

# **La necesaria transformación de los médicos: de nadadores en piscina a nadadores en el ancho mar**

**Juan Gérvas**

***Médico general rural, Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid). Equipo CESCA, Madrid. Profesor invitado, Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Sanidad, Madrid. Profesor honorario, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma, Madrid.***

## **Introducción**

Ejercer de médico ha sido siempre un privilegio. El contacto directo con la superficie y los abismos del cuerpo y del alma ha dado un halo de prestigio y respeto a los médicos. Dicho halo compensa en parte la incertidumbre vital a que lleva la práctica médica consciente. Incertidumbre vital fácil de entender, pues no es fácil tener contacto diario con las miserias orgánicas, psicológicas y sociales y mantener la alegría de vivir.

El prestigio y el respeto de los médicos se consiguen dando respuesta al sufrimiento, a los problemas de salud, curando a veces, calmando a menudo, consolando siempre. Al estar investidos por ese halo superior, casi sagrado, los médicos han tenido siempre un estatus de excepción. Este estatus se cuestiona hace décadas, pero persiste sin grandes modificaciones desde hace milenios (al menos para el paciente y para sus familiares).

El ser humano es un ser para la muerte, y en ese viaje hay simultáneamente disfrute y sufrimiento sin cuento. Ser conscientes e inteligentes, tener un cerebro que no se comprende, es algo que se paga. Por ello el enfermar humano tiene siempre un componente de amenaza para la vida, de complejidad psicológica y social que va más allá de las simples alteraciones biológicas. Los médicos lo viven y lo perciben así, por mucho que en general practiquen sin saberlo un realismo trasnochado que lleva a una visión mecánica y biológica del enfermar. Con esta visión el médico ha ido cambiando su papel de sanador, de profesional capacitado para dar respuesta a los problemas de salud y al sufrimiento para devenir en científico que ofrece soluciones técnicas, como la casi inmunidad frente a la infección (con las vacunas y antibióticos), o la anulación del dolor (y

hasta de las conciencia, con la anestesia). En esa transformación de sanador a científico se debilita el halo superior y sagrado, se pierde el rol de excepción.

Tras siglos (y milenios) de evolución el médico se pretende ahora científico, no sanador. Cura, alivia y consuela, pero no por su profunda humanidad ni por su capacidad de entender el sufrimiento, sino por su poder científico para comprender el origen del mal, la alteración bioquímica y genética subyacente a la enfermedad, que hay que reparar para restaurar la normalidad. Lo importante no es escuchar, ni asentir, ni hablar, sino comprender los mecanismos que conducen a la enfermedad, utilizar las tecnologías necesarias, diagnosticar la misma y proceder al empleo de los métodos terapéuticos adecuados. Aparentemente el ser humano es una máquina en la que se pueden incluso sustituir piezas sin más, como bien pretende demostrar el campo de los transplantes.

### **Del halo personal al halo tecnológico**

En el largo camino de la evolución humana el médico está empezando a cerrar un círculo mágico que se inició con el primer homínido capaz de entender el sufrimiento de su semejante, y de

ofrecerle consuelo específico con alguna técnica de escucha (la escucha terapéutica o la promesa de un más allá, por ejemplo), la habilidad en alguna práctica (reparar una fractura y atender un parto, como ejemplos) y el manejo sabio de la farmacología vegetal (desde la hoja de coca a la de digital, por ejemplo). Aquel poder mágico no ha abandonado nunca al médico, pues el humano enfermo es un ser desvalido que pierde muchas de sus defensas psicológicas y sociales por la enfermedad en sí, y por el propio papel de enfermo, de forma que el paciente se entrega en general sin reservas al médico (“lo que usted diga, doctor”) que se convierte en alguien casi omnipotente en los momentos en que el dolor y el sufrimiento debilitan el razonamiento.

