

# **Para estudiantes de Medicina que dudan de porqué estudian Medicina<sup>i</sup>**

Juan Gervas y Mercedes Pérez-Fernández, médicos generales rurales jubilados, Equipo CESCA, Madrid, España

[jjgervas@gmail.com](mailto:jjgervas@gmail.com)

[mpf1945@gmail.com](mailto:mpf1945@gmail.com)

## **Vocación**

La vocación (del latín *vocāre*, "llamar") es el deseo de emprender una carrera, una profesión o cualquier otra ocupación o actividad cuando todavía no se han adquirido todas las aptitudes o conocimientos necesarios.

A veces, muchas veces, dudarás de lo que elegiste y conforme vayas adquiriendo conocimientos sentirás que te equivocaste, que el amor por la Medicina ha muerto, que no vale la pena el acabar los estudios, que perdiste la vocación. Entonces recuerda las “Palabras para Julia” y “nunca digas no puedo más y aquí me quedo”<sup>ii</sup>.

La Medicina no es lo que te enseñan, la Medicina es mucho más. La Medicina es un mundo en ebullición donde crecen valores, experiencias y conocimientos en lo profesional y el compromiso con pacientes, familiares y poblaciones en lo social.

## **Dignidad**

Se suele pensar que los recursos materiales y financieros son clave para el desarrollo de la actividad de los sistemas sanitarios. Pero un médico bien formado, con ciencia, conciencia y coraje, puede prestar servicios excelentes en casi cualquier lugar del mundo y con independencia de los recursos a su disposición. Lo clave es la dignidad.

“La dignidad del médico como persona y profesional es la dignidad de su trabajo, la limpieza de su corazón, el compromiso con el sufrimiento de sus pacientes, el uso razonable de los recursos a su disposición, el razonamiento lógico y de sentido común, el acervo de conocimientos científicos mantenido e incrementado en lo esencial, el trabajo con cálida calidad, la empatía con el marginado, la rebelión frente a la injusticia, el conocer los límites de su ciencia y práctica y, sobre todo, el responder

proporcionalmente a la necesidad del paciente, valorando sus condiciones personales, familiares, laborales, sociales y culturales”<sup>iii</sup>.

## **Valores clínicos**

Los valores son las cosas que apreciamos, desde la amistad y el amor a la salud y la solidaridad.

En el ejercicio del médico hay valores múltiples, como la calidez y empatía en la entrevista, o la atención de calidad científica, técnica y humana. Pero muchas veces los médicos ni siquiera somos conscientes de los valores con los que trabajamos.

Por ejemplo, la citada dignidad es un valor central y obliga a distintos cursos de acción, según las circunstancias y el entorno de cada encuentro clínico; en el curso de acción se incluyen el trato cortés, la empatía, la escucha, el pudor, la asignación de un tiempo apropiado, el empleo del mejor conocimiento y de las habilidades precisas y otros elementos<sup>iv</sup>.

## **¿Qué es un buen médico?**

“Un buen médico es un profesional sanitario altamente cualificado que precisa de actualización permanente y que, en la práctica clínica diaria con restricción de tiempo y recursos, es capaz de tomar decisiones rápidas y generalmente acertadas en condiciones de gran incertidumbre”<sup>v</sup>.

Visto así, como estudiante y residente la formación se reduce al logro de una doble maestría: 1/ conseguir el control apropiado de la incertidumbre y 2/ utilizar adecuadamente el tiempo de respuesta ante los problemas de salud de pacientes, familiares y comunidades<sup>vi</sup>. Para ello se requieren conocimientos, habilidades y valores clínicos.

Muchas veces los médicos no son conscientes del fundamento matemático con el que trabajan, del control de la incertidumbre y del tiempo, del impacto práctico del teorema de Bayes, por ejemplo. Son navegantes solitarios en el mar de la incertidumbre, sin ser casi conscientes de ello<sup>vii</sup>.

La ignorancia matemática (sobre todo el analfabetismo estadístico) de los médicos es un grave problema a la hora de controlar adecuadamente la incertidumbre y el tiempo

clínico<sup>viii</sup>. Al respecto son muy útiles los trabajos del Harding Centre for Risk Literacy, del Max Plank Institute<sup>ix, x</sup>, con ejemplos prácticos respecto a situaciones comunes, como valor el predictivo positivo de la prueba del VIH en poblaciones de baja probabilidad de enfermedad<sup>xi</sup> y la interpretación errónea de la supervivencia a los cinco años en pacientes con cáncer diagnosticado por cribado (“screening”)<sup>xii</sup>.

