

CONSULTA PÚBLICA PREVIA PARA ELABORAR EL PROYECTO DE DECRETO REGULADOR DE LA SEGUNDA OPINIÓN MÉDICA EN ARAGÓN.**Antecedentes de la norma**
(Breve referencia a los antecedentes normativos)

El derecho a la segunda opinión médica viene reconocido a nivel autonómico en la Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón en su artículo 4.1.j. Un año más tarde, con la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el reconocimiento de este derecho se realizaba en el ámbito del conjunto del Estado en su artículo 4.a, imponiendo en el artículo 28.1 a las comunidades autónomas la obligación de garantizar la calidad de las prestaciones y, en este orden de cosas, la necesidad de que los servicios sanitarios adecúen su organización para el ejercicio de este derecho, junto con el de libre elección de facultativo, y en un entorno de accesibilidad y humanización de la asistencia.

Es de destacar que en el punto 2 del mismo artículo 28 establece la designación por parte del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de servicios de referencia, estratégicamente situados, que concentren recursos y mantengan adecuados niveles de calidad para patologías seleccionadas que los precisen. Este recurso, los llamados Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR), es un elemento de garantía del Sistema de Nacional de Salud importante a la hora de abrir vías a una segunda opinión médica real y eficaz en muchos de los pacientes con procesos complejos, no sólo en su diagnóstico y pronóstico, sino especialmente en su tratamiento.

En Aragón, el derecho viene regulado por el DECRETO 35/2010, de 9 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se regula el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica.

**Problemas que se
pretenden solucionar
con la nueva norma**

Existen varios problemas que generan desequilibrios y desigualdades en el reconocimiento del derecho, así como otros que llevan a deficiencias importantes en el procedimiento, especialmente en la idoneidad y la eficacia del informe de la segunda opinión médica y del respeto de plazos.

1. Procesos para los que se solicita un informe sobre alternativa de diagnóstico: En la práctica, el decreto reconoce el derecho de segunda opinión médica para tres grandes grupos de enfermedades, y cada una de ellas arrastra problemas:

a. Enfermedades degenerativas del sistema nervioso central: En la práctica, una mayoría de los pacientes, cercana a la totalidad, solicitan el ejercicio del derecho en dos situaciones que no está previstas en los supuestos del decreto:

- Para confirmación diagnóstica cuando la enfermedad se encuentra en fases iniciales y el diagnóstico es de presunción y no completo o de certeza. El decreto establece la obligación de un “proceso de diagnóstico completado”.

- Para alternativas de tratamiento cuando la enfermedad evoluciona mal. El decreto sólo contempla la segunda opinión médica para confirmar diagnóstico para este grupo de enfermedades.

b. Procesos oncológicos:

Son raras las solicitudes para confirmación diagnóstica. Son raras las solicitudes para alternativas de tratamiento inicial. La mayor parte de las solicitudes se presentan ante progresión de la enfermedad, cuando se informe de que el tratamiento tiene un fin paliativo y no curativo.

También se usan para solicitar derivaciones a un centro donde se realiza un ensayo clínico, lo cual no se contempla por motivos éticos (no hay certeza de que reciba el tratamiento en ensayo, no hay certeza de que el tratamiento sea efectivo).

Son frecuentes las solicitudes para llegar a un centro que ofrece alternativas de tratamiento quirúrgico menos traumáticas. Son típicas las solicitudes de mujeres con adenocarcinoma de mama que buscan extirpación del tumor y reconstrucción de la mama en un solo procedimiento. O la aplicación de técnicas quirúrgicas que no se ofrecen en la cartera de servicios de los centros de Aragón.

c. Enfermedades raras con mal pronóstico y tratamiento complejo:

En la práctica, una mayoría de pacientes solicitan la segunda opinión médica para alternativa de tratamiento y no para diagnóstico, lo cual no está contemplado en el decreto. Son frecuentes la solicitud de tratamiento fuera de la comunidad autónoma en niños por desconfianza hacia los centros locales, incluso cuando no tratan la enfermedad sino síndromes o síntomas colaterales.