El cierre del círculo mágico traslada el halo superior, casi sagrado, del propio médico a sus métodos y técnicas diagnósticas y quirúrgicas. “El paciente ha muerto, pero el equilibrio iónico ha sido correcto hasta el final” se le puede llegar a decir a los familiares, pues el propio sistema de incentivos lleva a la exageración de la biometría en detrimento de la empatía. El médico está dejando de ser el placebo, poderosísimo y eficaz placebo, para revestirse de una ciencia con poco fundamento (pues muchas veces se

confunden cifras y cálculos con ideas e hipótesis, y ciencia con arte).

El médico cede poder y recupera “anonimato” (se desliga del paciente y de su sufrimiento). El médico delega en la tecnología, y se convierte en operario. Pasa de ejercer una profesión a practicar un oficio. El horario se cumple a rajatabla (“de ocho a tres, médico; después tiempo para vivir”). Ya el médico empieza a ser nada *per se*. Precisa, al menos, de una especialización y de unas técnicas. “La silla” de Marañón es cada vez más irrelevante para el propio médico, pero no para todos, y sólo para algunos pacientes.

### **De datos blandos a datos duros**

La sociedad cambia, y es cierto que cada vez encontramos más pacientes impacientes, más políticos exigentes y más medios impactantes, lo que cambia el paisaje de las necesidades y expectativas sanitarias de la población. La respuesta médica está siendo la transformación mencionada, del médico sanador en médico científico. Sin embargo, la transformación tiene costes intangibles. Uno fundamental, la deshumanización de la práctica médica. Es decir, el menor énfasis en el sufrimiento, en la escucha,

en la comprensión, en la empatía, en los datos “blandos”. El médico científico se centra en las técnicas, en los datos “duros” que proceden de los métodos diagnósticos y terapéuticos que permiten el diagnóstico y reparación de los errores y/o daños orgánicos, lo que se supone conllevará la recuperación de la normalidad.

La presencia de la muerte resulta incomprensible en este panorama de vida sana permanente (la antigua “eterna juventud”). La solución es ignorar la muerte, establecer una “batalla” contra ella, pretendiendo ignorar que siempre se pierde (los médicos como mucho retrasan muertes, nunca salvan propiamente vidas). Incluso se llega a ignorar el propio sufrimiento. Así, por ejemplo, los oncólogos apenas dedican treinta segundos, de entrevistas de hasta media hora, a demostrar empatía y a explorar la angustia y ansiedad del paciente en el encuentro en que se le comunica el diagnóstico; casi todo el tiempo se dedica a consideraciones diagnósticas y terapéuticas, y muchas veces se dejan de lado las cuestiones clave, tipo: “¿cuántos días de vida, y de qué calidad, me añade el sufrimiento que usted me está proponiendo para “luchar” contra la enfermedad?”.

La atención se centra en los datos duros, en los que tienen que ver con los métodos y técnicas diagnósticas y terapéuticas. El paciente se “cosifica” al tiempo que el médico transforma la profesión en oficio que le hace más independiente, menos humano, más distante, más insensible ante el sufrimiento, menos sanador, más aparentemente científico.

### **De la salud como auto-percepción a la salud como resultado biométrico**

La visión realista de los médicos y el consiguiente modelo biológico casi mecánico del enfermar lleva inexorablemente a una definición biométrica de salud. Estar sano empieza a dejar de ser una experiencia vital, como estar feliz, para pasar a ser una situación médicamente definida. Así, el niño sano es aquel cuyas curvas de crecimiento se adaptan a la norma, y cuyo pediatra/médico general certifica con un examen en profundidad la ausencia de anomalías. Un niño sano no lo es por la definición de la madre y de la familia, sino por definición médica. En este ejemplo la “guerra” ha sido perdida por las abuelas. Sucede exactamente igual

con el adulto, que es sano en cuanto encaja en los parámetros médicamente definidos.

