

ÉTICA CLÍNICA EN TIEMPOS DE EXIGENCIA EXPECTANTE¹

Mercedes Pérez Fernández,
Médico General, Especialista en Medicina Interna, Equipo CESCA, Madrid, España

Introducción

Los médicos tenemos una larga historia profesional, de cientos de miles de años, desde la Prehistoria. Probablemente desde la primera mujer que, con una sensibilidad y capacidad fuera de lo común, sumó conocimientos y habilidades de "sanación". Por ejemplo, ayudar al parto, utilizar "hierbas" para enfermedades, reducir luxaciones, reparar fracturas, curar heridas y ayudar a morir en paz.

La horda, la tribu, sólo podía sobrevivir si era capaz de dar respuesta al cambiante mundo, y si conseguía mantener, al menos, un número mínimo de miembros. La función de sanar era clave para la tribu, tanto para curar como, fundamentalmente, para tener expectativas ante los seguros inconvenientes de la vida (la clave para dar cohesión al grupo). No importaba morir, por ejemplo, si se hacía "sanamente" en paz y con dignidad, consolado y ayudado, acompañado y "considerado". Por ello, el sanador merecía dedicarse a su complejo mundo, al de los saberes ancestrales, y valía la pena relegarle de las tareas de cazar y de recolectar alimentos.

Nacía así quien era capaz de enfrentarse a lo que hundía a los demás, capaz de enfrentarse al dolor, a los miedos, a la angustia y a la muerte. Nacía alguien respetado y respetable.

Nacía el médico.

La forma de trabajo del médico

Durante los primeros cientos de miles de años, hasta hace apenas medio siglo, el médico fue sanador. Es decir, el médico intentaba dar respuesta a los problemas que le presentaba el paciente con lo mejor de su ciencia y de su arte, y ambas partes aceptaban las limitaciones de la Medicina, que no eran pocas.

El objetivo era conseguir más beneficios que daños, sin más.

Idealmente, si era posible, responder sin ningún daño, pero en la solicitud de consuelo iba implícita la aceptación del daño que conllevaría la respuesta. Es decir, el

¹ Este texto es resumen de la presentación el 24 de junio de 2011 en el 11º Congreso de la Sociedad Brasileña de Medicina de Familia y Comunidad, celebrado en Brasilia (Brasil).

paciente requería la ayuda del médico, y éste respondía proporcionalmente, daños incluidos.

Vengo, doctora, porque este dolor de espalda no me deja dormir- cuenta el anciano de 76 años.

Veamos, cuéntelo más despacio, explíqueme qué siente, sin prisas- responde apropiadamente la joven médico suplente, de 29 años.

[Y, tras la entrevista, la exploración y la conversación con el paciente sobre probables diagnósticos y cursos de acción, incluyendo el seguimiento de la evolución...]

Por cierto, veo que no se vacunó de la gripe este año, y ya sabe que le conviene- dice la médico, aprovechando un momento para hacer "cuidado anticipatorio".

¡Eh, bueno, no sé...! Mi hijo es de la Liga por la Libertad de Vacunación, o como se llame, y me ha explicado que la vacuna contra la gripe no sirve para nada, en el mejor de los casos- contesta el anciano, que siendo analfabeto no es inculto, ni apocado.

La médico es joven y está de suplente, pero ha resuelto bien la primera parte de la consulta pues 1/gestionó la decisión (recogió e interpretó información y seleccionó las mejores alternativas) y 2/ controló la decisión (seleccionó la mejor alternativa, y es de esperar que siga la evolución de los hechos). La segunda parte, el comentario sobre la vacuna de la gripe, hubiera exigido mayor conocimiento del paciente para evitar su respuesta negativa (y el hacerle sentir hasta cierto punto una "agresión").

Contrato curativo y contrato preventivo

Entre los médicos y la sociedad hay varios contratos implícitos. El básico es el contrato curativo. El paciente expone su problema y el médico se compromete a poner lo mejor de su ciencia y conciencia en lograr una mejoría, incluso la curación. Se trata de mejorar el curso natural de los acontecimientos. Se trata de no empeorar la situación (*primum non nocere*; lo primero, no hacer daño), de cumplir con el principio ético de no maleficencia. Se trata de provocar el mínimo daño con la mejor respuesta al requerimiento del paciente.