### **¿Qué ofrece el médico?**

El buen médico, cuando ejerce como profesional sanitario, hace tres cosas ante el paciente y ante la comunidad: 1/ “legitima” el sufrimiento, 2/ lo pone en contexto y 3/ ofrece alternativas para paliarlo<sup>xiii</sup>.

#### **El buen médico legitima el sufrimiento**

El “hermana, yo te creo” de las feministas ante las denuncias de violación es similar al lema de los médicos de “te creo, sufres y te creo”. Ese dar fe no es sólo cuestión legal (dar fe de enfermedad que justifica la ausencia al trabajo, por ejemplo), sino cuestión de profesionalidad, de escucha activa, de reconocimiento y de buen trabajo. Es creer sin juzgar. Muchas veces, además, es ponerse del lado de la víctima pues el sufrimiento no se distribuye al azar, sino carga con mayor peso en los débiles (pacientes y comunidades).

Ejemplos de fallos estrepitosos del legitimar el sufrimiento son las respuestas habituales a los problemas de las mujeres con el anticonceptivo Essure, las mallas quirúrgicas para trastornos perineales y vaginales y los efectos adversos de la vacuna del papiloma. La falta de profesionalidad se mezcla en estos casos con una rancia ideología machista al calificarlas de histéricas y simuladoras.

#### **El buen médico pone en contexto el sufrimiento de pacientes y comunidades**

Cada caso tiene un contexto que le da sentido. Por ejemplo, no es lo mismo el cólico biliar en una anciana viuda sin mayores problemas de salud que en una mujer joven recién parida que está criando al recién nacido al pecho.

En lo que respecta a comunidades, por ejemplo, no es lo mismo la gripe estacional en 2019 que cien años antes, en 1918, con el contexto de guerra mundial, hambre, malas

condiciones de viviendas y sociales y ausencia de un sistema sanitario público de cobertura universal con antibióticos y medios tecnológicos para dar respuesta a las complicaciones.

El buen médico sabe poner en contexto los casos y situaciones y ayuda a pacientes y comunidades para que puedan interpretar y comprender lo que les sucede en dicho contexto.

### **El buen médico ofrece alternativas para paliar el sufrimiento de pacientes y comunidades**

Tras acreditar el sufrimiento (que ayuda a sanar) y ponerlo en contexto (que ayuda a comprenderlo), el buen médico ofrece alternativas ajustadas a los valores, expectativas y culturas de pacientes y comunidades.

El conocimiento técnico y científico y la experiencia clínica y social facilitan que el médico sea el “agente del paciente”. Así, el buen médico no debería tratar al paciente como querría ser él mismo tratado ya que ofrece al paciente las alternativas que tienen en cuenta los valores, creencias y expectativas del mismo paciente, como si el médico fuera el propio paciente y tuviera el conocimiento del profesional.

Es decir, en la relación de agencia el médico se “convierte” en paciente y eso exige conocer bien al paciente y cumplir el viejo dicho de “no hay enfermedades sino enfermos”. Lamentablemente, los médicos no solemos conocer bien ni siquiera a los pacientes que creemos conocer bien<sup>xiv</sup>.

### **El sistema sanitario público de cobertura universal es la mejor expresión de la solidaridad**

El sistema sanitario público de cobertura universal responde a cuestiones de convivencia, ética, equidad, justicia y valores; es decir, a cuestiones de solidaridad. No es, pues, una cuestión preponderantemente monetaria ni sanitaria.

La equidad sólo se puede buscar con una atención primaria fuerte que lleve los servicios sanitarios hasta donde no llegan otros servicios pues la cobertura universal por sí misma no implica nada si no se garantiza el acceso efectivo a los servicios precisos.

Lamentablemente, como bien denunció Julian Tudor Hart, incluso en los sistemas

sanitarios públicos de cobertura universal se cumple la Ley de Cuidados Inversos, y recibe menos atención quien más la precisa<sup>xv</sup>.

