

CAPÍTULO XI

VALORES CLÍNICOS PRÁCTICOS EN TORNO AL CONTROL DE LA INCERTIDUMBRE POR EL MÉDICO GENERAL/DE FAMILIA

Juan Gervás

*Médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los
Montes y el Cuadrón (Madrid).
Equipo CESCA, Madrid*

Elena Serrano

*Residente 3, Medicina Familiar y Comunitaria, Barcelona, Centro de
Salud El Carmel y Hospital Santa Creu i San Pau, Barcelona.*

Resumen

Los valores profesionales ayudan a tener autoestima, crédito y prestigio. Los valores profesionales son los que aprueban los profesionales, los pacientes y la sociedad. Por ejemplo, dignidad en el trato, cortesía y empatía, calidad científica y humana, compromiso con el sufrimiento, mantenimiento de habilidades, actitudes y conocimientos, etc.

Lastimosamente, muchos valores profesionales se pierden por falta de conceptualización, de análisis, de enseñanza y de teorización. Los valores constituyen un conjunto muchas veces ajeno a la formación de los médicos, enfermeras, farmacéuticos, trabajadores sociales y otros profesionales. Se dan por supuesto, sin más.

No podemos conseguir un liderazgo profesional que arrastre al conjunto de los médicos generales/de familia si no somos conscientes de los valores con los que ejercemos cuando lo hacemos dignamente. Ese conjunto debería ser objeto de trabajo teórico y práctico al objeto de fomentar su implantación, conservación y mejora.

El mundo de los valores no es algo exótico, sino parte del trabajo diario. Así, el control de la incertidumbre, el empleo prudente del tiempo, la accesibilidad, la polivalencia y el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” son valores para el propio médico, para los enfermos y sus familiares, para la población y para el conjunto de la sociedad. Estos valores dependen en mucho del profesional aislado y en grupo, pero también de gestores y políticos sanitarios que han de promoverlos. Se puede y se debe hacer en colaboración, de forma que aúnen esfuerzos médicos, gestores y políticos.

Introducción

Llamamos valor a la cualidad que hace importante algunas cosas. Por atribuirles valor, esas cosas exigen un respeto especial. Así, la vida es un valor; también la salud, la dignidad, el amor, la justicia, la piedad, la convivencia, la seguridad, la paz, la educación, la amistad, la belleza y el placer son valores, como lo son las creencias religiosas, las tradiciones culturales, etc. (1).

El lenguaje de los valores abarca otros muchos lenguajes sagrados con los que estamos familiarizados como el de los derechos humanos, por ejemplo. Pero no hay valores absolutos. Los valores pueden entrar en conflicto entre sí. Así, el incentivo económico es un valor, y en tanto que tal, apreciable, pero que puede entrar en conflicto con otros valores que también tenemos el deber de respetar, como es la buena práctica profesional, la justicia, la no-maleficencia, etc.

Conviene distinguir entre valores y cursos de acción. Los valores son cosas importantes porque son valiosas, pero el valor vale y nada más. Lo que hagamos con ellos ya no son valores sino cursos de acción (1). Por

ejemplo, la dignidad es un valor importante en la práctica clínica. Tanto la dignidad del paciente como la del médico, pero también la de los familiares y la de otros profesionales no presentes en el acto médico (en el encuentro entre médico y paciente). La dignidad del paciente obliga a distintos cursos de acción, según las circunstancias y el entorno de cada encuentro clínico; en el curso de acción se incluyen el trato cortés, la empatía, la escucha, el pudor, la asignación de un tiempo apropiado y otros elementos. Además, el respeto a la dignidad, al valor, puede llevar a conflictos, de forma que el curso de acción no es nunca el mismo, si se quiere lograr un “mejor resultado posible” a través de un curso óptimo. Por ejemplo, la dignidad de trato con el paciente puede entrar en conflicto con el respeto a las normas establecidas sobre la duración de la entrevista, y si se han asignado bloques cerrados llevar a retrasos excesivos y a no valorar un tiempo de espera digno de los que están todavía en la sala, ni de los que no han obtenido cita en ese día por la “cola” creada. Por ello ningún valor es absoluto y en la práctica hay que lograr cursos de acción óptimos que produzcan el “mejor resultado posible”; dichos cursos óptimos están normalmente alejados de los cursos extremos, del todo o nada.

