

# ¿Cómo incorporar las utilidades de los pacientes a las decisiones clínicas? Informe SESPAS 2008

José María Abellán Perpiñán / Fernando I. Sánchez Martínez / Jorge E. Martínez Pérez  
Universidad de Murcia, Murcia, España.

(How should patients' utilities be incorporated into clinical decisions?)

## Resumen

Hay muchas situaciones clínicas en las que no se puede tomar una decisión «correcta» desde el punto de vista técnico. Ejemplo de ello sería la cirugía electiva, donde atender las preferencias de los pacientes resulta ineludible. Una forma de incorporar dichas preferencias es la aplicación del análisis de las decisiones clínicas. En este enfoque, primero se cuantifican dichas preferencias (utilidades) y después se combinan con los conocimientos técnicos del médico. Al modelo resultante de toma de decisiones se le suele denominar «toma de decisiones compartidas». En la revisión efectuada en este artículo se constata que: a) dicho modelo, en caso de aplicarse sistemáticamente, podría mejorar la efectividad de los tratamientos y el bienestar de los pacientes; b) la práctica clínica, no obstante, se enfrenta a restricciones en forma de tiempo y recursos disponibles que hacen difícil su aplicación; c) la incorporación de las utilidades de los pacientes a las guías de práctica clínica podría contribuir a estrechar la distancia que separa las preferencias de los médicos de las de los pacientes; d) aparentemente, la aplicación de este tipo de análisis en España es muy ocasional, donde, incluso, se detectan deficiencias, no ya en la participación de los pacientes en las decisiones clínicas, sino en el ejercicio del derecho a la información, y e) la alternativa de las ayudas a la decisión, aun cuando conozca una creciente expansión, no está libre de problemas.

**Palabras clave:** Toma de decisiones compartidas. Análisis de la decisión. Utilidades de los pacientes. Ayudas a la decisión. Guías de práctica clínica.

## Abstract

There are many clinical situations in which there is no "right" decision from a technical point of view. An example of this is elective surgery, in which patients' preferences are critical. One way to integrate patients' preferences within clinical practice is the application of decision analysis.

According to this approach, preferences (utilities) are assessed and are then combined with physicians' knowledge. This combination of evidence and utilities leads to the so-called shared decision-making (SDM) model.

The overview provided in the present article indicates that: a) The SDM model, if systematically applied, could improve treatment effectiveness and patients well being; b) clinical practice, nevertheless, faces barriers in the form of time and resource constraints, limiting the application of such a model; c) discrepancies between patients' and doctors' preferences could be narrowed if patients' utilities were included in clinical practice guidelines; d) the application of this kind of analysis seems to be scarce in Spain. Moreover, information provided to patients is probably insufficient; and e) patient decision aids, even though their use is rapidly growing, are subject to certain problems.

**Key words:** Shared decision-making. Decision analysis. Patients' utilities. Decision aids. Clinical practice guidelines.

## Ideas clave

- En muchas parcelas de la práctica clínica (p. ej., cirugía electiva), la relación de agencia entre médico y paciente será imperfecta, a menos que sean tenidas en cuenta las preferencias de este último.

- El análisis de las decisiones clínicas es un enfoque adecuado para combinar las preferencias (concretadas en forma de utilidades) del paciente con los conocimientos técnicos del médico (modelo de toma de decisiones compartidas).
- La evidencia proveniente de varios países anglosajones, parece sugerir que la incorporación de las utilidades a la toma de decisiones clínicas podría mejorar el bienestar de los pacientes.
- El grado de implantación efectiva del citado modelo es bastante reducido en la mayoría de los países de-

Correspondencia: José María Abellán Perpiñán.  
Universidad de Murcia.  
Correo electrónico: dionisos@um.es

sarrollados. Su aplicación en España es muy marginal, e incluso se detectan problemas con la calidad de la información suministrada a los pacientes.

- El aumento del tiempo de atención a los pacientes en las consultas parece una meta esencial para poder recoger debidamente sus preferencias.

---

## Introducción

**T**radicionalmente, las decisiones clínicas concernientes a los tratamientos y pruebas diagnósticas han sido tomadas en exclusiva por el médico, sobre la base de un modelo «paternalista o dirigido», también denominado «hipocrático»<sup>1</sup>. En este modelo se presume que el médico sabe «lo que es mejor» para el paciente: recopila información sobre sus síntomas, efectúa un diagnóstico y prescribe un tratamiento. El paciente consiente pasivamente. El médico no intenta comunicarle cuáles son los beneficios y efectos adversos de las opciones disponibles, ni tampoco indaga en sus preferencias. El modelo paternalista representa el máximo exponente del paradigma de asistencia sanitaria «sensible a la oferta» o «centrado en el control del médico».