La biometría alcanza cada vez más campos, incluyendo resultados bioquímicos y genéticos, y pruebas psicológicas. Los exámenes y chequeos se suceden sin pausa a lo largo de la vida, y la revisión del niño sano es el primer peldaño en esta escalera de definiciones médicas que lleva incluso a reservar el diagnóstico de muerte también al médico (por más que en algún caso el muerto incluso empiece a oler a putrefacto). Lo importante es la cifra del colesterol, o la de la glucosa, o la de la tensión arterial, o la de troponina, o la del perímetro abdominal, o la del peso, o el coeficiente intelectual. Uno está sano si las cifras se encuentran entre los valores definidos artificialmente como normales.

Desde luego, es imposible “morir sano”, es decir, dignamente, sin sufrimiento, sin “luchar”, sintiendo que ha llegado la hora. La muerte desequilibra toda la biometría y se vive como fracaso. La muerte rompe el halo mágico de las técnicas, y el duelo de los familiares se transforma de nuevo en enfermedad, en patología, como si no pudiera haber sufrimiento normal, desazón aceptada como parte del vivir. Tomar la mano del viudo o de los hijos se vuelve un acto

indecente. Lo que se da (y con el aprendizaje, los pacientes exigen) es un tranquilizante, no unas palabras; lo que se acepta es un medicamento no una mano afable. Aunque increíble, es esperable, si la salud es biometría que define el médico y si la silla ha perdido importancia, o sirve sólo para sentarse y no como medio que soporte una cierta terapia.

### **Del poder médico de definir enfermedad al poder de definir salud**

Durante milenios los médicos no definieron ni enfermedad ni salud. El interés por la enfermedad como entidad es reciente, de apenas tres siglos, y se debe en mucho al ímpetu de las clasificaciones biológicas y su asociación al “poder de nombrar”. Parecía que el agrupar a los seres vivos en especies y familias era cosa definitiva, tan definitiva como la enfermedad. Este modelo encaja de nuevo con la visión realista de los médicos, con su idea de que la realidad existe tal cual, que existe independientemente de nosotros, y que las estructuras, mecanismos y objetos de este mundo son los que estimulan nuestros sentidos. Los médicos no suelen advertir que la enfermedad es una construcción mental, una interpretación de la

realidad. Lo que es enfermedad en una cultura en otras es normalidad, y en otras pecado.

El poder de definir enfermedad tergiversa el antiguo prestigio del ser médico. Este poder puede extralimitarse, y emplearse para utilizar las definiciones en forma que aumente “el trabajo” (la importancia del médico, las posibilidades de intervenciones diagnósticas y terapéuticas y “el negocio”). Buen ejemplo es la definición de insuficiencia cardíaca que en su nivel más bajo es simplemente un estado que aumenta la probabilidad de la insuficiencia, como obesidad (clasificada aquí como “insuficiencia cardíaca tipo A”). Mejor ejemplo es de los cambios asociados a los trastornos mentales, que más que guías diagnósticas parecen guías de promoción terapéutica. También la definición de diabetes, que aumenta en millones los “diabéticos”, sin que se acompañe de mejoras en salud, tan sólo de mayor número de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Ni que decir tiene que nada justifica el concepto de “pre-enfermedad”, vista como la situación que precede a la enfermedad, por ejemplo en la pre-diabetes.

Sólo muy recientemente, poco más de medio siglo, los médicos han empezado a emplear su poder de definir enfermedad para definir

salud. Es un movimiento asociado a los “factores de riesgo”, que son considerados en muchos casos como causa de enfermedad (por ejemplo, la hiperlipemia), o incluso verdaderas enfermedades (por ejemplo, la hipertensión). Se ignora que los factores de riesgo son simples asociaciones estadísticas con la enfermedad, ni necesarios ni suficientes para que se desarrolle la misma. La era de los factores de riesgo sucedió a la era de los antibióticos, y en la sucesión hay mucho más que un simple cambio de enfoque. Los antibióticos todavía se refieren a enfermedad. Los factores de riesgo, a salud. Este cambio no es baladí. Ahora los médicos, con los factores de riesgo, se suman a un movimiento moralista que se pregunta ante el paciente con infarto: “¿no fumaba?, ¿no tenía colesterol? ¿hacía ejercicio?, ¡qué raro!”. La enfermedad empieza a verse como el fracaso de la prevención, y en este movimiento todo vale. La prevención se vuelve omnipotente, y si hay cáncer tiene que existir una vacuna contra él, por ejemplo.