En el caso considerado, el anciano presenta una queja concreta como "razón de consulta". La médico intenta responder apropiadamente. Delimita el problema, entiende lo que significa para el enfermo, explora, deduce, y establece un plan de seguimiento, diagnóstico y terapéutico, de acuerdo con los valores y expectativas del

propio paciente (gestión y control de la decisión). Está trabajando según el contrato curativo primitivo, el que ha justificado la existencia de los médicos y de la Medicina. Es el contrato que ayuda a que los médicos tengamos tanta y tan alta estima social. Se resume en 1/ petición de ayuda al profesional ante un problema que agobia, angustia, duele y/o hace sufrir y 2/ respuesta profesional en la búsqueda de la mejor solución, con los menores daños y con el objetivo básico de nunca empeorar la evolución natural del problema (*primum non nocere*).

En la segunda parte de la consulta, la médico cambia bruscamente el registro, y pasa a "ofrecer" la vacuna contra la gripe. No hay "razón de consulta" propiamente dicha, pues la vacuna antigripal no es cuestión que le preocupe al paciente. De hecho, tiene una opinión formada en contra. La médico, sin conocer al paciente, hace "una oferta" preventiva. Es decir, cambia del contrato curativo al preventivo. En dicho contrato todo es distinto. El sistema sanitario (o el profesional, directamente) ofrece una pauta, una actividad, que se espera logre un mejor futuro sobre un bien presente.

No hay sufrimiento, ni dolor, ni pena, ni siquiera requerimiento de ayuda para resolver un problema de salud. Se trata de "sufrir ahora" (con la inyección de la vacuna antigripal, y sus efectos adversos menores y mayores, en el ejemplo) para "evitar sufrir más, después".

En síntesis, en el contrato preventivo: 1/ la oferta suele partir del sistema sanitario (o del profesional, directamente), 2/ se hace cuando no hay un problema (ni síntoma, ni signo alguno), 3/ con la expectativa de evitar males futuros a costa de riesgos presentes y 4/ exige un conocimiento profundo del paciente, de sus opciones y expectativas vitales, de su cultura y de su entorno cultural, familiar, laboral y social.

El contrato preventivo supone una certeza plena respecto a la "bondad" de la oferta (el cumplimiento riguroso de la no maleficencia), para ser justos y honrados, para lograr mantener el alto aprecio social que tenemos los médicos. Pero son pocas las actividades preventivas que tiene tal "bondad demostrada", más allá de la propaganda que las justifica.

Contrato preventivo y principios éticos básicos

El contrato curativo, de ahora y de siempre, concede crédito social y justifica milenariamente la existencia del médico.

El contrato preventivo de hoy tiene en muchos casos escaso fundamento científico, en otros desacredita y con frecuencia provoca daños no justificados en personas sanas (o aparentemente sanas). En el ejemplo, ya vemos que el contrato preventivo es un error,

que desacredita a la médico pues probablemente el paciente tiene razón al rechazar la vacuna antigripal.

La ética clínica exige cuidar el contrato curativo, para no perder la confianza social, y ser extremadamente prudentes con el contrato preventivo. En este segundo caso es todavía más importante adaptarse a las expectativas y creencias de los pacientes. El contrato preventivo sólo se sostiene sobre el conocimiento profundo del paciente, por más que muchas veces se ofrezcan actividades preventivas estandarizadas "según edad y sexo", por ejemplo.

El contrato preventivo exige un respeto exquisito al principio básico bioético de la autonomía del paciente, a la toma en consideración como nunca de sus valores y de sus expectativas vitales. De hecho, lo que se espera del médico es que "adapte" lo preventivo al paciente, a su familia y a su comunidad. De esa manera el contrato preventivo puede transformarse en un acuerdo respetuoso, bien lejos de la habitual "arrogancia preventiva", tan típica de un paternalismo que "sabe lo que es mejor para el paciente" en casi todos los ámbitos de la vida.

El contrato preventivo exige, de hecho, el máximo respeto a los cuatro principios básicos de la bioética, al más moderno (autonomía) y al más antiguo (no maleficencia). Pero también, respeto al de beneficencia (relación de agencia) y al de justicia (para intentar evitar que la prevención trasvase recursos de jóvenes a ancianos, de enfermos a sanos y de pobres a ricos, como sucede habitualmente).