La equidad exige que la cobertura universal lleve servicios apropiados y de calidad a donde más se precisan, a los ancianos reclusos en sus domicilios, a los lugares rurales y remotos, a los asentamientos pobres, a las poblaciones nativas, a las cárceles, a los excluidos y marginados y entre ellos a los que carecen de hogar/familia, como enfermos mentales que viven en la calle<sup>xvi</sup>.

### **Para tener idea de la calidad médica, nada como las ideas de Avedis Donabedian**

Avedis Donabedian distinguió en los sistemas sanitarios estructura, proceso y resultado<sup>xvii</sup>.

Es estructura el conjunto de recursos del sistema sanitario, desde edificios a medicamentos, desde personal a dinero, desde ordenadores/computadores a sillas de rueda.

Es proceso la relación entre la estructura y pacientes y poblaciones, y de los profesionales entre sí. Incluye, por ejemplo, las consultas, las intervenciones quirúrgicas, la formación continuada, los Consejos de Salud, etc.

Es resultado el cambio del estado de salud atribuible al antecedente de la atención sanitaria. Puede ser negativo, positivo o neutro. Puede ser incluso “peor que la muerte” (por ejemplo, algunos estados vegetativos, calificados así por los familiares). En general las intervenciones sanitarias ofrecen un balance positivo entre beneficios y daños que las justifican socialmente.

Es calidad todo aquello que acerca la efectividad (el resultado sanitario en la práctica diaria) a la eficacia (el resultado sanitario en las mejores condiciones posibles). La calidad médica es científico-técnica y “humana”, siendo esenciales ambos componentes.

### **¿Mejora la salud el incremento de los recursos sanitarios?**

La salud es un bien que depende poco del sistema sanitario, apenas un 10% pues lo clave son la genética de nacimiento y los determinantes sociales (condiciones de vivienda, nutrición, educación, suministro y depuración de aguas, distribución de la riqueza, nivel de democracia, etc)<sup>xviii</sup>.

En general, se precisa un mínimo de estructura sanitaria que suele tener un gran impacto en salud. Por ejemplo, las vacunas esenciales. La adición de más recursos suele lograr un impacto incremental en salud pero llega un momento en que el impacto se estabiliza de manera que las mejoras son marginales y a un gran incremento del gasto sanitario corresponde un aumento mínimo en salud<sup>xxix</sup>.

Incluso puede llegar a obtenerse un descenso de la salud si el gasto se hace en actividades que producen más daños que beneficios, como determinación del PSA para el cribado de cáncer de próstata y empleo de métodos de imágenes como resonancia magnética nuclear para estudios del dolor lumbar inespecífico. En el primer caso provocamos una epidemia de varones impotentes y/o incontinentes, sin mejorar sus perspectivas de vida<sup>xx,xxi</sup>, y en el segundo caso provocamos intervenciones quirúrgicas innecesarias con el incremento consiguiente de minusvalías de desplazamiento<sup>xxii</sup>.

El frondoso bosque del daño por los excesos de la Medicina se alimenta de las raíces de la concepción fisiopatológica del enfermar y de su énfasis en el estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad como una entidad aislada<sup>xxiii</sup>.

### **¿Y la satisfacción del paciente?**

Profesionales y pacientes pueden creer que el incremento del gasto sanitario, y de las actividades preventivas, diagnósticas, terapéuticas y rehabilitadoras conlleva mayor satisfacción, pero sabemos que tal creencia es falsa, por la “paradoja de la salud” (a más salud, mayor insatisfacción con la misma).

En todo caso ¿cuál es el coste de la satisfacción del paciente?

La mayor satisfacción se asocia a mayor gasto, más hospitalizaciones, mayor uso de medicamentos e incremento de la mortalidad<sup>xxiv</sup>.

### **“No tengo tiempo”, “no hay tiempo”, “lo haría bien si tuviese tiempo”**

La “cultura de la queja” es ese lamento y pensamiento único profesional que atribuye todos los males del sistema sanitario a los demás, sean pacientes “abusarios”<sup>xxv</sup>, gestores inútiles, políticos populistas o periodistas exigentes.