Sin embargo, hay numerosas situaciones en las que no se puede tomar una decisión «correcta» desde el punto de vista estrictamente técnico, ya que la elección óptima depende de cómo los pacientes ponderen o intercambien los beneficios de los tratamientos y sus efectos adversos. Ejemplos de este tipo de decisiones clínicas de «zona gris», también denominadas «sensibles a los valores», son, entre otras, las relativas a la elección de tratamientos para el cáncer de mama, fractura de cadera, cáncer de próstata o hernia de disco. En presencia de este tipo de intercambios entre dimensiones diferentes de la salud (p. ej., calidad frente a cantidad de vida), resulta evidente que prescindir de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones sólo conduciría a elecciones acertadas en caso de que las éstas fuesen semejantes a las de los médicos. La evidencia disponible<sup>2-4</sup>, sin embargo, desmiente mayoritariamente esta presunción, y se constata que hay claras divergencias entre las preferencias de unos y otros. En países como el Reino Unido y Canadá se ha relacionado la omisión de las preferencias de los pacientes con un aumento injustificado de la variabilidad de la práctica clínica<sup>5,6</sup>, así como una menor efectividad de los tratamientos<sup>7,8</sup>.

En el presente capítulo examinamos una de las vías de incorporación de las preferencias de los pacientes: el análisis formal de las decisiones clínicas. Este enfoque ha sido definido como «una modalidad de toma de decisiones compartidas que explícitamente combina las probabilidades de los sucesos resultantes de las decisiones de tratamiento con estimaciones cuantitativas de las percepciones de los pacientes (utilidades) respecto

a las consecuencias de los tratamientos»<sup>9</sup>. La estructura del documento es la siguiente: primero se presenta una taxonomía de los modelos de toma de decisiones «centrados en el paciente», sintetizando la evidencia disponible acerca de lo bien o mal que funciona en la práctica clínica real la relación de agencia entre médico y paciente; en segundo lugar se ofrece una breve panorámica de la utilización del análisis de la decisión en el ámbito del encuentro médico-paciente, comentando los estudios más relevantes que se han ocupado de su efectividad en ensayos clínicos controlados concebidos al efecto. Asimismo, se examina la evidencia disponible acerca de la incorporación potencial de las utilidades de los pacientes a las guías de práctica clínica. A continuación, se repasan los principales trabajos de la literatura médica especializada sobre la eficacia de las intervenciones informativas, conocidas como «ayudas a la decisión», consideradas por algunos autores como una estrategia más factible que el análisis de la decisión. Por último, se ofrecen las principales conclusiones alcanzadas.

---

## Modelos de toma de decisiones «centrados en el paciente»

Los trabajos teóricos de Charles et al<sup>10</sup> y Gafni et al<sup>11</sup> probablemente ofrecen el intento más riguroso por caracterizar diferentes modelos de toma de decisiones clínicas. Como puede apreciarse en la tabla 1, la adopción del tratamiento se fragua mediante un proceso compuesto por tres fases: intercambio de información, deliberación o discusión de las preferencias por los tratamientos y decisión sobre el tratamiento. Dentro de este esquema, el análisis de la decisión encaja en dos de los modelos representados: el modelo del médico como «agente perfecto» y el modelo de «toma de decisiones compartidas». La diferencia fundamental entre uno y otro<sup>12</sup> radica en el grado de control que ostenta el paciente, así como en la intensidad de la interacción entre médico y paciente. Mientras en el primer caso el médico emplea las utilidades del paciente para formular una recomendación, en el caso de la toma de decisiones compartidas, médico y paciente discuten el resultado del análisis de la decisión, lo que constituye sólo un *input* más de todo el proceso. La decisión final se adopta en este segundo modelo de forma consensuada. En cualquiera de los casos, podría afirmarse<sup>13</sup> que «el análisis de la decisión clínica potencia la autonomía del paciente al posibilitar la incorporación de sus valores al proceso de toma de decisiones».