Relación de agencia

La tribu fue tolerante con el médico, antiguo chamán. El código de Hammurabi también lo fue, pese a instaurar un cierto brutal "control de calidad" (ojo por ojo y diente por diente). La sociedad sigue siendo tolerante, por mucho que los médicos hablen sin parar de una "Medicina defensiva", que más parece "Medicina ofensiva" cuando se transforma en práctica clínica. Por ejemplo, hay un abismo entre lo que hacemos los médicos y lo que podríamos hacer. Otro abismo, el que separa lo que prometen los medicamentos y sus ensayos clínicos y lo que justifican los datos reales. Otro ejemplo, es excesivo lo que se hace de más a unos pacientes, y de menos a otros. Y, sin embargo, los médicos siguen contando con la tolerancia social, con el aprecio de la sociedad.

Lo que usted diga, doctora. Si hay que ir a urgencias nos vamos ahora mismo-dice la madre con el hijo en brazos, al que han llevado por una caída.

Si fuera mi hijo lo llevaría, mujer. Lleve al niño cuanto antes. Si llamamos a la

ambulancia perdemos tiempo. Parece una fractura, y ya le he inmovilizado el brazo, pero hay que hacer una radiografía-contesta la médico, sin seguridad absoluta, pero preocupada también por el coste del taxi al recomendar no esperar la ambulancia.

El trabajo médico es imposible sin la confianza del paciente. Los pacientes se desnudan delante del profesional en todos los sentidos, y los médicos cruzan las fronteras de la piel y del alma casi en cada encuentro con los pacientes. La confianza es un bien precioso y la tolerancia es imprescindible.

El médico trabaja como "agente del paciente", en el sentido de tomar las decisiones que tomaría el propio paciente si supiera lo que sabe el mismo médico. Es decir, el paciente confía en que el médico acierte, y en todo caso se equivoque como se equivocaría con quien más quisiera. Tal expectativa exige confianza y tolerancia del paciente con el médico, pero también a la inversa, pues el médico también "se entrega" al paciente, lo cree y pretende sólo ayudar, sin intereses espurios.

El contrato curativo exige esa tolerancia y simultáneamente la fomenta. El requerimiento del paciente legitima la respuesta del médico.

El contrato curativo tiene una antigua historia, y las dos partes saben "lo que se puede esperar". Por ejemplo, en la apendicitis una apendicectomía, con sus daños consiguientes. Es cierto que siempre ha habido "exigencias y expectativas excesivas" y, por ejemplo, en algún parto rural ha habido sus más y sus menos ante las complicaciones, a veces inevitables. Pero los médicos sabemos de errores incontables, de abismos insondables, y la sociedad no lo ignora sino lo tolera.

Sociedad expectante (y exigente)

La sociedad lleva más de doscientos años progresivamente hipnotizada por la Medicina, desde los tiempos de la vacuna contra la viruela. No es para menos, con otras vacunas, la anestesia, la asepsia, el ácido acetilsalicílico, los antibióticos, los transplantes, las prótesis, las operaciones con recuperación en horas y demás. Pareciera que la Medicina se ha vuelto omnipotente, incluso con promesas de supervivencia de más de un siglo; literalmente : "eso, mis hijos; los nietos, cerca de los doscientos años, y pronto la juventud para siempre".

El contrato preventivo tiñe de rosa la hipnosis. Desde 1950 hasta 2000 se desarrolló una edad del factor de riesgo, devenida posteriormente en edad de la genética. Con ello se modificó completamente el panorama. La prevención cambió de humilde a prepotente, de limitada a pluripotente: "los factores de riesgo se pueden evitar, y con ellos las enfermedades; además, la genética nos permite leer nuestro futuro, como en

un horóscopo científico, y prever y obviar la mayor parte de los problemas de salud".

Parece que se pudiera evitar toda enfermedad, como bien demuestra esa aspiración que expresan algunos "centros de salud", lugares en donde no debiera haber enfermos, sólo sanos para mejorar su salud con programas y protocolos preventivos. El desiderátum preventivo se imagina con la genética, que pretende prever incluso el porvenir pues en los genes parece que todo está escrito, desde futuros factores de riesgo a evitables enfermedades.

