

COLABORACIÓN ESPECIAL**EL DEBATE PROFESIONAL ACERCA DE LA ESCASEZ DE MÉDICOS****Juan Gérvas (1), Julio Bonis (2) y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007**

(1) Equipo CESCA.

(2)

RESUMEN

Desconocemos la mejor respuesta a los problemas que plantea la carencia de médicos (en número y especialidad) pero quizá lo importante no sea la carencia en sí, sino la falta de un debate profesional que redefina qué es "ser médico". En este texto se consideran cuatro cuestiones profesionales clave, acerca de: 1/ la sobre-formación de los médicos cuando la demanda se ha expandido para incluir problemas menores, 2/ el predominio de los encuentros directos médico-paciente en un mundo en que dominan las telecomunicaciones y los encuentros indirectos, 3/ la necesidad de delegar poder y responsabilidad a otros profesionales sanitarios, aprovechando el desarrollo tecnológico y una necesaria redefinición de roles, y 4/ el excesivo énfasis en el diagnóstico, con el consiguiente peligro de iniciar cascadas con daño innecesario al paciente. Todo ello exige cambios en la formación de pre y postgrado, mejoras en la organización de servicios para potenciar el uso de las telecomunicaciones y el análisis y re-diseño de los límites entre profesionales, niveles, instituciones y sectores socio-sanitarios.

Palabras clave:**ABSTRACT****Professional Debate on Shortage of Physicians**

We do not know the best answer to problems due to shortage of physicians (absolute number and by specialties) but perhaps what is important is the lack of a professional debate about what means "to be" a physician. In this paper we address four key professional questions: 1/ the over-training of physicians when health demand now includes minor problems, 2/ predominance of physician-patient direct encounters in a world of telecommunications and indirect encounters, 3/ the need to delegate power and responsibilities to other health professionals as a consequence of new technology developments and changes in role-design, and 4/ too much emphasis in diagnosis with the danger to initiate cascades with its side-effects. Practical answers to these questions require changes in pre and postgraduate education, improvement in health services organization to profit the use of telecommunications and analysis and re-design of the limits in between professions, levels of care, institutions and health and social sectors.

Key words:**Correspondencia:**

Juan Gérvas
Equipo CESCA
Travesía de la Playa, 3
Buitrago del Lozoya. 28730. Madrid
Teléfono: 918680182
Correo electrónico: jgervasc@meditex.es

Conflicto de intereses:

Este texto se elaboró a partir del debate en el tercer taller presencial de los Seminarios de Innovación en Atención Primaria de 2007, dedicados a la organización de los servicios en atención primaria. Se celebró en Madrid, el 7 de septiembre de 2007, y fue ponente y coordinador Juan Gérvas y contrapuntos Beatriz Ogando y Julio Bonis. Los Seminarios de Innovación en Atención Primaria están organizados por la Fundación Ciencias de la Salud y la Fundación para la Formación de la Organización Médica Colegial, y cuentan con el patrocinio del Ministerio de Sanidad, de la Fundación Mapfre y de GSK.

INTRODUCCIÓN

Desconocemos el número de médicos necesarios para lograr un óptimo social de salud, y de ahí la preocupación mundial acerca de si hay médicos suficientes, también analizada en España con profundidad¹⁻⁸. La respuesta al dilema depende de muchos factores, en especial de 1/ lo que se espera hagan los médicos, 2/ cómo trabajarán y dónde, 3/ a quiénes atenderán, y 4/ en qué circunstancias prestarán sus servicios⁷.

La cuestión crítica es la primera: ¿qué esperamos de los médicos?, a la que se ha tratado de dar respuesta con acierto, pero sin cerrar la discusión⁹⁻¹². En cualquier caso, ser médico parece equivalente a estar insatisfecho con la profesión, como bien reflejan las charlas de café de los profesionales, y las publicaciones¹³⁻¹⁶. Tal insatisfacción es asunto clave para el sistema sanitario, pues la sanidad tiene una base de servicio eminentemente personal, de forma que los profesionales constituyen su principal activo¹⁶. El médico insatisfecho o infeliz en el trabajo es combustible que se quema fácilmente, que fácilmente trabaja por debajo de niveles mínimos, que emigra en busca de mejor horizonte, o que incluso abandona la profesión. Por supuesto, hay formas de combatir esa insatisfacción, entre ellas la carrera profesional^{17,18}.