El control de la incertidumbre, valor central en atención primaria

La incertidumbre es consustancial a la decisión. Es imposible decidir con certeza absoluta por mucho que se controlen las condiciones pasadas y presentes. Ni siquiera en los experimentos físicos de laboratorio de investigación se tiene certeza de los resultados, y sólo cabe el obtener medias para acercarnos a los resultados verdaderos. La cuestión es ardua en Medicina, pues hay que decidir generalmente con rapidez y en condiciones de gran incertidumbre, y las decisiones tienen impacto en la salud del paciente y en el coste de la atención (2,3). Esto es así sobre todo en Atención Primaria, pues los problemas se ven en toda su evolución, desde síntomas vagos a cuadros floridos, y muchas veces no se llega a un diagnóstico que justifique una intervención concreta (4,5). Sirvan de ejemplo tres casos clínicos “sen-

cillos”: 1/ bebé de siete meses con fiebre de 40° que parece una simple otitis media: ¿qué probabilidad hay de que se transforme mañana en una septicemia por meningococos?; 2/ varón 28 años con cuadro de prurito persistente que no parece tener origen concreto, en el que su médico de cabecera duda si iniciar una búsqueda de linfoma; 3/ mujer de 52 años que se incorpora al trabajo tras seis semanas de ser intervenida de hernia inguinal y en el curso de un esfuerzo nota dolor intenso que refiere a la cicatriz de la herniorrafia: ¿hay que pensar en litiasis renal, en pancreatitis o en otros cuadros?. Son casos reales, más o menos inocentes en su presentación, pero que pueden evolucionar hacia presentaciones ominosas. El médico prudente tendrá en cuenta esta posibilidad, pero actuará según lo más común, lo más frecuente, según lo habitual. No es fácil hacerlo de continuo y en los casi 300.000 encuentros que “resuelve” un médico general de media en su vida laboral. El adecuado control de la incertidumbre se convierte en un valor, pues se estima en mucho encontrar el justo equilibrio entre un trabajo descuidado que retrase diagnósticos e intervenciones y un trabajo excesivamente riguroso que lleve al inicio de incontables cascadas preventivas, diagnósticas y terapéuticas innecesarias (6,7).

El curso óptimo de acción es difícil de señalar, tanto durante el propio acto clínico, en las condiciones de la práctica diaria, como en el análisis *a posteriori*. Durante una simple consulta, del estilo de la del paciente sin antecedentes de interés que tiene un catarro, el médico general/de familia toma decisiones continuas que llevan a un resultado no siempre fácilmente esperable; por ejemplo, si en este caso el paciente tiene un hermano con el que vive que ha terminado ingresado por neumonía que se inició con síntomas similares, y que se le escapó al mismo médico hasta que la gravedad del cuadro obligó a su ingreso. El médico tiene que decidir en este caso cuánto tiempo deja hablar al paciente, qué preguntas hace, cuándo explora, qué explora, cuándo introduce consejo contra el tabaco (si el paciente es fumador), en qué momento termina el proceso diagnóstico y recomienda un determinado seguimiento, etc. Desde este punto de vista no hay consultas simples, y todas son de una enorme complejidad, por más que se resuelvan satisfactoriamente en apenas diez minutos.

El control de la incertidumbre entra en conflicto con valores profundos, tanto del paciente como del propio médico general (8). Así, el médico tiene que saber renunciar a cierto grado personal de seguridad, de certeza en la decisión, y “dejarse” llevar por su intuición y conocimientos para alcanzar ese curso óptimo de acción que consiga el “mejor resultado posible”. Se trata de evitar errores, pero con una actuación prudente, no con la imprudencia de hacer de más o de hacer de menos. En el día a día hay que tomar decisiones con cierta prontitud en la consulta puesto que no se pueden prolongar indefinidamente ni los propios encuentros ni el seguimiento; la incertidumbre no puede ser paralizante. Pero, lamentablemente, de todo esto se habla poco a los residentes, por más que debería ser un componente central de lo que transmiten los tutores (9).