El contrato preventivo, que exige de sus propuestas la "bondad" sin dudas, pasa a ofrecer actuaciones dudosas e ilusorias, casi mágicas, en el límite de lo que compensa daños con beneficios. Los médicos se pretenden científicos, con sus tablas de riesgo y sus cálculos de "probabilidad de enfermar", con su obsesión de asignar diagnósticos biológicos y de distinguir entre sanos y enfermos, con su prédica de un futuro sin enfermedad a costa de actividades preventivas sin cuento. Los médicos pasamos de sanadores a curanderos, de curanderos a magos (disfrazados de científicos), y de ahí sólo hay un paso para transformarnos en arrogantes comerciantes, con propuestas preventivas "imposibles", pero rentables. Buen ejemplo es el "negocio" en torno al tacto rectal y al PSA, de los urólogos.

La sociedad se vuelve expectante y exigente. Todo lo quiere, y todo le parece poco. La Medicina curativa semeja omnipotente y las actividades preventivas parecen prometer la extirpación de toda enfermedad y de todo sufrimiento de la faz de la Tierra.

La oferta omnipotente provoca una demanda insaciable (y cambia el trabajo de los médicos)

La exigente expectación es insaciable, y lleva a la "paradoja de la salud", a una insatisfacción permanente con el estado de salud. En décadas de niveles de salud jamás vistos en los países desarrollados, los pacientes se sienten permanentemente enfermos y los médicos modifican los umbrales de enfermedad con sus métodos biométricos, de forma que no "expropien" la salud, sino sencillamente la niegan. "Tenemos curación para todo, pero también definiciones que a todos enferman".

Ser médico se transforma. Ya no se trata de cumplir el contrato curativo, con sus malas noticias ("cáncer de pulmón", "insuficiencia cardíaca", "neumonía", "lupus eritematoso" y demás) sino de cumplir el contrato preventivo, con sus buenas noticias ("su colesterol ha bajado", "¡por fin logra su peso ideal!", "la ecografía del niño es normal", "ha mejorado la densitometría", "el niño está sano" y demás), la prescripción de conductas saludables ("el sol, fuera del mediodía", "el sexo, con

preservativo", "la comida, con aceite de oliva", "el niño, nunca en su cama con ustedes", "todos los días, media hora de marcha viva", "alcohol, medio vaso de vino con la cena", "mucho, mucha agua", etc.) y de los medicamentos correspondientes (para "el colesterol", para "los huesos", para evitar infecciones, para "la tensión", para el ácido úrico y demás).

Ya no predomina el contrato curativo sino el preventivo. Lo importante no es responder a las demandas de los pacientes, sino adelantarse a las mismas. La oferta médica crea necesidades sociales e individuales. Se transmite la idea de que todo malestar es evitable, y se busca una perfección sanitaria imposible. Las exigencias no tienen fin, pues se busca la juventud eterna. Toda enfermedad parece expresión de un "fallo médico", de algo que no se ha evitado, de una falta de prevención.

Incluso los médicos podemos desarrollar un rechazo a la incertidumbre clínica, una aversión al paciente (que "tiene la culpa" de su enfermedad) y una negación de la persistencia de la enfermedad ("lo que no se previene se cura"). El paciente, el que sufre, el que tiene miedos difíciles de explicar, el que padece enfermedades incurables, o casi (de obesidad a anorexia, de la artrosis a la isquemia coronaria, de diabetes a la EPOC, del síndrome de Marfan al dolor lumbar idiopático), el que ve la muerte cerca y de frente, no es "interesante". Es decir, nos puede dejar de atraer la clínica diaria, el trabajo que siempre nos ha honrado, y usurpamos campos y tareas de los médicos de salud pública, lo que disminuye la eficiencia del sistema sanitario al hacernos cargo de actividades que no nos corresponden, pues son más efectivas aplicadas a la población.

Una nueva ética médica

La sociedad y los individuos pierden capacidad de respuesta a los problemas de salud, las enfermedades y las lesiones. La mezcla de contrato curativo y preventivo, y el nuevo poder de los médicos de definir salud y enfermedad "desarman" a los pacientes, que para todo dependen de los profesionales. La oferta omnipotente provoca una demanda inagotable, demanda que refleja una disminución de la resistencia (*resilience*) frente a los problemas de salud, una "dependencia" de los profesionales y un "consumismo" insaciable ("paradoja de la salud").

Los médicos necesitamos una nueva ética clínica que responda apropiadamente a estas expectativas individuales y sociales infundadas, a estas exigencias en parte alimentadas por compañeros que son más negociantes que profesionales sanitarios. En su afán preventivo trasladan responsabilidades de salud pública a las consultas clínicas, y confunden a los médicos hasta convertir en indistinguibles el contrato curativo y el preventivo.