**De médicos que dan malas noticias a médicos que las dan buenas**

En una cascada inevitable, el predominio del halo tecnológico lleva a la relevancia de los datos duros, y estos a la definición biométrica de la salud, que transforma la actividad de los médicos pues pasan de centrarse en la enfermedad a centrarse en la salud. Como siguiente eslabón lógico, los médicos casi cambian de profesión (o de oficio, pues los métodos diagnósticos y terapéuticos son ahora el objetivo de mucho de su trabajo, lo que hace secundaria su doble labor sobre el sufrimiento anexo al enfermar y al morir).

Es expresión profunda y sutil de este cambio el predominio de “dar buenas noticias” sobre el “dar malas noticias”. Por ejemplo, ya no se es sorprendente sino se espera que el médico diga “el niño tiene una curva de crecimiento normal” más que “este niño tiene neumonía” (esto último como mucho en urgencias). En otro ejemplo, lo esperable es “su chequeo es normal por completo, ¡enhorabuena!”, en lugar de “esa orina no tiene buen aspecto, hay que hacer una cistoscopia para descartar que algo esté sangrando en la vejiga”. Por supuesto, los médicos siguen dando malas noticias, pero lo más frecuente es que los pacientes acudan para buscar noticias buenas, o al menos menores, solucionables con un cambio de vida, o mejor con una píldora (del estilo de “su colesterol

total es alto, y el malo también; tiene que tomar esto que le receto todas las mañanas, además de hacer la dieta”).

Como consecuencia, los pacientes piden y aspiran a consultas centradas en la prevención. Y los sistemas sanitarios “giran” hacia la prevención, en la esperanza no justificada científicamente de un aumento de la eficacia y de la eficiencia (el giro preventivo transfiere de hecho recursos de pobres a ricos, de viejos a jóvenes y de enfermos a sanos).

### **De consultas llenas de necesidades a consultas llenas de tontinaderías**

Las consultas en que se dan buenas noticias llevan a consultas en las que se quiere todo y ya. “Si podemos evitar el infarto de miocardio con un medicamento que baja el colesterol, ¿cómo es posible que no exista algo que evite la angustia vital?”. Los pacientes y la sociedad creen lo que se les dice. Por ejemplo, las promesas de eterna juventud de muchos expertos (“mis hijos vivirán hasta los 150 años sin problemas, y mis nietos no tendrán límite”, proclamó uno de estos expertos futurólogos, cardiólogo promotor de la vida sana que murió bruscamente a los 70 años). Por ejemplo,

las promesas de evitación del dolor (“si usted tiene dolor y su médico no se lo quita, cambie de médico”). Otro sí, lo expertos que prometen bienestar psíquico beatífico, con la píldora tal o la técnica cual.

Todo ello cae en terreno abonado, en una población con pocos hijos en los que el “yo” es cada vez más importante. No es extraño que el resultado final sea la consulta por naderías, por nimiedades, por tonterías. Es importante, además, lograr la consulta rápida y directa (cara a cara) con el médico. Al final lo que agobia y preocupa al paciente es el “gen nuestro de cada día” de esos medios impactantes, o la desazón que conlleva el vivir, o el comprobar los estragos del paso del tiempo en el alma y en el cuerpo, o el evitar tal o cual cáncer, tal o cual enfermedad.

Puesto que se evita la mortalidad infantil se prolongan las vidas, y las enfermedades crónicas son más frecuentes, y más frecuente su co-existencia. En lugar de añadir salud, el buen trabajo del sistema sanitario añade infelicidad, insatisfacción ante la vida, sufrimiento y disminución de auto-percepción de salud. Es lo que se define como “paradoja de la salud” (a más salud objetiva, peor salud subjetiva). Las consultas se llenan de tontinaderías para las que se requiere

solución y diagnóstico inmediato. La “tiranía del diagnóstico” provoca a su vez una medicalización y sobre-uso de recursos que no se traducen en mejoras en salud.