Ante la incertidumbre, desde el punto de vista del paciente, es imprescindible que el médico general comparta su ignorancia, y la ignorancia de la ciencia al respecto. Es la ética de la ignorancia (10). El paciente precisa una apreciación que le tranquilice, pero la tranquilidad no equivale de ninguna forma a falsa seguridad, a mentir al paciente. Se tranquiliza al paciente con un curso de acción prudente, que incluye compartir la ignorancia, dar tiempo al tiempo y a la “espera expectante”.

Naturalmente, el control prudente de la incertidumbre exige conocimientos actualizados, destrezas y habilidades suficientes y una actitud de servicio que busque el logro de una práctica clínica de calidad. El médico general puede intentar obviar la incertidumbre “especializándose” en algún campo, dedicando atención preferente a los pacientes con alguna característica. Pero ante la incertidumbre es clave que el médico general lo sea en propiedad; es decir, que sea generalista, que sea capaz de enfrentarse y dar respuesta a gran variedad de cuestiones y situaciones, que sea polivalente para enfrentarse a la incertidumbre y a los retos de la consulta diaria (11, 12). El trabajo en Atención Primaria es por definición sin límites ni de edad ni de sexo ni de problemas, pues la especialidad de Medicina General/de Familia se caracteriza por atreverse a dar respuesta a todos los pacientes, y a resolver la mayoría de los problemas con la simple

“silla” (los recursos disponibles en el despacho del médico o en el domicilio del paciente) (13). La polivalencia es un valor de la práctica clínica del médico general que ayuda a lograr una respuesta prudente en el control de la incertidumbre.

Hay que aceptar que la incertidumbre es consustancial a la clínica diaria en Atención Primaria. No se puede rechazar la incertidumbre con un “horror” a la decisión que lleve a una práctica de rutina. Por ejemplo, se controla la incertidumbre con mayor facilidad si la consulta del médico general se transforma en una consulta de crónicos estabilizados “sumisos”. Por eso las “colas” para ser atendido por el propio médico de cabecera hay que interpretarlas en clave de incertidumbre, pues con esperas de hasta una semana (y más) los pacientes se seleccionan, y devienen esos crónicos estabilizados “sumisos”. Este grupo de pacientes plantea menos dudas que la abigarrada variedad que llega normalmente a la consulta del médico general cuando los pacientes son vistos en el mismo día, o como mucho en 24 horas. Por ello la accesibilidad es un valor en conflicto con el control de la incertidumbre. En el absurdo de una falta absoluta de accesibilidad no habría problema alguno con el control de la incertidumbre, pero ese es un curso de acción extremo, como lo es la accesibilidad del 100% al propio médico de cabecera, las 24 horas del día, los 360 días del año. Ambos cursos de acción son extremos y por ello no llevan a decisiones prudentes, óptimas, adaptadas a cada contexto y situación.

Por último, tampoco cabe en Atención Primaria la actitud del especialista que aspira a etiquetar todo proceso patológico, que espera atribuir a todos los pacientes diagnósticos que expliquen su dolencia. Con esta “tiranía del diagnóstico” se olvida que no hay enfermedades sino enfermos (9).

La convivencia con la incertidumbre en Medicina General se funda en el hecho de que en torno a la mitad de los casos se resuelven sin haber llegado a diagnóstico alguno (14). Un afán excesivo de diagnosticar lleva a la transformación de los pacientes en estampas que cuadran con los

modelos (15). Con ello se pierde dignidad, se homogenizan a los pacientes, se ignora su sufrir individual y se rechazan, por ejemplo, a los enfermos con síntomas persistentes médicamente inexplicables, tipo vértigo, dolor abdominal, jaquecas y demás. El rechazo a la incertidumbre lleva al rechazo de los pacientes que no se ajustan a los patrones homologados de enfermedad; con ello se rechaza el sufrimiento humano, tan distinto y peculiar en cada caso.