2. Procesos para los que se solicita un informe sobre alternativa de tratamiento:

Se ha comentado ya la situación en lo que se refiere a procesos oncológicos. No ofrecen problemas en la tramitación los supuestos de alternativas a la intervención quirúrgica por escoliosis grave en grado superior, por trasplante de órgano denegado, o cuando se plantea intervención quirúrgica compleja en enfermedad inflamatoria intestinal. Respecto a otros supuestos:

a. Tratamientos con inmunobiológicos:

Sólo se contemplan en la enfermedad intestinal crónica, y no en otras enfermedades autoinmunes o reumatológicas en las que se utilizan con frecuencia. En la actualidad son tratamientos establecidos, frecuentes y protocolizados, con efectos secundarios y reacciones adversas bien conocidas y gestionadas. Son raras las solicitudes que buscan alternativas a estos tratamientos y son más frecuentes las que solicitan estos tratamientos cuando no se ofrecen al paciente. Hay una discordancia entre el planteamiento del decreto y el de los pacientes en la vida real.

b. Intervenciones de cirugía cardiaca:

En la actualidad es extremadamente raro que se solicite segunda opinión médica para comprobar si hay alternativas menos agresivas a las planteadas en los tres supuestos sobre cirugía cardiaca.

En la realidad, hay más solicitudes que se presentan porque el paciente está dispuesto a someterse a la cirugía de riesgo que se le niega, cuando percibe que eso supone la incurabilidad de su situación y un mal pronóstico vital. Este supuesto no está incluido en el decreto. Se da frecuentemente con patología cardiaca valvular.

c. Otras situaciones:

Se solicitan segundas opiniones médicas para alternativas terapéuticas de cuadros muy diversos, con mal pronóstico vital, y para pacientes a los que sólo se ofrece tratamientos de mantenimiento o paliativos.

En cuanto a las solicitudes que se deniegan, aparte de lo ya comentado:

1. Un gran número de las mismas se presentan confundiendo el derecho de segunda opinión médica con el de libre elección de especialista. Estos dos derechos también son confundidos frecuentemente por los profesionales sanitarios que les recomiendan. Pueden reflejar una queja y pérdida de confianza con el profesional, o listas de espera para diagnóstico y tratamiento.

Cuando se les recomienda que ejerzan el derecho a la libre elección de especialista por ser más apropiado a sus motivaciones, la mayor parte de ellos confirma que no se les tramita.

2. Un gran número, coincidente o no con los anteriores, son debidas a problemas osteoarticulares con dolor intenso, incapacidad funcional e incapacidades laborales, reconocidas o no reconocidas. Algunas arrastran problemas sociales por pérdida de empleo y riesgo de pobreza. Se asocian también a listas de esperas prolongadas para intervenciones quirúrgicas o para la clínica del dolor.

3. Patologías crónicas o patologías pediátricas no incluidas en los supuestos que buscan tratamiento en otras comunidades autónomas inducidas por sus médicos, a quienes se les deniega la canalización del paciente a centros de referencia, o por asociaciones de pacientes que recomiendan determinados profesionales o servicios con los que las asociaciones tienen relación.

Las demoras se sitúan en dos puntos del procedimiento administrativo:

1. Antes de la firma de la resolución estimando o desestimando la solicitud, cuando se solicita informe complementario a sus facultativos especialistas actuales. Esta demora es cada vez menos frecuente. Originalmente, este informe se consideraba preceptivo de acuerdo a lo previsto en el artículo 9.1 del decreto regulador. No obstante, con la generalización de la historia clínica electrónica y la mejora en las anotaciones e informes de la misma, el acceso a la misma permite ahorrar tiempo de tramitación adjuntando el contenido de la misma como informe. Se consultó en su momento si la información contenida en historia clínica electrónica podía sustituir al informe preceptivo mencionado. En virtud de la simplificación administrativa prevista en la Ley 39/2015, del procedimiento administrativo común de las administraciones pública, y en la medida en que contenga la información necesaria, se contestó que es suficiente.

En cualquier caso, el silencio administrativo, un plazo de más de 30 días, es favorable a la solicitud del paciente.

2. Después de la firma de la resolución.

Existen servicios que demoran en exceso la remisión del informe de segunda opinión médica. En algunos casos, no lo hacen. Desde el punto de vista de la responsabilidad técnica no se disponen de herramientas para evitar esta situación.