El mantra de la cultura de la queja es la creencia en que con más tiempo se trabaja mejor, lo que es cierto sólo en circunstancias extremas. El médico, tal y como lo hemos

definido, decide con rapidez mediante una mezcla de procesos intuitivos e inconscientes (heurísticos y patrones) y de procesos analíticos y reflexivos que le permiten acertar en condiciones de gran incertidumbre y con restricción de recursos, tiempo incluido<sup>xxvi</sup>. De hecho, las primeras hipótesis diagnósticas se generan en la mente del médico en escasos segundos<sup>xxvii, xxviii</sup> como consecuencia de su formación teórica y práctica y de su conocimiento del medio local.

Por otra parte, puede que al médico no le guste saberlo, pero la demanda la crea él (no los pacientes), y dicha demanda es infinita puesto que, como hemos señalado, a mayor salud corresponde mayor insatisfacción con la misma y mayor sensación de enfermedad y de precisar atención médica (la “paradoja de la salud”, de Amartya Sen<sup>xxix</sup>).

La idea de falta de tiempo produce consultas sincopadas en que el médico redirige muy precozmente el discurso inicial del paciente (en 16-20 segundos) y esto se asocia significativamente a nuevas demandas del paciente en el momento del cierre y con despedidas más prolongadas<sup>xxx</sup>. Cuando se deja hablar libremente a los pacientes, sin interrumpirles, la mayoría se agota en dos minutos<sup>xxxi</sup>.

El estilo sincopado impuesto por los médicos se retrata bien en este diálogo entre un investigador y un paciente que acaba de estar con el psiquiatra: Researcher: “What did you talk about with the doctor?”

Interviewee: “I didn’t talk with the doctor.”

Researcher: “Oh?”

Patient: “The doctor asked questions, I answered. We didn’t talk”<sup>xxxii</sup>.

Los estudios respecto al impacto del incremento de tiempo de consulta no demuestran beneficios ni para pacientes, ni para médicos, ni para el sistema sanitario<sup>xxxiii</sup>.

El bien máspreciado del médico es su tiempo. Y debe saber administrarlo con la misma habilidad que sabe colocar un DIU, extirpar un carcinoma cutáneo, diagnosticar una depresión, prescribir apropiadamente antibióticos o escuchar a un adolescente con problemas de alimentación. Si el médico no sabe gestionar su tiempo nadie lo hará por él. El descontrol en el tiempo de consulta provoca insatisfacción en el médico y en el paciente<sup>xxxiv, xxxv</sup>.

## **Compasión y empatía**

Tener compasión del paciente y de sus familiares es entender su sufrimiento y desear ayudar a resolverlo. La compasión es un sentimiento profundo difícil de verbalizar. El budismo lo enarbola por bandera, pero a los occidentales la compasión nos avergüenza, como si la solidaridad ofendiera al otro.

La compasión va más allá de la empatía, pues ésta es una forma de inteligencia, de capacidad cognitiva, de “entender inteligentemente”, mientras la compasión se refiere a un nivel más básico, de solidaridad ante el sufrimiento. La empatía es más de la corteza cerebral, la compasión más del sistema límbico. La compasión es un sentimiento, no un conocimiento. Los sanadores son compasivos. Los médicos, como tales, también.

## **Cortesía**

Trabajar con cortesía es respetar las buenas costumbres, según la cultura y situación del paciente. De ahí la importancia de conocer la sociedad de los pacientes que atendemos, sean rumanos, musulmanes, daneses, británicos o gitanos, o españoles rurales, o catalanes o extremeños.

En cortesía más conviene un punto de exceso que la escasez. Dar la mano al recibir y despedir a un paciente es lo mínimo. Ayudar a quitarse el abrigo se hace con gusto a pacientes de todas las edades y sexos. Presentarse y presentar a estudiantes y residentes es cuestión básica. Etc.

En seguida ajustamos la cortesía a la situación y al paciente pues no puede ser la misma con quien habla fluidamente español y conocemos de años que con quien acude por primera vez cubierta con un hiyab y apenas nos entiende. Cortesía es en parte etiqueta pero como una forma de expresar reconocimiento, no como mecanismo para establecer barreras.

## **Piedad y ternura**

Trabajar con piedad es reconocer el impacto del sufrimiento en el paciente y en sus familiares y tener conmiseración. Ser enfermo es volverse frágil, es perder la integridad física y/o mental que caracteriza al ser humano. La piedad permite tener clemencia, entender lo que significa la enfermedad en el paciente.