Tiempo e incertidumbre

No hay claros beneficios del aumento del tiempo de consulta (16), pero en Atención Primaria existe consenso acerca de la necesidad de contar con un tiempo mínimo por paciente estimado en diez minutos. Aunque este tiempo se doblase y nos acercáramos a los treinta minutos por consulta, siempre tendrían que tener las consultas un tiempo máximo. Es decir, un médico no puede en buena lógica dedicar todo el tiempo del mundo al problema de un único paciente, para así disminuir a cero la incertidumbre (suponiendo que ésta tienda a desaparecer en el límite de infinito tiempo, lo que no está demostrado). Claramente, el control de la incertidumbre plantea un dilema con el tiempo dedicado a cada enfermo. No se puede aspirar a tener “todo el tiempo del mundo”, entre otras cosas porque no conviene crear listas de espera para ver al propio médico de cabecera, por las consecuencias que tiene para el control de la incertidumbre (que hemos comentado anteriormente).

En Medicina General/de Familia, sobre todo si hay un listado de pacientes asignados al médico general, los minutos de consulta se suman a lo largo del tiempo. Es decir, en un ejemplo, los diez minutos de hoy añaden tiempo al empleado en las dos visitas previas a lo largo de ese mismo año, una de ellas sobre el mismo problema. Incluso los tiempos se mezclan con los de la misma familia, ya que no es raro en España que la mujer (generalmente la mujer) haga consultas indirectas por otros miembros de la familia o del vecindario, y a este respecto se obtiene un cúmulo de datos, un acervo de datos blandos que explican el

valor de la longitudinalidad (17). Con tal “banco de datos” en la cabeza resulta mucho más fácil controlar la incertidumbre. De ahí el diferente curso de acción óptimo del control de la incertidumbre en los servicios de urgencias, que prestan atención episódica a un problema de salud, y en los servicios de atención primaria, donde se presta atención continuada a lo largo de años a los mismos pacientes y familias. Este conocimiento “de ciencia propia” es también fundamental en la realización de los avisos a domicilio, pues los cursos óptimos de acción son muy diferentes según realice el aviso el propio médico de cabecera, o el que le toque por turno (o el médico de urgencias). En este caso, el rechazo al aviso repercute en mil formas en los pacientes, y no todo depende de la gestión y de la política, sino de la profesionalidad.

La longitudinalidad se refiere a la atención en el tiempo por el mismo médico de los mismos pacientes, con todos los problemas de salud que van surgiendo al envejecer. La longitudinalidad, basada en la relación personal, da un cúmulo increíble de conocimientos al médico, sobre el paciente, su familia y su entorno poblacional y cultural. Así se puede optimizar el curso de acción en el control de la incertidumbre (17). Además, si se cuenta con una lista de pacientes y el médico actúa de filtro para la atención especializada, se puede manejar el tiempo incluso con el simple “esperar y ver”, la “espera expectante”, que permite soslayar decisiones con la red de seguridad que da el trabajo con el cupo. En todo caso, se demuestra así la importancia de la gestión y de la política sanitaria en el control apropiado de la incertidumbre, pues, por ejemplo, ayudan a respetar este valor los incentivos que ligan al médico general a un puesto de trabajo concreto, con una lista de pacientes más o menos estables. Son mezcla de decisiones políticas, profesionales y personales las que llevan al establecimiento de “colas” en Atención Primaria, que mal se resuelven sin darle mayor importancia con “rebosaderos” de pacientes citados para atender a pacientes no citados y urgencias, muchas veces por médicos que no son los de cabecera propios de cada paciente.