Este texto parte de los dos problemas mencionados (número apropiado de médicos para lograr un óptimo social de salud e insatisfacción laboral de los médicos) para analizar cuatro cuestiones relevantes subyacentes a ambos. Empleamos en el análisis el punto de vista profesional (de los profesionales sanitarios en general, no sólo de los médicos) y consideremos las cuestiones de forma que las respuestas sean aplicables tanto a lo público como a lo privado.

¿ESTÁN SOBRE-FORMADOS LOS MÉDICOS?

La impresión general entre los profesionales sanitarios es que mucho de su trabajo se dedica a dar respuesta a cuestiones de escasa importancia^{19,20}. Es decir, a cuestiones preventivas, curativas y burocráticas de relevancia menor que conllevan una sobrecarga de la consulta²¹. Como se expresa crudamente: “terminarán trayendo a los niños a urgencias hospitalarias para todo, pues ya sabemos, ¡los padres no son médicos!”. Parece cumplirse la profecía de Iván Illich, la “expropiación de la salud”²². Esta expropiación conlleva dependencia y exigiría una adecuación (no prevista) para dar respuesta a la demanda de más cantidad de servicios y menor relevancia clínica de los mismos.

Llamativamente, los profesionales sanitarios se sienten inocentes. Pretenden ignorar que enseñan a los pacientes, que prescriben comportamientos que conllevan conductas y formas de utilización de los servicios cuyas consecuencias les sorprenden. Por ejemplo, se promueve que los pacientes consulten cuando “haya sangre en heces”. Pero los datos demuestran que los pacientes por ahora seleccionan bien cuándo consultar pues la prevalencia de cáncer de recto-sigma en la población con rectorragia ocasional es del 1/1000. Y entre los que deciden consultar espontáneamente al médico de cabecera del 20/1000. Y entre los derivados por dicho médico al especialista de digestivo, del 320/1000²³. ¿Qué sucedería si todos los pacientes con rectorragia consultasen directa y prontamente con el especialista de digestivo? Que los daños de las intervenciones superarían los beneficios esperables.

Los médicos, enfrentados a cuestiones menores, responden con el mismo arsenal de pruebas que a cuestiones complejas. Están sobre-formados y sobre-actúan. Las consecuencias no son baladíes, pues toda

intervención médica innecesaria es peligrosa, por las “cascadas” que inicia^{24,25}. La atención clínica orientada a la acción se convierte en un factor de riesgo, con posibles graves consecuencias para la salud^{26,27}. En muchos casos hay una inadecuación entre la formación académica de los médicos (con casos clínicos agudos complejos, por ejemplo) y su práctica clínica (con pacientes crónicos que no curan, por ejemplo).

La respuesta a la primera pregunta implica salvar el abismo entre la formación y la práctica clínica. O disminuye la intensidad y duración de la formación (producimos “médicos descalzos”), o aumenta la complejidad de la práctica clínica a la que se enfrentan los médicos y mejora su toma de decisión y su control de la incertidumbre. Lo segundo parece lo prudente, y puede lograrse a través de distintos filtros (orgánicos y/o funcionales) que aumenten la complejidad de los pacientes que llegan a los médicos. Así habría correspondencia entre la formación del médico y los problemas atendidos.

LOS ENCUENTROS CLÍNICOS ¿TIENEN QUE SER EXCLUSIVAMENTE DIRECTOS?

Llamamos encuentro directo a la entrevista cara a cara entre el médico y el paciente. “Ver al médico” supone encontrarse con él, coincidir en un tiempo y lugar, integrar agendas y lograr superar los obstáculos geográficos y temporales que dificultan habitualmente los encuentros directos de todo tipo en nuestra sociedad. Por supuesto, desde la Prehistoria el contacto directo ha sido clave pero las telecomunicaciones han aumentado las posibilidades de intercambio profesional y social sin necesidad del encuentro cara a cara, como bien demuestra la simple comunicación telefónica.

El encuentro directo implica la presencia física simultánea del paciente y del médico.

Dado el alto coste de oportunidad y los problemas de accesibilidad, en atención primaria hasta en el 20% de las visitas se evita la presencia física con la consulta indirecta a través de un tercero (generalmente madre, esposa, hermana, hija, vecina)²⁸.