Trabajar con ternura es tener una actitud de reconocimiento del “otro” (paciente y sus familiares) como humano doliente, que precisa de un afecto y delicadeza especiales. Equivocadamente, la ternura sólo suele esperarse y/o exigirse en las relaciones amorosas, pero justo el paciente y sus familiares necesitan ternura a chorro, y negarla es un error<sup>xxxvi</sup>.

### **Consulta sagrada**

Todo encuentro médico-paciente es sagrado, por lo que se pone en juego, ese exponer piel y alma, ese desnudarse en lo físico y psíquico. No obstante, hay consultas más sagradas que otras, dignas del máximo respeto, las “consultas sagradas”. Son pacientes, situaciones y problemas que exigen un respeto exquisito.

El tiempo debe parecer detenido y el cuerpo y mente relajado y atento. Hay que crear una atmósfera de serenidad espiritual y científica. Es una consulta que nada debe interrumpir, ni el teléfono (desconectado), ni el ordenador-computador (parado), ni la presencia ajena (se corre el pestillo de la puerta si es conveniente) y que a veces requiere sentarse junto al paciente para romper la barrera física.

La consulta sagrada es un paréntesis en las prisas, la calma en la tempestad, la serenidad en el apresuramiento. En general, la consulta sagrada no dura más de lo habitual pero, durante ese encuentro, el tiempo no cuenta, todo parece en calma y sólo es importante la comunicación entre el paciente y el médico.

El respeto se transmite por el lenguaje, los silencios, la actitud general, la concentración serena y la empatía generosa. Se trata de que la consulta sagrada transcurra en una cápsula sin tiempo ni espacio, habitada sólo por la escucha del que puede ayudar al que habla y sufre<sup>xxxvii</sup>, <sup>xxxviii</sup>.

### **Algunas consultas sagradas**

Paciente que llora. Paciente que trae el niño recién nacido para “presentarlo” al médico. Anciano que se viene a despedir porque los hijos lo llevan a una “residencia”.

Paciente que por primera vez habla abiertamente de su homosexualidad. Paciente al que le han dado de alta en el hospital, tras un largo ingreso. Paciente al que se comunica que tiene cáncer.

Paciente que acude tras quedarse viuda. Paciente que tiene miedo a morir. Paciente que está muriendo (a domicilio). Paciente al que se le confirma el diagnóstico de Alzheimer. Paciente con esquizofrenia que explica su dignidad de persona. Paciente que pide abortar.

Niño que sufre acoso escolar. Paciente que ha sido violada. Paciente que pide eutanasia. Paciente que vuelve a consulta tras un error médico que le llevó a urgencias. Paciente que declara su decisión de morir antes de que “me corten una pierna”.

### **Pacientes que lloran**

En la consulta de medicina general/de familia llora aproximadamente el 1% de los pacientes. Lloran más las mujeres que los varones. Lloran básicamente en torno a problemas sociales y de salud mental<sup>xxxix</sup>. Hay quien llora porque teme morir (paciente terminal). Quien llora porque es el aniversario de la muerte de la hija. Otro llora porque ha perdido el trabajo. Quien llora porque tiene diarrea y está sola. Lloran porque su marido es alcohólico. Porque su hermano está en un psiquiátrico. Lloran porque le ha pegado su esposo. Lloran porque está deprimido. Lloran porque sus dos hijas han vuelto a vivir a casa, por problemas económicos. Lloran porque su cocina ha ardiendo. Lloran porque teme tener cáncer. Lloran porque está embarazada (y no quería). Lloran porque no está embarazada (y quería). Lloran porque vive sola y se ha muerto su perro. Lloran porque le ha vuelto el dolor de cabeza. Lloran porque no acepta su deformidad congénita. Lloran por su pobreza. Lloran y no quiere explicar el porqué<sup>xl</sup>.

### **¿Qué hacer ante el paciente que llora?**

Dejarle llorar (legitimar el sufrimiento).

Romper las barreras físicas, sentarnos a su lado y tocar al paciente (quizá el codo sea un buen “lugar de contacto”)

Pedirle que explique, si puede, aquello que le afecta y que le hace llorar (poner en contexto el sufrimiento).

Escucha terapéutica, relajada, de consulta sagrada.