La prevención tiene y tendrá sus límites, y los pacientes siempre nos necesitarán. Conviene entender los hechos; conviene la templanza preventiva y la simultánea constancia curativa. La oferta omnipotente no debería llegar a nuestras consultas, ni tendríamos que confundir los diferentes contratos. Al individuo lo que es del individuo, y a la población, lo suyo. Los médicos clínicos ni somos ni queremos ser médicos de salud pública.

Necesitamos mantener la confianza y la tolerancia de la población, de la sociedad y de los pacientes y por ello conviene atemperar las promesas excesivas. Tenemos que combinar en dosis apropiadas una ética de la negativa (decir "no" educada y firmemente a las exigencias de pacientes y autoridades) con una ética de la ignorancia (compartir con pacientes y autoridades los límites curativos y preventivos de la Medicina).

Se necesitan médicos clínicos humanos, competentes y cercanos, que no siempre encuentran los pacientes (ni a veces los propios médicos enfermos). La arrogancia preventiva se combina con un déficit curativo para producir una Medicina fragmentada en especialidades dependientes de técnicas y de tecnologías. El paciente se transforma en un amasijo de anatomía, bioquímica y genética, ensamblado con algo de mecánica y psicología. Todo ello bien lejos de la ciencia y de la humanidad del médico que precisan el paciente y la sociedad.

En lo concreto, ética de la micro-gestión

Ser médico se ha complicado también por trabajar en general por cuenta ajena, o con intermediarios. Cada vez hay más "partes interesadas" (*stakeholders*) y es casi romántica la relación directa y exclusiva entre médico y paciente.

Es frecuente, pues, que el médico tenga "dos cabezas"(el paciente y la institución), como poco.

Irracionalidad romántica es pensar sólo en el paciente e irracionalidad técnica sólo en la organización. Es frecuente trabajar en instituciones públicas y privadas que esperan lealtad profesional, de forma que la "cabeza orientada al paciente" no puede ignorar a la "cabeza orientada a la institución". Y, además, nuestro paciente no es sólo el paciente presente, sino el siguiente y los posteriores y, en último término, toda la sociedad.

Por ello es clave el buen gobierno clínico, la responsabilidad individual y social de la profesión, el sentir que la autonomía en la micro-gestión es fundamental para

mantener la confianza y la tolerancia de los pacientes y de la sociedad (y otras partes interesadas, como gestores y políticos, por ejemplo).

Llamamos autonomía en la micro-gestión a ese "gestionar la decisión" (obtener la mejor información clínica hasta poder ofrecer las mejores alternativas) y, simultáneamente, "controlar la decisión" (elegir la alternativa idónea y monitorizar su cumplimiento y efecto). También es autonomía en la micro-gestión la relación transparente, proporcional e independiente con las distintas industrias, necesarias e interesadas, a las que hay que mantener alejadas de guías, protocolos y programas (para no convertir en propaganda las mejores recomendaciones de buena práctica clínica).

Buen gobierno es cuestión en apariencia simple, el "hacer bien lo que hay que hacer", que implica la selección de las actividades apropiadas al problema y situación y su realización según el mejor conocimiento disponible. El buen gobierno, el auto-gobierno responsable y la autonomía profesional exigen una ética de la micro-gestión que sólo se mantiene con una ética de la mejora individual y colectiva.

La ética de la micro-gestión es el uso responsable de los recursos que los médicos tenemos a nuestra disposición para llevar a cabo el trabajo clínico. El cumplimiento de la ética de la micro-gestión exige revisar de continuo lo que hacemos, innovar con prudencia y lograr una actualización permanente. Se trata de conservar la aureola de benefactores, de profesionales comprometidos con el sufrimiento y los valores del paciente, con su familia y en su comunidad. Se trata de tratar con respeto y dignidad al que sufre y de limitar la oferta preventiva a lo poco que tiene fundamento científico y se adapta al paciente en su entorno y cultura.

Nada más ético en micro-gestión que "administrar" cuidadosamente la prevención al paciente, para preservar el carácter sagrado del *primum non nocere* en la relación médico-enfermo. Por ello, la prevención es materia de uso reservado, apropiada sólo en pacientes y situaciones específicas, y conviene el cumplimiento riguroso de los cuatro principios éticos (autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia).