Polivalencia e incertidumbre

El médico polivalente es el médico polifacético en la clínica. El médico general polivalente es un médico versátil que lo mismo atiende al niño sano que cumple la expectativa de una anciana incapaz de cambiarse la lentilla ocular, que recibe en el momento y sutura al adolescente herido al caer de la motocicleta, que toma una muestra vaginal en la mujer que acude a consultar por flujo, que colabora con las maestras en organizar “desayunos saludables” que atiende al paciente terminal en casa (11,12). Esta polivalencia es grata al paciente, que no se ve fragmentado en la atención (al menos cuando son problemas de salud frecuentes) y es positiva para el propio médico que se siente competente, que puede ofrecer cursos óptimos de acción ante situaciones muy variadas, con incertidumbre de todo estilo. El médico competente es un médico con autoestima, capaz de controlar prudentemente la incertidumbre, que cree en sí mismo sin vanidad ni orgullo, que ejerce con calidad técnica y humana y que respeta los valores en general y los valores profesionales (18). Este médico tiene crédito entre sus pacientes y entre sus colegas. Por supuesto, cometerá errores, y quizá haya que poner límites a su polivalencia, pues tampoco se puede hacer todo, pero aprovechará la innovación tecnológica para avanzar en su versatilidad. Dicha innovación traslada posibilidades del médico especialista al generalista y de éste al paciente y a su familia (19). Buen ejemplo es el ECG, tecnología en principio reservada a los laboratorios de investigación que ha pasado en pocas décadas a ser parte de la rutina en un centro de salud. Este ejemplo sirve para demostrar cómo la dotación de recursos cambia el curso de acción ante la incertidumbre, frente a casos de dolor precordial, por ejemplo.

La polivalencia es un valor profesional que exige conocimientos actualizados y variados, destrezas y habilidades múltiples y la dotación de recursos con apoyo de la organización. Así, por ejemplo, para la cirugía menor en la consulta del médico general se precisa saber hacer, saber qué y cuándo hacerlo, material adecuado y una organización para derivar las muestras a anatomía patológica y recibir los oportunos informes; por

supuesto, también se precisa resistir la presión de algunos dermatólogos que desacreditan el trabajo del médico general. Es decir, como siempre, la reputación profesional tiene un componente profesional, de gestión y de política sanitaria, que se refleja al final en los cursos posibles de acción y en el control de la incertidumbre en la consulta diaria (20). Un médico polivalente prudente no teme a la incertidumbre, sino la respeta. Se siente capacitado y prestigiado y sabe que en la mayoría de los casos resolverá los problemas de la incertidumbre con cursos de acción que se aproximan a los óptimos.

Accesibilidad e incertidumbre

La polivalencia depende de la accesibilidad, otro importante valor para el profesional, los pacientes y la población. Por ejemplo, si no hay accesibilidad suficiente, si el paciente no es recibido sin cita, de nada sirve que el médico general esté capacitado y tenga material para suturas, pues nunca lo utilizará (y a la larga perderá la capacitación). Además, perderá la oportunidad de obtener autoestima, y el prestigio y el crédito que da la polivalencia ejercida en los pacientes del propio cupo. A cambio, las barreras dan tranquilidad, una tranquilidad de cementerio, de práctica clínica rutinaria, previsible y muerta. Si no se atienden urgencias, ni avisos del día, ni pacientes sin cita, todo se va reduciendo a los pacientes crónicos estabilizados y obedientes, al mundo de poco más que cuatro problemas de salud (y cuatro pacientes, casi).

Como hemos comentado, las dificultades para el acceso están llevando al establecimiento de “colas” (listas de espera) para ver al propio médico de cabecera. Estas barreras conllevan un cambio total en el contenido del trabajo del médico general. Con las listas de espera dejan de presentarse los enfermos con síntomas agudos, y faltan todos los “incumplidores”. Son dos grupos de pacientes que generan incertidumbre, mucha más incertidumbre que los pacientes que respetan y pueden respetar las listas de espera y las citas a semanas vistas. Estos pacientes cumplidores son básicamente crónicos estabilizados, que también “cuadran” con los

protocolos y guías clínicas, a los que se les pueden aplicar las pautas preventivas que “casan” con los incentivos al uso (son pacientes que en realidad necesitan pocos cuidados, pues ya se cuidan a sí mismos). Es decir, tanto la dejadez/desidia profesional como la rutina gerencial y política fomentan el establecimiento de listas de espera para ver al propio médico de cabecera, con detrimento de las posibilidades de polivalencia del mismo y reducción de la incertidumbre a campos conocidos y “seguros”.