Asombra la abrumadora persistencia de estas formas de comunicación personal, bien por el propio paciente, bien por un allegado. El encuentro en persona tiene un alto coste en tiempo y organización para ambas partes que en otros ámbitos se intenta obviar con el uso apropiado de las telecomunicaciones. En el sistema sanitario se han desarrollado alternativas al encuentro directo como la del *NHS Direct*, de atención telefónica en el Reino Unido. Sin embargo, este tipo de servicio parece más complementario que substitutivo del encuentro directo^{29,30}. Mejor resultado se ha obtenido en alguna situación/problema concreto, como el acceso telefónico para el seguimiento del paciente con insuficiencia cardíaca³¹.

El uso racional de las telecomunicaciones podría asegurar la longitudinalidad de la atención (el seguimiento por el mismo médico del paciente a lo largo de los años, para distintos problemas, con coordinación de la asistencia sanitaria) sin exigir el contacto cara a cara. Desde luego, hay que prever incentivos para esta forma de encuentros; por ejemplo, en Holanda se promueven y remuneran los encuentros por correo electrónico y por teléfono con el médico de cabecera, cada ciber-encuentro a 4,5 euros en 2005³². A este respecto conviene valorar la idoneidad de los mismos, por los peligros de abuso por ambos lados. En todo caso, asombra que la atención clínica se diseñe casi exclusivamente en torno al encuentro directo, con los altos costes consiguientes.

La respuesta a esta segunda pregunta implica el rediseño del sistema, de forma que se reduzcan los encuentros directos a

aquellos problemas y situaciones en que compensen los costes ciertos con los beneficios probables. Los encuentros indirectos a través de las telecomunicaciones ofrecen inmediatez para el paciente y posibilidades de realización personal para el médico (que, por ejemplo, podría trabajar a distancia a tiempo parcial). Cuestión importante es prever los mecanismos para superar la brecha digital que separaría a marginados, pobres y ancianos del resto de la población, para paliar su efecto en la equidad.

¿POR QUÉ LOS MÉDICOS SON REACIOS A DELEGAR RESPONSABILIDAD Y PODER?

Los médicos poseen históricamente una centralidad innegable en el sistema sanitario. Los médicos constituyen la referencia básica de los ciudadanos cuando piensan en el sistema sanitario, y cuando requieren servicios¹⁶. Parece difícil cambiar en la imaginación popular la necesidad de tomar contacto directo con un médico ante todo problema de salud. Pero las fronteras profesionales se están diluyendo, reformulando y desplazando. Se debe al impacto de los avances tecnológicos y científicos, pero también al mayor desarrollo profesional de profesiones sanitarias, antes vistas como “auxiliares”³³. De hecho, la planificación de necesidades futuras respecto a profesionales sanitarios debería tener en cuenta no sólo los cambios en demografía y epidemiología, sino además, los estándares de trabajo y la productividad de los distintos profesionales⁷. En este sentido llama la atención el sector sanitario, pues en todos los demás sectores de la economía se ha logrado reducir la necesidad de personal con mecanismos que resuelven las tareas repetitivas (tipo el trabajo de los robots en la industria automovilística). Por el contrario, el desarrollo sanitario parece conllevar el aumento del personal.

Con el desarrollo, lo lógico es la transferencia de tareas desde niveles de mayor complejidad (el médico especialista del hospital universitario, por ejemplo) a niveles de menor complejidad (la auxiliar de clínica en un consultorio rural, por ejemplo). Lo demuestra bien el seguimiento de la anticoagulación, que ha ido del hematólogo hospitalario al control por el propio paciente o por su familia. Pero no es infrecuente que el médico retenga una técnica o un conocimiento preventivo y/o curativo (diagnóstico y/o terapéutico) que el desarrollo permite transferir a otros profesionales o al paciente (el “síndrome del barquero”)³⁴. Con ello los médicos pierden la oportunidad de “dejar de hacer” para “hacer más”^{22,35} (tareas más complicadas con pacientes más complejos). Es decir, al retener tareas y actividades delegables el médico se sobrecarga de trabajo para el que está sobre-formado. También bloquea el desarrollo de otros profesionales sanitarios, a los que no transfiere responsabilidad y poder y se niega a sí mismo la posibilidad de desarrollar campos que le son propios, que son retos clínicos y profesionales. Con ello actúa contra el devenir social y sanitario que lleva los servicios tan cerca del paciente como sea posible, para evitar los desplazamientos y para aumentar la eficiencia.