Es comportamiento ético básico de la micro-gestión el evitar la consulta del sano (por ejemplo, los chequeos), pues un sólo error en la "administración" de la prevención puede conllevar el cambio de "sano" a "sano preocupado" (por los factores de riesgo y por la probabilidad de estar enfermo). Sin freno convertimos a los sanos preocupados en "sanos estigmatizados", marcados con algún factor de riesgo, como hipertensión, que les obliga a llevar una conducta de enfermos (cambios de rutinas, citas y recitas, análisis y pruebas, medicación, etc.). Finalmente, el sano estigmatizado acaba convertido en enfermo, real o imaginario (efectos adversos

químicos, físicos y psíquicos de la prevención), por consecuencia de una defectuosa "administración" de la prevención, por dejación en la micro-gestión. Para evitar todo ello, nada como la prevención cuaternaria, el evitar el daño que causa la actividad médica innecesaria (en prevención, curación y rehabilitación).

El mal uso del contrato preventivo puede llevar a la muerte, como bien demuestra la epidemia de muertes súbitas de bebés por consecuencia del consejo de los pediatras de "dormir boca abajo", en los años 70 y 80 del pasado siglo. Más reciente, las muertes por cáncer de mama, embolia pulmonar, infartos de miocardio y otras complicaciones por consecuencia de la terapia hormonal en la menopausia prescrita por los ginecólogos. Estos ejemplos demuestran la arrogancia de una prevención sin límites que crea problemas donde no los hay, que ofrece soluciones a inexistentes preocupaciones.

Es imperativa una ética de la micro-gestión que conserve lo mejor del contrato curativo con "dosis apropiadas" de contrato preventivo, con prevención cuaternaria. Con ello se logra el uso responsable de los recursos que los médicos tenemos a nuestra disposición para llevar a cabo el trabajo clínico. Es decir, mantenemos con dignidad las "dos cabezas", actuamos como agentes del paciente y ejercemos buscando efectividad y eficiencia.

Se trata de enfrentarse, individual y colectivamente, con serenidad y ciencia, a una sociedad con expectativas excesivas. Los médicos clínicos conservamos el aprecio social y en el curso de la consulta podemos ofrecer lo mejor, reconocer lo insaciable y responder con humanidad y conocimientos, con ética de la negativa, con ética de la ignorancia y con ética de la mejora. Al fin, nuestros pacientes (y las "tribus") precisan mantener una esperanza de atención médica ante los seguros problemas de la vida, no promesas imposibles de juventud eterna. Todos queremos contar con un curso lógico ante el enfermar y el morir; lógico en cuanto encontrar una respuesta proporcional, humana y científica.

CONCLUSIÓN

En síntesis, si los médicos queremos conservar la confianza y la tolerancia de los pacientes y el aprecio de la sociedad, la práctica clínica precisa de una ética capaz de mantener el relativo predominio del contrato curativo, al que se añada lo preventivo razonable y prudente, en un entorno de ética de la micro-gestión, entendida como el uso responsable de los recursos. Lo lograremos si tenemos capacidad de trabajar con ética de la negativa, ética de la ignorancia y ética de la mejora.

Puesto que los pacientes necesitan médicos humanos, competentes y cercanos, no

sirve la apariencia de científicos, ni una atención fragmentada. La ética clínica exige el amor a la profesión y el compromiso con el enfermo, el cumplimiento del contrato curativo y la oferta precavida de actividades preventivas y, por último, prevención cuaternaria continua. Están en juego la dignidad de nuestros pacientes y la nuestra.

NOTA

Agradeceré comentarios, sugerencias y críticas pues en ética no hay respuestas acertadas, sino aproximadas. Para "aproximar" el texto, envíame un correo electrónico a mpf1945@gmail.com