Por supuesto, la accesibilidad no es un valor absoluto, y ni es posible ni conviene una accesibilidad del 100% al propio médico de cabecera. Lo prudente es un equilibrio posible entre los tres valores considerados y que la accesibilidad sea compatible con la polivalencia deseada y con el control esperable de la incertidumbre. Si hubiera que decidir, lo importante sería lograr que ejercer fuera un reto, no una rutina.

El diagnóstico y la incertidumbre

Ya hemos comentado que la búsqueda del diagnóstico imposible da origen a múltiples cascadas de incierto final (6). Por ejemplo, conviene “retenerse” ante el afán de diagnóstico cierto en todo caso de infección respiratoria alta. En general da igual que la causa sea vírica o bacteriana, y el tipo de microbio específico de que se trate. La mayoría de los casos evolucionarán espontáneamente a la curación y no se precisan antibióticos sino medidas de apoyo, paliativas ante las molestias. Por supuesto, lo que sucede en las infecciones de vía respiratorias altas sucede en todos los campos, y en torno a la mitad de los problemas atendidos por el médico general se resuelven sin un diagnóstico definitivo (14). En Medicina General/de Familia la clave es responder con prudencia a los problemas, no diagnosticarlos. Conviene diagnosticar cuando hacerlo lleve a mejor resultado en salud, no a peor. En muchos casos lo importante es la decisión, la actuación, el curso óptimo que a veces no requiere diagnóstico sino acción prudente. El énfasis excesivo en el diagnóstico lleva a peor resultado en salud y a mayor gasto (15).

Es absurdo pretender diagnosticar todo, y ese impulso, “la tiranía del diagnóstico”, refleja bien el cambio filosófico y en los valores que conlleva la influencia excesiva de los especialistas sobre la formación de estudiantes y residentes, y en general en toda la Medicina (15). Los especialistas tienden a ver enfermedades, no enfermos; suelen prestar una atención episódica, centrada en el grupo de problemas de salud de su especialidad, y emplean tecnología para obtener datos “duros” (los que proceden de aparatos), con menosprecio en general de los datos “blandos” (los que acopia del paciente, la familia y su entorno el médico general con su longitudinalidad). Por consecuencia, los especialistas rechazan la incertidumbre y buscan la (falsa) certeza del diagnóstico (21). Esta modalidad de aversión al riesgo como aversión a la incertidumbre lleva a la intolerancia a la decisión sin diagnóstico, lo que retrasa en muchos casos la curación (y contribuye a crear listas de pacientes, tanto en especializada como en primaria).

El control de la incertidumbre es un valor típico del profesionalismo del médico general. Este valor se enfrenta a la aversión a la incertidumbre del especialista y a su excesivo énfasis en el diagnóstico (y al consiguiente retraso en tiempo hasta “justificar” las decisiones con los resultados “duros”). Copiar la actitud diagnóstica del especialista es una aberración en Atención Primaria, donde los problemas tienen presentación precoz y poco definida, y en muchos casos se resuelven con intervenciones prudentes sin diagnóstico. Además, no deja de ser irónico que mucho del campo del diagnóstico médico esté bien lejos de tener fundamento científico (22,23). Los procesos diagnósticos tienen graves fallos metodológicos, y su evaluación está bien lejos de la de los procesos terapéuticos, de forma que el apoyo excesivo en los diagnósticos es el apoyo excesivo en un suelo de incierta consistencia, de dudoso valor. Son datos “duros” pero dudosos. Justifican tal vez la acción, pero sin fundamento científico en muchos casos. Así, la aversión a la incertidumbre lleva a una práctica clínica menos científica cuando se basa en excesos diagnósticos.