Las cuestiones acerca de transferencia de responsabilidad y poder son difíciles de resolver en la práctica, y no sólo por los problemas profesionales. Hay que tener en cuenta también cuestiones en torno a costes y aceptación social³³. Por ejemplo, los actos de enfermería suelen ser más baratos que los actos médicos, pero al cabo del día la comparación puede no ser tan clara, según la productividad (número de actos) de ambos profesionales³⁶. Además, las fronteras entre profesionales son siempre discutibles, y no sólo entre médicos y enfermeras, sino también entre médicos y farmacéuticos, entre enfermeras y auxiliares clínicos y

entre estos y los administrativos, y entre enfermeras y trabajadores sociales por poner sólo unos ejemplos³³⁻⁴¹.

Por último, a no olvidar los problemas de definición y aceptación de responsabilidades y de incertidumbre y los problemas de distribución del poder entre niveles, organizaciones y sectores. Por ejemplo, los problemas en torno a la prevención del embarazo tras coito sin medidas anticonceptivas, ¿en dónde se resuelven mejor, en la oficina de farmacia, en urgencias, por teléfono, en la consulta de atención primaria, en los centros de planificación, o en otros establecimientos y por otros profesionales? La respuesta no es fácil, pues no depende sólo del desarrollo científico y tecnológico sino de fronteras y roles históricos que se resisten al cambio. En otro ejemplo, la atención telefónica mejora el seguimiento del paciente con insuficiencia cardíaca³¹, pero no sabemos qué profesional podría hacerlo mejor, si el hospitalario o el de atención primaria⁴².

La respuesta a esta tercera pregunta exige redefinir la formación, los roles profesionales y los límites entre niveles, instituciones y sectores, y aceptar el logro de prestar servicios de “máxima calidad, mínima cantidad, con tecnología apropiada y tan cerca del paciente como sea posible”. Al ceder responsabilidad y poder se consiguen tiempo y oportunidades para intervenir sobre problemas de mayor complejidad para los que el médico está mejor formado. Con ello aumentan la autoestima y la satisfacción en el trabajo médico y, además, se da respuesta a la primera pregunta planteada en este texto.

¿POR QUÉ LA ACTIVIDAD CLÍNICA ESTÁ SOMETIDA A LA “TIRANÍA DEL DIAGNÓSTICO”?

Se ha dicho que los especialistas son médicos que diagnostican enfermedades

sin tratamientos, y que los generalistas tratan enfermedades sin diagnosticar. Probablemente sea falso, pero algo hay de cierto en el sentido de que los generalistas necesitan diagnosticar menos pues trabajan más cómodamente con la incertidumbre clínica^{43,44}. El problema es que, por consecuencia de la actividad médica, la intolerancia a la incertidumbre se está trasladando a los pacientes, de forma que ante cualquier síntoma aspiran a una etiqueta que lo justifique. Buen ejemplo es el difícil manejo de pacientes con síntomas médicamente inexplicables, que llenan las consultas médicas sin lograr un diagnóstico que al menos alivie la incertidumbre del “¿qué tengo, doctor?”⁴⁵.

Conseguir un diagnóstico se ha convertido en el objetivo del médico y del paciente. Pero detrás de diagnóstico innecesario hay mucho daño, mucha cascada diagnóstica (y terapéutica, pues el diagnóstico se sigue casi inexorablemente del tratamiento correspondiente)^{24,25}. En la búsqueda heroica del diagnóstico se pierde salud, y se producen daños innecesarios. Así, vivimos en una “tiranía del diagnóstico”, una exigencia de lograrlo a toda costa⁴⁶. Ello implica el empleo de pruebas diagnósticas, y el aumento de la “intensidad de atención” (el número de pruebas necesarias para responder a un problema de salud). Detrás de este aumento de la intensidad de atención está gran parte del aumento del coste sanitario (que depende menos de lo que se piensa del envejecimiento de la población, al que se suele atribuir)⁴⁷. Ejemplo de las consecuencias de los excesos en el diagnóstico es la epidemia de minusvalías por el sobre-estudio y sobre-tratamiento del dolor lumbar inespecífico⁴⁸. Con este énfasis excesivo, además, lo importante viene a ser la enfermedad, no el impacto de la misma en la vida del paciente.