### **Del médico contento y satisfecho al médico frustrado e infeliz**

El ejercicio médico ha sido siempre un ejercicio profesional duro por el ya señalado contacto diario con las miserias orgánicas, psíquicas y sociales. Pero el médico sanador sufría sólo por ese contacto, por sus errores, y por su impotencia para realmente curar en la mayor parte de los casos. Ahora el médico se frustra, quema y se torna infeliz por estas y por otras causas.

Cuando el médico deviene un super-especialista, un aspirante a científico bien equipado con la Medicina Basada en Pruebas y al tiempo la atención clínica gira a la prevención, y los pacientes quieren soluciones inmediatas a las naderías, lo esperable es la frustración sin paliativos. El médico se siente sobre-formado para las tareas que se le asignan social e institucionalmente. Finalmente le llega todo, desde el niño que acaba de vomitar tras comer como un animal en una fiesta de cumpleaños a la adolescente que cada fin de semana precisa de contracepción post-coital porque “se nos

rompió el condón”, desde el adulto que se quiere remedio a una disfunción eréctil indeseable (“he empezado una nueva relación, ella es mucho más joven, y no quiero fallar”) a la enésima norma preventiva (“hay que pasar el cuestionario a todos los pacientes para que podamos diagnosticar la depresión antes de que dé síntomas”).

Por otra parte, los líderes profesionales no ayudan en mucho, tan perdidos como los profesionales de a pie. Las instituciones sanitarias exigen mediante gerentes y políticos una actitud complaciente con la población que se da de bruces con las simultáneas exigencias de control del gasto y mejora de la efectividad. Los indicadores e incentivos tienen pocas veces en cuenta la salud de la población y de los pacientes. La actividad médica se mercantiliza y deja poco espacio al idealismo. Las antiguas y nuevas profesiones sanitarias disputan derechos a los médicos. Los abogados encuentran un filón en las reclamaciones judiciales. Los médicos además de encontrarse sobre-formados y abrumados por las naderías en las consultas (agravadas por la burocracia inherente a una gestión poco clínica) responden con una “medicina defensiva” que no defiende sino degrada.

## **Del médico que tenemos, nadando en la piscina, al que necesitamos, nadando en el ancho mar**

Tenemos médicos frustrados, super-especializados, agobiados, que no disfrutan del trabajo diario, quemados, amenazados por gerentes y políticos alejados de la clínica, saturados de tontinaderías, trabajadores que se sienten piezas y no profesionales, temerosos de reclamaciones judiciales y ejercientes de una medicina defensiva ofensiva, cumplidores formales de horarios precisos, que huyen del lugar del trabajo al terminar la jornada y se compensan con actividades extra-médicas.

Por supuesto, hay médicos en el lado opuesto de este espectro y entre ellos, y los que están en a medio camino, el sistema sanitario se sostiene, pero difícilmente se salva el ancho abismo que separa la eficacia de la efectividad. No es extraño que la actividad del sistema sanitario se haya convertido en la cuarta causa de mortalidad. Se convierte así en un mito el ideal de aplicar lo que se precisa al 100% de los pacientes que lo necesitan y no aplicar lo que no se precisa al 100% de los pacientes que no lo necesitan. Por ejemplo, esto llevó a las muertes provocadas por la cerivastatina en

muchos pacientes que no precisaban ese tratamiento, mientras siguen sin tratar muchos pacientes que necesitan hipolipemiantes.