Conclusiones

Los valores profesionales ayudan a tener autoestima, crédito y prestigio. Lastimosamente, muchos valores profesionales se pierden por falta de conceptualización y de análisis, de enseñanza y de teorización. No podemos conseguir un liderazgo profesional que arrastre al conjunto de los médicos generales/de familia si no somos conscientes de los valores con los que ejercemos cuando lo hacemos dignamente. El control de la incertidumbre, el empleo prudente del tiempo, la accesibilidad, la polivalencia y el rechazo a la “tiranía del diagnóstico” son valores para el propio médico, para los enfermos y sus familiares, para la población y para el conjunto de la sociedad. Estos valores dependen en mucho del profesional aislado y en grupo, pero también de gestores y políticos sanitarios que han de promoverlos. Se puede y se debe hacer en colaboración, de forma que aúnen esfuerzos médicos, gestores y políticos.

Bibliografía

1. Bertrán JM, Collazo E, Gervas J, González P, Gracia D, Júdez J et al. Guía de ética en la práctica clínica. Intimidad, confidencialidad y secreto. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2005.
2. Moskowitz AJ, Kripers B, Kassirer JP. Dealing with uncertainty, risks, and tradeoffs in clinical decision. *Ann Inter Med.* 1988;108:435-9.
3. Logan RL, Scott PJ. Uncertainty in clinical practice: implications for quality and costs of health care. *Lancet.* 1996;347:595-8.
4. Gervas J, Pérez Fernández M. Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. *Aten Primaria.* 2005;35:95-8.
5. Torio J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF.* 2006;2:320-31.
6. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada. Implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clín (Barc).* 2002;118:65-7.

7. Gérvas J, Pérez Fernández M. Atención primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol*. 2006;9:384-400.
8. Griffiths F, Green E, Tsouroufli M. The nature of medical evidence and its inherent uncertainty for the clinical consultation: qualitative study. *BMJ*. 2005;330:511-5.
9. Gérvas J. La rotación rural desde el punto de vista del tutor. *AMF*. 2009 [en prensa].
10. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics*. 1992;18:117-34.
11. Gérvas J, Seminario Innovación Atención Primaria 2006. La polivalencia clínica médica y el contexto social y organizativo. *Rev Admin Sanit*. 2008;6:357-66.
12. Serrano E. La polivalencia rural desde la práctica urbana. *Aten Primaria*. 2009 [en prensa]
13. Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario Innovación 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:589-96.
14. Crombie DC. Diagnostic process. *JR Coll Gen Pract*. 1963;6:579-89.
15. Rosenberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q*. 2002;80:237-60.
16. Wilson AD, Chids S. Effect of interventions aimed at changing the length of primary care physicians' consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;Jan 25(1):CD00340.
17. Ortún V, Gérvas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clín (Barc)*. 1996;106:97-102.
18. Gérvas J, Starfield B, Minué S, Violán C. Algunas causas y soluciones de la pérdida de prestigio de la Medicina General/de Familia. *Contra el descrédito del héroe*. *Aten Primaria*. 2007;39:615-8.

19. Gérvas J, Pérez Fernández M. ¿Cuál es el límite en la prestación de servicios cercanos al paciente? El límite lo marca la tensión entre el síndrome del barquero y el síndrome del gato. *Med Clín (Barc)*. 2005;124:778-81.
20. Gérvas J, Pané O, Sicras A. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. *Med Clín (Barc)*. 2007;128:540-4.
21. Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. *Aten Primaria*. 1995;16:501-6.
22. Van den Bruel A, Cleemput I, Aertgeerts B, Ramaekers D, Buntinx F. The evaluation of diagnostic tests: evidence on technical and diagnostic accuracy, impact on patient outcome and cost-effectiveness is needed. *J Clin Epidemiol*. 2007; 60:1116-1122.
23. Lumbreras B, Hernández Aguado I. El entusiasmo por las pruebas diagnósticas: efectos en la salud y formas de control. Informe SES-PAS 2008. *Gac Sanit*. 2008; 22 (supl 1):216-22.