionales y pacientes, fundamentalmente porque los más jóvenes cuando precisen servicios sanitarios plantearán un mayor nivel de exigencia, sobre todo en cuanto se refiere a información y a participación en la toma de decisiones. Esta opinión concuerda con los hallazgos del estudio de Leydon et al¹⁰ en el que se señala que los pacientes más jóvenes, varones, suelen adoptar un papel más activo a la hora de afrontar su enfermedad y buscan más información y en fuentes diferentes al médico. Este hecho hace probable que la demanda de segunda opinión se vaya paulatinamente incrementando, lo que afecta al modo en que se organicen los circuitos para evitar demoras.

Los expertos coincidieron al señalar que los profesionales deben contar con recursos personales para comunicar eficazmente, y que veremos reforzados los papeles y las responsabilidades de los servicios de atención e información al paciente. La segunda opinión es una demanda ciudadana que no puede relegarse, aunque su puesta en práctica no resulta sencilla. Para ello parece imprescindible la formación del médico en habilidades de comunicación, de tal forma que disponga de los recursos suficientes para entender las necesidades de información del paciente, sus dudas y temores, y con ello evitar segundas consultas innecesarias^{14,17,24}. Las investigaciones han puesto de relieve que la mayoría de los pacientes se siente insuficientemente informado^{35,36} y que, en el caso de procesos graves e incapacitantes³⁷, cuando el médico facilita al paciente que manifieste sus dudas y temores, logra hasta 10 puntos porcentuales más en el grado de comprensión de la información clínica que le transmite y es quien termina estando más confiado con la decisión clínica adoptada³⁸. Esta parece ser la mejor política para limitar las peticiones de una segunda opinión y para que este derecho se ejerza de un modo responsable^{39,40}.

Agradecimientos

Los autores deseamos manifestar nuestro agradecimiento a las personas que han hecho posible la realización de este trabajo con sus aportaciones e ideas: Hortensia Aguado, Alejandro Aguilar Almansa, Juan Carlos Aísa, José Antonio Buil,

Mercedes Casquero, Alberto Fernández, Ignacio Ferrer, Javier García Sánchez, Rosa García Toledo, Félix Gutiérrez, Mariano Hernán, Emilio Ignacio, Susana Lorenzo, Emilia Llorca, Rafael Martín Perles, José Manuel Martín Vázquez, Amparo Mocholí, Fernando Palacio, Rafael Peset, Salvador Riera Quintana, Carlos Ruiz Navarro, Mercedes Santamaría, Carmen Silvestre, Guillermo Vázquez, Agustín Villanueva, Julián Vitaller.

Bibliografía

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica. BOE n.º 274, de 15/11/2002.
2. Mira JJ, Rodríguez-Marín J. Análisis de las condiciones en las que los pacientes toman decisiones responsables. *Med Clin (Barc)*. 2001;116:104-10.
3. Coulter A. After Bristol: putting patients at the centre. *BMJ*. 2002;324:648-51.
4. Meneu R. La perspectiva de los pacientes. *Gestión Clínica y Sanitaria*. 2002;4:3-4.
5. Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med*. 1998;47:329-39.
6. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *JGIM*. 1989;4:23-30.
7. Mira JJ, Llinás G, Gil V, Orozco D, Palazón I, Vitaller J. Validación de un instrumento para identificar estilos de práctica profesional del médico de Atención Primaria. *Aten Primaria*. 1998;21:14-22.
8. Endler NS, Parker JD. Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*. 1990;58:844-54.
9. De Ridder D. What is wrong with coping assessment? A review of conceptual and methodological issues. *Psychol Health*. 1997;12:417-31.
10. Leydon GM, Boulton M, Moynihan C, Jones A, Mossman J, Boudioni M, et al. Cancer patients' information needs and information seeking behaviour: in depth interview study. *BMJ*. 2000;320:909-1013.
11. Stewart DE, Wong F, Cheung AM, Dancey J, Meana M, Cameron JI, et al. Information needs and decisional preferences among women with ovarian cancer. *Gynecol Oncol*. 2000;77:357-61.
12. Sutherland LR, Verhoef MJ. Why do patients seek a second opinion or alternative medicine? *J Clin Gastroenterol*. 1994; 19:194-7.
13. Lobb EA, Kenny DT, Butow PN, Tattersall T. Women's preferences for discussion of prognosis in early breast cancer. *Health Expect*. 2001;4:48-57.
14. Mellink WA, Dulmen AM, Wiggers T, Spreeuwenberg PM, Eggermont AM, Bensing JM. Cancer patients seeking a second surgical opinion: results of a study on motives, needs, and expectations. *JCO*. 2003;21:1492-7.
15. Eysenbach G, Diepgen TL. Patients looking for information on the Internet and seeking teledvice: motivation, expectations, and misconceptions as expressed in e-mails sent to physicians. *Arch Dermatol*. 1999;135:151-6.