La práctica clínica cambiaría mucho si los médicos (y ya también los pacientes)

aceptaran que el objetivo no es diagnosticar, sino tomar decisiones que ayuden a dar respuesta a los problemas de salud. Para decidir se puede necesitar un diagnóstico, pero no siempre. Por ejemplo, en medicina general hasta la mitad de los problemas atendidos se resuelven sin diagnóstico⁴⁹. Este hecho clave y necesario puede ser visto como negativo por quienes se han formado como estudiantes y residentes en un paradigma clínico que exige el diagnóstico como paso previo a la acción curativa.

Puesto que el diagnóstico se considera patrimonio exclusivo del médico, al disminuir el énfasis en diagnosticar (al revertir la "tiranía del diagnóstico") se facilita y da credibilidad social a la intervención de otros profesionales sanitarios. Además se da énfasis al individuo enfermo y a su peculiar forma de sufrir, y se cumple en la práctica el "no existen enfermedades sino enfermos".

La respuesta a esta cuarta pregunta exige un cambio de paradigma, un saber compartir con los pacientes la ignorancia (ética de la ignorancia)⁵⁰, el aceptar que en muchos casos no se sabe ni se necesita saber para decidir. Lo importante no es diagnosticar; lo central en la actividad médica es ayudar a sobrellevar el sufrimiento, es evitar y/o dar respuesta a la enfermedad y es apoyar al paciente para lograr que muera en condiciones dignas⁹⁻¹². Lo importante no es la enfermedad sino el enfermo. Lo importante no son los diagnósticos sino los problemas. De ahí la importancia de poner el énfasis en la resolución de problemas^{51,52}.

Por supuesto, no es fácil reorientar la enseñanza y la práctica médica a la toma de decisiones, en lugar de al diagnóstico, pero si se logra se da respuesta también a la tercera pregunta (se facilita la adopción de nuevos roles por otros profesionales, y por el paciente y su familia).

CONCLUSIÓN

Aunque es lógica la preocupación acerca de la demografía médica y de la planificación de recursos sanitarios, conviene no olvidar que las respuestas a las cuestiones acerca de números y especialidades no tratan los problemas fundamentales de una profesión que cambia de continuo^{53,54}. El marco es la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias⁵⁵, pero su aplicación depende en mucho de los propios profesionales^{18,56}. Conviene que los médicos y otros profesionales sanitarios nos enfrentemos al tipo de cuestiones planteadas en este texto para encontrar respuestas que ayuden a decidir acerca de la sobre-formación, el énfasis en el encuentro directo y en el diagnóstico, y las dificultades para ceder responsabilidad y poder. Son cuestiones complejas, pero al identificarlas facilitamos el debate profesional, la clave para resolver los problemas respecto al número de médicos necesarios en España.

Es imposible tomar decisiones sobre la cantidad de los médicos que se precisarán en el futuro sin haber analizado en profundidad las cuestiones fundamentales tipo qué se espera hagan los médicos, cómo trabajarán y dónde, a quiénes atenderán, y en qué circunstancias prestarán sus servicios. Para contestarlas hay que mantener un debate profesional de altura en torno a la conceptualización del "ser médico" que incluya decisiones respecto a 1/ mejoras de la formación de pre y postgrado (coordinadas con las mejoras en la misma formación de otros profesionales sanitarios) para fomentar la toma de decisiones con y sin diagnósticos, apoyadas en el balance adecuado entre calidad técnica y calidad humana y en la delegación de tareas según los nuevos desarrollos tecnológicos, 2/ cambios en la organización de servicios que disminuyan la necesidad de los encuentros directos y potencien el uso de las telecomunicaciones, y 3/ delimitación

de roles profesionales y en la aceptación de incertidumbre y definiciones dinámicas de límites entre niveles, instituciones y sectores socio-sanitarios.