Expresar comprensión solidaria (compasión, piedad y ternura).

No avergonzarse si la emoción contagia al propio médico e incluso llegan a brotar las

lágrimas, pero sin olvidar quién sufre y quién precisa ayuda profesional.

Pedirle al paciente que sugiera soluciones, si las hay (para poder ofrecer alternativas adaptadas a las creencias, cultura y expectativas en la situación y momento concreto).

“Cerrar” el episodio de llanto logrando que el paciente acepte una interpretación y alternativa que le calme.

Si es oportuno, dar cita para nuevo análisis y evaluación del problema que ha provocado el llanto.

### **Síntesis**

A lo largo de los estudios de Medicina, de la residencia para la especialización y de la práctica clínica es posible esa desazón que lleva a preguntarse el porqué elegir y ejercer una profesión tan dura, tan pegada al sufrimiento y a la muerte. En tales momento relee este texto que escribimos pensando en ti, pensando en el bien que puedes hacer si no dices no puedo más y aquí me quedo.

Somos perdedores de largo recorrido, conviene mantenernos activos siquiera para poder ayudar y no dejar a nadie en el camino. Como bien dijo Miguel de Unamuno, conviene “un pesimismo moderadamente optimista”.

### **Agradecimiento**

A la organización de la XII Edición del Congreso de Educación Médica y a los 75 estudiantes de Medicina de toda España que participaron en el taller en que se presentaron y debatieron las cuestiones analizadas en este texto.

- i Resumen de la presentación de los autores en la XII Edición del Congreso de Educación Médica, organizado por el Consejo Estatal de Estudiantes de Medicina (CEEM), en Alcalá de Henares (Madrid, España), el jueves 14 de marzo de 2019, re-descubriendo dignidad y valores clínicos con casos concretos de "Pacientes que lloran y otras consultas de alto contenido emocional ("sagradas").
- ii Palabras para Julia. <https://www.poesi.as/jag0020b.htm>
- iii La dignidad del trabajo clínico existe allí donde ejerce un médico cercano, científico y humano. <http://equipocesca.org/la-dignidad-del-trabajo-clinico-existe-alli-donde-ejerce-un-medico-cercano-cientifico-y-humano/>
- iv Valores clínicos prácticos en torno al control de la incertidumbre por el médico general/de familia. <http://equipocesca.org/valores-clinicos-practicos-en-torno-al-control-de-la-incertidumbre-por-el-medico-general-de-familia/>
- v Contraseñas del buen médico. <https://www.actasanitaria.com/contrasenas-del-buen-medico/>
- vi La rotación rural desde el punto de vista del tutor . <http://equipocesca.org/la-rotacion-rural-en-que-consiste-la-rotacion-rural-desde-el-punto-de-vista-del-tutor/>
- vii Aventuras y desventuras de los navegantes solitarios en el Mar de la Incertidumbre. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-aventuras-desventuras-los-navegantes-solitarios-13071916>
- viii The scope and conventions of evidence based medicine need to be widened to deal with “too much medicine”, <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jep.12981>
- ix Harding Center for Risk Literacy <https://www.harding-center.mpg.de/en>
- x Making sense of health statistics. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733256/>
- xi ¿Le ha dado positivo en la prueba del VIH de la farmacia? <http://saludinerop.blogspot.com/2018/01/le-ha-dado-positivo-en-la-prueba-del.html>
- xii Buenas noticias sobre cáncer: mejora en el mundo la supervivencia a los cinco años <https://www.actasanitaria.com/buenas-noticias-sobre-cancer-mejora-en-el-mundo-la-supervivencia-a-los-cinco-anos/>
- xiii El buen médico “legítima” el sufrimiento, lo pone en contexto y ofrece alternativas para paliarlo. <https://www.actasanitaria.com/el-buen-medico-legitima-el-sufrimiento-lo-pone-en-contexto-y-ofrece-alternativas-para-paliarlo/>
- xiv Gulbrandsen P, Hjortdahl P, and Fugelli P. General practitioners' knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126420/>
- xv The inverse care law. <https://www.sohealth.co.uk/national-health-service/public-health-and-wellbeing/poverty-and-inequality/the-inverse-care-law/>
- xvi Lo a la solidaridad. <https://www.actasanitaria.com/lo-a-la-solidaridad/>
- xvii Estructura, proceso y resultado de la atención sanitaria. <http://www.fadq.org/wp-content/uploads/2016/02/Monografico-Avedis-1parte.pdf>
- xviii We Can Do Better — Improving the Health of the American People. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa073350#t=article>
- xix Ser un médico conservador. <https://rafabravo.blog/2019/03/15/ser-un-medico-conservador/>
- xx Prostate cancer screening: clear harms with uncertain benefits. <http://www.testingtreatments.org/book/why-are-fair-tests-of-treatments-needed/earlier-is-not-necessarily-better/weighing-benefits-and-harms/prostate-cancer-screening-clear-harms-with-uncertain-benefits/>
- xxi El uso del “PSA” en el cribado del cáncer de próstata. <http://sano-y-salvo.blogspot.com/2017/04/el-uso-del-psa-en-el-cribado-del-cancer.html>
- xxii Relationship of early magnetic resonance imaging for work-related acute low back pain with disability and medical utilization outcomes. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20798647>
- xxiii Getting at the roots rather than pruning the branches of overdiagnosis. <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/03/15/getting-at-the-roots-rather-than-pruning-the-branches-of-overdiagnosis/>
- xxiv The Cost of Satisfaction A National Study of Patient Satisfaction, Health Care Utilization, Expenditures, and Mortality. <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1108766>
- xxv 'Abusuarios', los pacientes de los que algunos médicos se quejan en Twitter. [https://elpais.com/elpais/2019/02/11/buenavida/1549899451\\_189034.html](https://elpais.com/elpais/2019/02/11/buenavida/1549899451_189034.html)
- xxvi Razonamiento clínico. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2014-98322017000400002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322017000400002)
- xxvii How Doctors Generate Diagnostic Hypotheses: A Study of Radiological Diagnosis with Functional Magnetic Resonance Imaging <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3237491/>
- xxviii How doctors diagnose diseases and prescribe treatments: an fMRI study of diagnostic salience <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5430984/>
- xxix Health: perception versus observation Self reported morbidity has severe limitations and can be extremely misleading. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1122815/>
- xxx Bienvenido y hasta luego u hola y adiós?: conductas comunicativas de los médicos residentes en los momentos iniciales y finales de las consultas. <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-bienvenido-hasta-luego-u-hola-13082485>
- xxxi Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: cohort study. <https://www.bmj.com/content/325/7366/682>