16. Starke M, Moller A. Parents' needs for knowledge concerning the medical diagnosis of their children. *J Child Health Care*. 2002;6:245-7.
17. Van Dalen I, Groothoff J, Stewart R, Spreeuwenberg P, Groenewegen P, Van Horn J. Motives for seeking a second opinion in orthopaedic surgery. *J Health Serv Res Policy*. 2001;6:195-201.
18. Sutherland LR, Verhoef MJ. Patients who seek a second opinion: are they different from the typical referral? *J Clin Gastroenterol*. 1989;11:308-13.
19. Anderson JG, Rainey MR, Eysenbach G. The impact of Cyber-Healthcare on the physician-patient relationship. *J Med Syst*. 2003;27:67-84.
20. Miller TE, Derse AR. Between strangers: the practice of medicine online. *Health Aff*. 2002;21:168-79.
21. Eysenbach G. Consumer Health informatics. *BMJ*. 2000;320:1713-6.
22. Metcaff MP, Tañer TB, Coulehan MB. Empowered decision making. Using the Internet for health care information and beyond. *Caring*. 2001;20:42-4.
23. Bessell TL, Silagy CA, Anderson JN, Hiller JE, Sansom LN. Prevalence of South Australia's online health seekers. *Aust N Z J Public Health*. 2002;26:170-3.
24. Rosenberg SN, Gorman SA, Snitzer S, Herbst EV, Lynne D. Patients' reactions and physician-patient communication in a mandatory surgical second-opinion program. *Med Care*. 1989;21:466-77.
25. Staradub VL, Messenger KA, Hao N, Wiley EL, Morrow M. Changes in breast cancer therapy because of pathology second opinion. *Ann Surg Oncol*. 2002;9:982-7.
26. Clauson J, Hsieh YC, Acharya S, Rademaker AW, Morrow M. Results of the Lynn Sage Second-Opinion program for local therapy in patients with breast carcinoma. *Cancer*. 2002;94: 889-94.
27. DiPiro PJ, Van Sonnenberg E, Tumeh S, Ros PR. Volume and impact of second-opinion consultations by radiologists at a tertiary care cancer center: data. *Acad Radiol*. 2002;9:1430-3.
28. Coblenz TR, Mills SE, Theodorescu D. Impact of second opinion pathology in the definitive management of patients with Bladder carcinoma. *Cancer*. 2001;91:1284-90.
29. Murphy WM, Rivera-Ramirez I, Luciani LG, Wajzman Z. Second opinion of anatomical pathology: a complex issue not easily reduced to matters of right and wrong. *J Urol*. 2001;165: 1957-9.
30. Westra WH, Kronz JD, Eisele DW. The impact of second opinion surgical pathology on the practice of head neck surgery: a decade experience at a large referral hospital. *Head Neck*. 2002;24:684-93.
31. Cook IS, McCormick D, Poller DN. Referrals for second opinion in surgical pathology: implications for management of cancer patients in the UK. *Eur J Surg Oncol*. 2001;27:589-94.
32. Layfield LJ, Jones C, Rowe L, Gopez EV. Institutional review of outside cytology materials: a retrospective analysis of two institutions' experiences. *Diagn Cytopathol*. 2002;26:45-8.
33. Hahm GK, Niemann TH, Lucas JG, Frankel WL. The value of second opinion in gastrointestinal and liver pathology. *Arch Pathol Lab Med*. 2001;125:736-9.
34. Graboys T, Biegelsen B, Lambert S, Blatt Ch, Lown B. Results of a second opinion trial among patients recommended for coronary angiography. *JAMA*. 1992;268:2537-40.
35. Sculper MJ, Dwyer N, Browing J, Horsley S, Cullimore J. A survey of women's preferences regarding alternative surgical treatments for menorrhagia. *Health Expect*. 1998;1:96-105.
36. Ashbury F, Findlay H, Reynolds B, McKerracher KA. Canadian survey of cancer patients' experiences: are their needs being met? *J Pain Symptom Manage*. 1998;16:298-306.
37. Kronz JD, Westra WH, Epstein JI. Mandatory second opinion surgical pathology at a large referral hospital. *Cancer*. 1999; 86:2426-35.
38. Siminoff LA, Ravdin P, Colabianchi N, Sturm ChM. Doctor-patient communication patters in breast cancer adjuvant therapy discussions. *Health Expect*. 2000;3:26-36.
39. Abt AB, Abt LG, Olt GJ. The effect of interinstitution anatomic pathology consultation on patient care. *Arch Pathol Lab Med*. 1995;119:514-9.
40. Ziebland S, Chapple A, Dumelow C, Evans J, Prinjha S, Rozmovits L. How the internet affects patients' experience of cancer: a qualitative study. *BMJ*. 2004;328:564.