El médico actual nada en la piscina de una especialidad, en un entorno geográfico e idiomático endogámico, y el agua está sucia, llena de naderías y de actividades innecesarias. Al médico actual le falta autoridad, autonomía, polivalencia, responsabilidad y autoestima. Nadando en la piscina es infeliz, pero fuera se ahoga. Está condenado a nadar hasta la jubilación, o el suicidio (estricto, o simple cambio de profesión). Cumple su trabajo, pero no le compensa (ni profesional, ni humana ni económicamente). Su actividad central es lograr diagnósticos, no proponer soluciones. Algunos se libran y nadan felices en una piscina muy especial, con agua limpia, vista con envidia por los demás, que no se hacen idea de cómo lograr esa capacidad de innovación con instituciones que ayudan un poco más de lo habitual. Lamentablemente, tampoco se apoya la investigación sobre innovación exitosa, especialmente sobre su mejor forma de difusión.

Necesitamos un médico capaz de nadar en el ancho mar, en agua limpia, sin naderías ni actividades innecesarias. El médico del futuro tiene que romper los corsés de las especialidades, de los ámbitos

geográficos e idiomáticos y de la endogamia y ser capaz de cambiar según las necesidades de la población (aumento/disminución de los inmigrantes, nuevas enfermedades, etc.) y de sus propios deseos vitales (unos años de media jornada, para hacer la tesis doctoral, un año sabático en un trabajo de cooperación, unos años de horas extras para pagar la hipoteca, unos meses como asesor de esa empresa innovadora, etc.). El médico del mañana es un médico que delega en otros profesionales los pacientes estables y bien controlados y se centra en los pacientes complejos y/o descompensados. El médico del futuro tiene autoridad, autonomía, polivalencia, responsabilidad y auto-estima, influye en la institución y en los gerentes y políticos, y es compensado monetariamente en consonancia. En su trabajo diario el médico será fundamentalmente clínico, y cumplirá aquellas normas preventivas adecuadamente priorizadas por su relevancia y eficacia demostrada. Tarea esencial del médico del futuro es la práctica cotidiana y continua de la prevención cuaternaria (la que trata de evitar la actividad innecesaria del sistema sanitario y los daños de la necesaria). Los diagnósticos recuperarán su papel necesario pero no suficiente, y en ningún caso su "tiranía" retrasará la toma de decisiones

juiciosas. El médico del futuro será un médico satisfecho con su trabajo, que empleará los errores como acicate para la mejora continua de su trabajo. Cuando la innovación sea exitosa, el médico contará con apoyos para su análisis y difusión. La clínica, siendo importante, la verá el médico siempre como parte de un sistema sanitario que tiene que ofrecer a los que necesitan lo que necesitan, evitando el cumplimiento de la “ley de cuidados inversos” (“los pacientes que precisan más servicios sanitarios reciben menos, y esto es más cierto cuanto más al mercado se orienta el sistema sanitario”).

### **De la piscina al ancho mar**

El salto del médico desde el mundo turbio y pequeño de la piscina al ancho mar precisa de cambios, mayores y menores. Los estudios universitarios habría que disminuirlos en duración, a cuatro años como mucho, centrados en el conocimiento necesario para la toma de decisiones (no el diagnóstico) en la clínica diaria. Desde el principio con aprendizaje por problemas, dependiendo de un médico general/de familia que sería el tutor de un grupo de estudiantes hasta el final de sus estudios (las especialidades y los hospitales

serían “escaparates” de lo raro, grave y/o infrecuente). Con una parte básica de contenidos dedicados a antropología, sociología y salud pública. Las instituciones sanitarias estarían libres de las industrias (*drugfree* y similares) de forma que la colaboración con las mismas se establecería a través de institutos de formación e investigación, nunca directa y personalmente ni con estudiantes ni con residentes ni con clínicos. La residencia duraría como máximo cuatro años, y dos serían comunes para todas las especialidades, basados en la medicina general/de familia, la medicina interna, la psiquiatría y la cirugía general. A lo largo de toda la vida profesional sería posible el cambio de especialidad, con un simple curso de seis meses y un año posterior de “trabajo tutelado”. El trabajo a tiempo parcial, e incluso por horas se combinaría según necesidades de las instituciones y ciclos vitales de los médicos con el trabajo por encima de los horarios habituales, salvando las cuestiones legales y lógicas. Existiría una carrera profesional que incentivase el buen trabajo clínico diario (capacidad para pasar consulta en varios idiomas, manejo adecuado de la incertidumbre, polivalencia para prestar servicios varios de calidad, prevención cuaternaria, etc.). Accesibilidad para pacientes marginados y de grupos minoritarios,