PARTICIPANTES EN EL SEMINARIO DE INNOVACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 2007

En el debate presencial y en la redacción y discusión de este texto participaron: Amengual M, Ayala V, Becerril B, Bravo R, Casajuana J, Coll JM, Díez Astorgano A, Domínguez J, Drake M, Ezquerro E, Fernández Torrente J, Freire JM, García Cebrián FJ, García Olmos LM, García Ortiz A, García Vallejo R, Hernández Salvador C, Miguel F, Otero A, de Pablo R, Pastor Sánchez R, Pérez Artigues JA, Pérez Fernández M, Redondo J, Revilla E, Rivas G, Ripoll MA, Rodríguez Ledo P, Romea S, Serrano E, Solla JM, Simó J, Vázquez Díaz JR, Vela P y Vicente Molinero A.

BIBLIOGRAFÍA

1. Flynn JT. Shortage of physicians. *JAMA*. 1973;225:419.
2. Newton S, Buske L. Physician resource evaluation template. A model for estimating future supply in Canada. *Ann R Coll Phys Surg Canada*. 1998;31:145-50.
3. Maynard A, Amaya C, Coronado A, Grau T, Alcaide PL. El número de médicos en España. Análisis de una situación crítica. Madrid: Fundación CESM; 1999. Actualizado: Amaya C, García M. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005. Disponible en: www.cesm.es.
4. González López-Valcarcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. *Gac Sanit*. 2000;14:237-46.
5. Workforce matters: a good practice guide to role-design in primary care. London: NHS Modernization Agency; 2002.
6. Simoens S, Hurst J. The supply of physicians services in OECD countries. París: OCDE Working Papers, 21; 2006.
7. Birch S, Kephart G, Tomblin G, O'Brien L, Alder R, MacKenzie A. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Can Public Policy*. 2007;33 (Supl):S1-S16.
8. González López-Valcarcel B, Barber Pérez P. Oferta y necesidad de médicos especialistas en España (2006-2030). Las Palmas: Universidad Las Palmas Gran Canaria; 2007.
9. Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. *N Engl J Med*. 1982;306:639-45.
10. Callahan D. Death and the research imperative. *N Engl J Med*. 2000;342:654-6.
11. Fundación ABIM, ACP-ASIM y a Federación Europea de Medicina Interna. La profesión médica en el nuevo milenio: estatutos para la regulación de la práctica médica. *Med Clín (Barc)*. 2002;118:704-6.
12. Hasting Center. Los fines de la Medicina. Barcelona: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2004.- Disponible en <http://www.fundaciogrifols.org/esp/publicaciones/coleccion.asp?id=2>
13. Smith R. Why are doctors so unhappy? *BMJ*. 2001;322:1073-4.
14. Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org/docs/futuropm.pdf
15. Canadian Medical Association. Medicine, the unhappy profession? *CMAJ*. 2003;168:751-2.
16. Hernández Yáñez JF. Propuesta de organización corporativa de la profesión médica. Madrid: Fundación Alternativas, Documento 127/2007; 2007. Disponible en: www.fundacionalternativas.com/laboratorio.
17. Pérez Corral F. La carrera profesional: una propuesta colegial. *Rev Adm Sanit*. 1999;3:157-73.
18. Salmerón JA, Benarroch G, Piqué JM, Rodés J. Carrera profesional del personal médico. Un sistema incentivador útil cuando se mantienen sus principios de aplicación. *Med Clín (Barc)*. 2008;130:393-8.
19. Casajuana J. Los médicos son superfluos. *AMF*. 2005;1:176-8.