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- Abrams FR. The doctor with two heads. The patient versus the cost. *N Engl J Med.* 1993;328:975-6.
- Álvarez Monteros S. Crisis en la medicina de familia: una perspectiva desde la práctica diaria. *Aten Primaria.* 2010. doi:10.1016/j.aprim.2009.12.011. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v42n10a13156089pdf001.pdf>
- Altisent R. La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial. *Acta Bioeth.* 2010;16:155-64. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200008
- Castiel LD, Álvarez-Dardet C. A saúde persecutória. Os limites da responsabilidade. Río de Janeiro: Fiocruz; 2007.
- Fugelli P. The zero vision: potencial side effects of communicating health perfection and zero risk. *Patient Educ Counselling.* 2006;60:627-31.
- Gérvas J. Compromiso. *Acta Sanitaria, El Mirador,* 09/05/2011. <https://picasaweb.google.com/115976909612499289558/MadridAdventure?authuser=0&authkey=Gv1sRgCI-dk7HI0rLeowE&feat=directlink>
- Gérvas J, Heath H, Durán A, Gené J, Members of the Seminar of Innovation 2008. Clinical prevention: patients' fear and the doctor's guilt. *Eur J Gen Pract.* 2009; 15: 122-4. <http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/clinical-prevention-patients%C2%B4-fear-and-the-doctor-s-guilt/>
- Gérvas J. Malicia sanitaria y prevención cuaternaria. *Gac Sanit Bilbao.* 2007;104:93-6. <http://www.equipoesca.org/wp-content/uploads/2009/02/malicia-sanitaria-pdf-2007.pdf>
- Gérvas J, Heath I, Durán A, Gené J, 2008 Seminars Innovation Primary Care. Prevention and clinical complexity. *Aten Primaria.* 2009; 41: 460-2. <http://www.equipoesca.org/actividades-preventivas/2008-seminars-innovation-primary-care-prevention-and-clinical-complexity/>

- Gérvas J, Starfield B, Heath I. Is clinical prevention better than cure?. *Lancet* 2008; 372: 1997-99. <http://www.equipocesca.org/actividades-preventivas/is-clinical-prevention-better-than-cure/>
- Gérvas J, Segura Benedicto A, Seminario Innovación en Atención Primaria 2006. Cooperación entre salud pública y atención clínica en un contexto de cambio de la utilización del sistema sanitario. *Aten Primaria*. 2007; 39: 319-22. <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/cooperacion-entre-salud-publica-y-atencion-clinica-en-un-contexto-de-cambio-de-la-utilizacion-del-sistema-sanitario/>
- Gérvas J. Moderación en la actividad médica preventiva y curativa. Cuatro ejemplos de necesidad de prevención cuaternaria en España. *Gac Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 127-34. <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/moderacion-en-la-actividad-medica-preventiva-y-curativa-cuatro-ejemplos-de-necesidad-de-prevencion-cuaternaria-en-espana/>
- Gérvas J. El contrato social de los médicos en el nuevo sistema sanitario. Visión profesional desde la Medicina General. *El Médico*, 1-4-2005, 11-14. <http://www.equipocesca.org/politica-sanitaria/el-contrato-social-de-los-medicos-en-el-nuevo-sistema-sanitario-vision-profesional-desde-la-medicina-general/>
- Gérvas J. Prevención cuaternaria. *OMC Informa*. Junio 2004; 8. <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/prevencion-cuaternaria/>
- Gérvas J. Screening for serious illness. Limits to the power of medicine. *Eur J Gen Pract*. 2002;8:47-49. <http://www.equipocesca.org/actividades-preventivas/screening-for-serious-illness-limits-to-the-power-of-medicine/>
- Gérvas J, Ortún V, Palomo L, Ripoll MA y Seminario de Innovación en Atención Primaria 2007. Incentivos en atención primaria: de la contención del gasto a la salud de la población. *Rev Esp Salud Pública* 2007; 81: 589-596. <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/incentivos-en-atencion-primaria-de-la-contencion-del-gasto-a-la-salud-de-la-poblacion/>
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Los daños provocados por la prevención y las actividades preventivas. *Rev Innovación Sanit Aten Integrada*. 2009; 1(4): 6. <http://www.equipocesca.org/organizacion-de-servicios/los-danos-provocados-por-la-prevencion-y-las-actividades-preventivas/>
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Falsas promesas de eterna juventud en el siglo XXI. *Gilgamesh redivivo*. *FMC*. 2008;15:1-3. <http://www.equipocesca.org/uso-apropiado-de-recursos/falsas-promesas-de-eterna-juventud-en-el-siglo-xxi-gilgamesh-redivivo/>
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Uso y abuso del poder médico para definir enfermedad y factor de riesgo, en relación con la prevención cuaternaria. *Gac Sanit*. 2006;20(Supl 3):66-71. <http://www.equipocesca.org/politica->

sanitaria/uso-y-abuso-del-poder-medico-para-definir-enfermedad-y-factor-de-riesgo/