incentivada según necesidad. Contratos individuales para todos los médicos, con posibilidad de trabajo por cuenta propia para los que se independicen, según deseos personales y necesidades de las instituciones y de las poblaciones. Delegación de trabajo, responsabilidad y autoridad a los profesionales auxiliares para que no llegue al médico nada que pueda ser atendido mejor y más adecuadamente por dichos profesionales. Por supuesto, el médico se integraría en las juntas de dirección de las instituciones, y en las de coordinación con otros servicios (salud pública, servicios sociales, educativos, judiciales y demás). Habría que utilizar adecuadamente las nuevas tecnologías de la información para ayudar a difundir los encuentros indirectos (teléfono, Internet, teleconsultas y demás), pagados según la accesibilidad que cada médico estuviera dispuesto a aceptar. Dichas tecnologías deberían permitir el mejor uso del conocimiento, facilitando la transmisión desde las revistas e informes al trabajo clínico diario, y la mejor toma de decisiones con sistemas informáticos descentralizados (capaces de conectarse para transmitir con un identificador encriptado datos mínimos básicos por consulta, paciente, médico y servicio).

## **Comentario**

Los cambios no se producen si no hay fuerzas (sociales, profesionales, institucionales y/o políticas) que los provocan. Es importante que los cambios en la práctica médica los lideren los propios médicos, pues en general se les imponen. Para ello lo crítico es imaginar los cambios posibles y seleccionar los deseables para la población, los pacientes, los médicos, y las instituciones. El paso siguiente exige de líderes brillantes, constantes y prudentes capaces de transformar las ideas en acciones, y de arrastrar a los indecisos y escépticos. Una buena estrategia buscaría la suma de otras profesionales, de los gerentes, docentes, investigadores, pacientes y políticos para difundir las primeras experiencias exploratorias, necesarias cuando los cambios propuestos son muy radicales. En buena lógica se establecería una dinámica de mejora continua de la actividad médica, del ser médico, que conllevaría un renacimiento de la profesión.

## Bibliografía

- Flegel KM, Hébert PC, McDonald N. Is it time for another medical curriculum revolution? CMAJ. 2008;178:11.
- Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/de familia. Aten Primaria. 1995;16:501-6.
- Gérvas J, Simó J. 2015, el día a día de un médico de cabecera. SEMERGEN. 2005;31:478-85.
- Gérvas J, Pané Mena O, Sicras Mainar A, Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Capacidad de respuesta de la atención primaria y buena reputación profesional, algo más que buen trabajo clínico. Med Clin (Barc). 2007;128(14):540-4.
- Gérvas J, Starfield B, Minué E, Violán C, Seminario Innovación Atención Primaria 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.
- Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA, Seminario Innovación Atención Primaria 2007. Incentivos en atención

primaria: de la contención del coste a la salud de la población. Rev Esp Salud Pública. 2007;81:589-96.

- Gérvas J. Malicia sanitaria. Gac Méd Bilbao. 2007;104:93-6.
- Gérvas J. Enfermedad: ciencia y ficción. AMF. 2008;4:2-3.
- Gracia D. Ética profesional y ética institucional: ¿convergencia o conflicto? Rev Esp Salud Pública. 2006;80:457-67.
- Illich I. Némesis médica. Méjico : Joaquín Mortiz-Planeta ; 1987.
- Pardell H, Gual A, Oriol-Bosh A. ¿Qué significa ser médico, hoy? Med Clin (Barc). 2007;129:17-22.