20. Gervas J, Starfield B, Minué S, Violán C, Seminario Innovación 2007. 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.
21. Illich I. *Némesis médica.* México : Joaquín Mortiz-Planeta; 1987.
22. Casajuana J. El doctor Kleenex y la batalla de la receta. *AMF.* 2008;4:122-4.
23. Fitjen GH, Blijham GH, Knottnerus JA. Occurrence and clinical significance of overt blood loss per rectum in the general population and medical practice. *Br J Gen Pract.* 1994;44:320-6.
24. Mold JV, Stein HF. The cascade effect in the clinical care of patients. *N Engl J Med.* 1986;314:512-4.
25. Pérez Fernández M, Gervas J. El efecto cascada: implicaciones clínicas, epidemiológicas y éticas. *Med Clí (Barc).* 2002;118:65-7.
26. Starfield B. Is the US health system really the best in the world? *JAMA.* 2000;285:483-5.
27. Davis P. Health care as a risk factor. *CMAJ.* 2004;170:1688-9.
28. López Miras A, Pastor Sánchez R, Pérez Fernández M, Gervas J. Consultas por tercero en Medicina General. *Aten Primaria.* 1994;13:475-9.
29. Munro J, Nicholl J, O' Cathain A, Knowles E. Impact of NHS Direct on demand for immediate care: observational study. *BMJ.* 2000;321:150-3.
30. Grant C, Nicholas R, Moore L, Salisbury C. An observational study comparing quality of care in walk-in centres with general practice and NHS Direct. *BMJ.* 2002;324:1556-9.
31. O'Grancelli H, Ferrante D. Telephone interventions for disease management in heart failure. *BMJ.* 2007;334:910-1.
32. Okma K. The changing role of general practitioners: how typical is the Duth case? *J Health Serv Res Policy.* 2006;11:65-6.
33. Richardson G, Maynard A, Cullum N, Kinding D. Skill mix changes: substitution or service development. *Health Policy.* 1998;119-32.
34. Gervas 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 Clí (Barc).* 2005;124:778-81.
35. Casajuana J. En búsqueda de la eficiencia: dejar de hacer para poder hacer. *FMC.* 2005;12:579-81.
36. Bazian L. Do nurse practitioners provide equivalent care to doctors as a first point of contact with patients with undifferentiated medical problems? *Evidence-Based Healthcare Public Health.* 2005;9:179-91.
37. Salvage J, Smith R. Doctors and nurses: doing it differently. *BMJ.* 2000;320:1019-20.
38. Corrales D, Galindo A, Escobar MA, Palomo L, Magariño MJ. El debate sobre la organización, las funciones y la eficiencia de enfermería en atención primaria: a propósito de un estudio cualitativo. *Aten Primaria.* 2000;25:214-9.
39. Bonal J. Los límites del rol del farmacéutico, ¿hasta dónde llegar? *Pharm Care Esp.* 2001;2:30-2.
40. Armitage M. Advanced-care practitioners. Friend or foe. *Lancet.* 2006;367:375-7.
41. Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change. *Br J Gen Pract.* 2008;58:118-24.
42. Gervas J, Seminario Innovación Atención Primaria 2005. Substitución de la primaria por la especializada. Algunas cuestiones en torno al seguimiento de los pacientes con insuficiencia cardiaca. *SEMERGEN.* 2006;32:125-31.
43. Knottnerus JA. Medical decision making by general practitioners and specialists. *Fam Pract.* 1998;8:305-7.
44. Torio Durántex J, García Tirado MC. Incertidumbre y toma de decisiones en medicina de familia. *AMF.* 2006;2:320-31.
45. Woivalin T, Krantz Z, Mäityrante T, Rinaberg AC. Medically unexplained symptoms : perceptions of physicians in primary care. *Fam Pract.* 2004;21:199-203.
46. Rosemberg CE. The tyranny of diagnosis: specific entities and individual experience. *Milbank Q.* 2002;80:237-60.
47. Puig-Junoy J, Castellanos A, Planas I. Análisis de los factores que inciden en la dinámica del gasto público. Registro histórico y proyecciones 2004-2013. En: Puig-Junoy J, López Casanovas G, Ortún V (editores). *¿Más recursos para la salud?* Barcelona: Masson: 2004. pp. 93-126.
48. Deyo RA. Dolor lumbar. *Investigación Ciencia.* 1998;10:65-9.

49. Crombie D. Diagnostic process. *J R Coll Gen Pract.* 1963;6:59-89.
50. Smith R. The ethics of ignorance. *J Med Ethics.* 1992;18:117-8, 134.
51. Koh GCH, Khoo HE, Wong ML, Koh D. The effects of problem-based learning during medical school on physician competency; a systematic review. *CMAJ.* 2008;178:34-41.
52. Wood DF. Problem based learning. *BMJ.* 2008;336:971.
53. Vázquez Díaz JR. El valor de los valores. *Dim Humana.* 2002;6:53-6.
54. Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? *Rev Esp Salud Pública.* 2006;80:457-67.
55. Ley 44/2003 de 21 de noviembre de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE nº 280 de 22-11-2003. p. 41442-58.
56. Simó J. La carrera profesional del médico de familia: sentido y valor de su motivación. *Jano* 2005;68 (extra):885-94.