- Gérvas J, Pérez Fernández M. El auge de las enfermedades imaginarias. FMC. 2006; 13(3): 109-11. <http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/el-auge-de-las-enfermedades-imaginarias/>
- Gérvas J, Pérez Fernández M. Genética y prevención cuaternaria. El ejemplo de la hemocromatosis. Aten Primaria 2003; 32(3): 158-62. <http://www.equipoesca.org/actividades-preventivas/genetica-y-prevencion-cuaternaria-el-ejemplo-de-la-hemocromatosis/>
- Gérvas J, Segura A, García-Onieva M. Ética y vacunas: más allá del acto clínico. En: Bioética y pediatría. Proyectos de vida plena. Reyes M, Sánchez M (editores). Madrid; Ergon-Sociedad de Pediatría Madrid Castilla-La Mancha: 2010. págs. 229-36. <http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/etica-y-vacunas-mas-alla-del-acto-clinico/>
- Heath I. In defence of a National Sicknes Service. BMJ. 2007; 334: 19.
- Kuehle T, Sghedoni D, Visentin G, Gérvas,J, Jamoule M. Prevención cuaternaria, actividad del médico general. [Quartäre Prävention, eine Aufgabe für Hausärzte]. PrimaryCare. 2010; 10: 350-4. <http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/prevencion-primaria-actividad-del-medico-general/>
- Márquez-Calderón S. Los efectos negativos de las intervenciones preventivas basadas en el individuo. Gac Sanit. 2008;22 Supl 1: 205-15. http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13119257&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=138&ty=137&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v22nSupl.1a13119257pdf001.pdf
- Marquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gestión Clín Sanit. 2003;5:47-53.
- Miguel F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. Atención Primaria. 1998;22:585-95.
- Ortún V. Claves de gestión clínica. En “Gestión clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta”. Ortún V (ed). Barcelona: Masson; 1993, págs. 195-221.
- Pérez Fernández M. Ética y práctica del diagnóstico y de la terapéutica genética. En Terapéuticas no farmacológicas. Palomo L, Pastor Sánchez R. (coordinadores) Barcelona: Prous Science (Fundación Esteve); 2004, pág. 53-60. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/etica-y-practica-del-diagnostico-y-de-la-terapeutica-genetica/>
- Pérez Fernández, M. Ética de las pequeñas cosas en Medicina. Ponencia en la mesa de “Ética y derecho médico”. 21 de octubre de 2010. Oporto (Portugal). XVII Encontro do Internato de Medicina Geral e Familiar, Zona Norte. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/etica-de-las-pequenas->

cosas-en-medicina/

- Reilly BM, Evans AT. Translating clinical research into clinical practice. Impact of using prediction rules to make diagnosis. *Ann Intern Med.* 2006;144:201-209
- Sackett DL. The arrogance of preventive medicine. *CMAJ.* 2004;167:363-4.
- Segura A. Inducción sanitaria de los cribados: impacto y consecuencias. Aspectos éticos. *Gac Sanit* 2006; 20 (Supl 1): 88-95.
<http://www.sespa.es/informe2006/p2-6.pdf>
- Segura A. Escrutinio de la prevención. *Med Clín (Barc)* 2008; 131: 581-2.
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/2/2v131n15a13128957pdf001.pdf>
- Sen A. Health perception versus observation. *BMJ.* 2002;324:860-1.
- Starfield B, Gérvas J. Prevención de la población al paciente y viceversa. ¿Es la prevención una función de la atención primaria? *El Médico;* 2009: 11 04 (Noviembre): 34-6. <http://www.equipoesca.org/organizacion-de-servicios/prevencion-de-la-poblacion-al-paciente-y-viceversa-%C2%BFes-la-prevencion-una-funcion-de-la-atencion-primaria/>
- Starfield B, Hyde J, Gérvas J, Heath I. The concept of prevention: a good idea gone astray? *J Epidemiol Community Health* 2008; 62: 580-583.
<http://www.equipoesca.org/uso-apropiado-de-recursos/the-concept-of-prevention-a-good-idea-gone-astray/>
- Stontelberg C. Merging genetic and epidemiology. *Scand J Public Health.* 2005;33:1-3.
- Tesser C, Norman A. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Pública (Rio de Janeiro).* 2009;25:2012-20. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n9/15.pdf>
- Verdú V. Pornoprevención. *El País,* 3 de mayo de 2003 (9350):29.