Cuando se remiten los expedientes a centros de otras comunidades autónomas, suelen citar a los pacientes, y les informan personalmente en consultas. Eso deja satisfechos a

| | |
|---|--|
| | <p>los pacientes, pero la información no llega a los responsables de la tramitación de los procedimientos, dejando los procedimientos sin cerrar. O se cierran cuando con el tiempo los servicios provinciales ponen pegadas para tramitar canalizaciones, momento en que los pacientes suministran los informes que les redactan en los centros de segunda opinión médica.</p> |
| Necesidad y oportunidad de su aprobación | <p>Por los motivos anteriores, desde hace ya varios años, se ha planteado por los responsables técnicos del procedimiento de segunda opinión médica la conveniencia de reformar el decreto o, mejor aún, realizar un nuevo decreto con un replanteamiento del ejercicio del derecho.</p> <p>No obstante, la forma final del mismo debería estar revisada y consensuada con representantes de los servicios clínicos más habitualmente implicados en estas situaciones. Al menos los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none">- Oncología médica.- Neurología.- Pediatría especializada.- Medicina interna y especialidades relacionadas.- Determinadas áreas de la actividad quirúrgica por determinar: cardiovascular, neurocirugía, cirugía pediátrica y aquellas unidades específicas de intervenciones sobre tumores. <p>Por ello, se considera oportuno que la redacción se base en las aportaciones de un grupo técnico de profesionales sanitarios con conocimiento, y que recoja los consensos indicados.</p> |
| Objetivos de la norma | <p>Los objetivos del nuevo texto estarían dirigidos a:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Mejorar los criterios de inclusión e exclusión para la tramitación del derecho, asociados al pronóstico vital y funcional del paciente en el momento del diagnóstico. |

2. Determinar con claridad qué tratamientos médicos e quirúrgicos representan un alto riesgo en la actualidad, disponiendo de alternativas reconocidas que pudieran ser válidas.
3. Establecer unidades de referencia en la comunidad autónoma para la realización de informes de segunda opinión médica, con plazos de garantía claros.
4. Simplificar administrativamente el procedimiento. Se ha planteado tres niveles de canalización de la solicitud de informe de segunda opinión médica:
 - a. Tramitación directa, integrada en el continuo asistencial, bajo oferta del propio especialista al paciente ante el pronóstico de la enfermedad o el riesgo de la intervención. El especialista remitiría directamente el expediente clínico a la unidad de referencia correspondiente, sin más trámite que dejar constancia en episodio abierto en historia clínica de segunda opinión médica.
 - b. Tramitación administrativa, cuando el especialista no considere oportuna la tramitación directa, el paciente podrá solicitar a través del Departamento de Sanidad la tramitación del informe de segunda opinión médica, siempre y cuando se reúnan los requisitos previstos.
 - c. Cuando la tramitación administrativa sea desestimatoria, se mantendrá la posibilidad de recurso de alzada ante el titular del

| | |
|---|--|
| | <p>Departamento de Sanidad, que cerraría la cuestión.</p> <p>5. Modificar la tramitación a centros de otras comunidades autónomas.</p> <p>Cuando las unidades de referencia de la comunidad autónoma no fuesen suficientes o apropiadas, el especialista que aprecie la oportunidad por tramitación directa podría tener una vía rápida de solicitud de canalización por segunda opinión médica, distinta de las canalizaciones habituales a los centros de referencia del Sistema Nacional de Salud.</p> <p>En las otras variantes, tramitación administrativa fundamentalmente, se mantendría una vía similar a la actual.</p> <p>6. Establecer criterios de evaluación del procedimiento.</p> |
| Posibles soluciones alternativas, regulatorias y no regulatorias | <p>Siendo un derecho reconocido en leyes de ámbito nacional y estatal, lo más consecuente es regular el ejercicio del derecho mediante un decreto del Gobierno de Aragón, como ha sucedido hasta el momento, aunque este contemple vías alternativas para el ejercicio del derecho.</p> <ol style="list-style-type: none">1. Una vía principal, no vinculada a procedimiento administrativo, dentro del continuo asistencial y de cuidados médicos de los pacientes.2. Una vía alternativa, vinculada a procedimiento administrativo, cuando el paciente no encuentre vía dentro del continuo asistencial, y siempre que exista una motivación clara de que su proceso es susceptible por su gravedad y complejidad para el ejercicio de la segunda opinión médica. |