- xxxii Language and psychiatry [http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(18\)30040-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(18)30040-3/fulltext)
- xxxiii Effects of interventions aimed at changing the length of time of consultations between family doctors and patients [https://www.cochrane.org/CD003540/EPOC\\_effects-interventions-aimed-changing-length-time-consultations-between-family-doctors-and-patients](https://www.cochrane.org/CD003540/EPOC_effects-interventions-aimed-changing-length-time-consultations-between-family-doctors-and-patients)
- xxxiv Duración del encuentro clínico: desde la prehistoria al futuro. <http://www.nogracias.eu/2016/02/25/duracion-del-encuentro-clinico-desde-la-prehistoria-al-futuro-por-juan-gervas/>
- xxxv Gestión de la consulta. <http://equipocesca.org/gestion-de-la-consulta/>
- xxxvi Cómo ejercer una medicina armónica: claves para una práctica clínica clemente, segura y sensata. [http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9\\_Como\\_ejercer\\_una\\_medicina\\_arm\\_nica.pdf](http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500576/n3.9_Como_ejercer_una_medicina_arm_nica.pdf)
- xxxvii Consultas sagradas: serenidad en el apresuramiento. <http://equipocesca.org/consultas-sagradas-serenidad-en-el-apresuramiento/>
- xxxviii Consultas sagradas (más sagradas de lo habitual). <https://www.actasanitaria.com/consultas-sagradas-mas-sagradas-de-lo-habitual/>
- xxxix Crying patients in general/family practice: incidence, reasons for encounter and health problems. <http://equipocesca.org/crying-patients-in-generalfamily-practice-incidence-reasons-for-encounter-and-health-problems/>
- xl Los materiales augéticos y el paciente que llora en la consulta. <https://www.actasanitaria.com/los-materiales-augeticos-y-el-paciente-que-llora-en-la-consulta/>