Los países en los que se ha investigado más intensamente el grado de implantación del modelo de toma de decisiones compartidas en la práctica clínica pertenecen al ámbito anglosajón (Canadá, Reino Unido, Estados Unidos). Dos estudios son particularmente inte-

**Tabla 1. Modelos de toma de decisiones sobre los tratamientos**

Etapas		Paternalista	Médico como agente perfecto	Toma de decisiones compartidas	Informado
Intercambio de información	Dirección	Unidireccional (en gran medida)	Unidireccional (en gran medida)	Bidireccional	Unidireccional (en gran medida)
	Sentido	Médico ↓ Paciente	Médico ↑ Paciente	Médico ↑↓ Paciente	Médico ↓ Paciente
	Tipo	Médica	Preferencias	Médica y preferencias	Médica
	Mínimo requerido	Requerimientos legales	Utilidades de estados de salud	Cualquier cosa relevante para la toma de decisiones	Cualquier cosa relevante para la toma de decisiones
Deliberación		Médico solo o con otros médicos	Médico solo o con otros médicos	Médicos y pacientes (más potencialmente otros)	Paciente (más potencialmente otros)
Decisión		Médico	Médico	Médico y paciente	Paciente

Fuente: elaboración propia a partir de Charles et al<sup>10</sup> y Gafni et al<sup>11</sup>.

resantes, por cuanto ambos hacen referencia a dicho modelo, tal y como se define dentro del esquema de la tabla 1. Mientras que en un caso<sup>14</sup> se constata que la mayoría de los médicos entrevistados (más del 85%) conciben espontáneamente la toma de decisiones compartidas como un proceso caracterizado por los rasgos descritos en la tabla 1, en el otro<sup>15</sup> no se obtiene evidencia empírica sólida que indique que los médicos y los pacientes participan en la consulta del modo que predice tal modelo. Un estudio más reciente<sup>16</sup> concluye que la relación de agencia observada «no funciona bien».

En el caso de España, un estudio reciente<sup>17</sup> sugiere que los pacientes valoran el derecho a la información como más importante que el derecho al ejercicio de la autonomía. No obstante, y como los propios autores advierten, la mayoría de los pacientes encuestados (66,1%) demuestra un elevado grado de desconocimiento del derecho que le asiste para rechazar determinadas pruebas y tratamientos. En este contexto, antes que afirmar que los pacientes prefieren la toma de decisiones dirigida, cabría suponer que se practica una suerte de paternalismo «forzoso».

## Aplicaciones del análisis de la decisión

### Toma de decisiones individuales

El análisis de la decisión es un método concebido para ayudar a tomar decisiones en situaciones de incertidumbre. Su lógica consiste en la descomposición de decisiones complejas en secciones o partes más ma-

nejables, y su aplicación al contexto de las decisiones clínicas se efectúa en una serie de pasos<sup>18</sup>:

1. Se estructura el problema de decisión en un tipo de diagrama de flujos, conocido como «árbol de decisión».
2. Se asignan probabilidades a cada uno de los posibles sucesos (p. ej., que el tratamiento tenga éxito).
3. Se insertan los resultados posibles de cada una de las estrategias disponibles (p. ej., tener migrañas ocasionalmente).
4. Se han de estimar las utilidades de cada uno de dichos resultados. Si los resultados se expresan en términos de cantidad y calidad de vida, su utilidad se descompone de acuerdo al modelo año de vida ajustado por la calidad (AVAC), de modo que habría que medir la utilidad de la calidad de vida o estado de salud, para multiplicarla posteriormente por la duración en ese estado.
5. Se determina cuál es la mejor estrategia aplicando el criterio de la utilidad esperada.
6. Por último, se alteran los supuestos del análisis para observar si las conclusiones varían sustancialmente (análisis de sensibilidad), y se interpretan los resultados obtenidos.

Las primeras aplicaciones al ámbito de las decisiones clínicas datan de los años setenta, y desde 1981 se cuenta con una revista especializada –*Medical Decision Making* (<http://mdm.sagepub.com/>)– cuyas páginas albergan con regularidad casos de decisiones clínicas. Entre muchos otros, hay ejemplos de aplicaciones de este enfoque al cribado prenatal para detectar el síndrome de Down, al tratamiento para el cáncer de mama o a la terapia para la hiperplasia benigna de próstata<sup>19</sup>. Nuevamente, si se

atiende al país de origen de los estudios publicados, se corrobora que la gran mayoría corresponden a Reino Unido, Estados Unidos y Canadá. En Europa destaca el caso de los Países Bajos, mientras que los análisis realizados en España tienen una presencia testimonial.

Son escasos los estudios que han intentado evaluar la efectividad del análisis de la decisión como instrumento de toma de decisiones compartidas, que debería evaluarse en un ensayo aleatorizado y controlado<sup>9</sup>. Los ensayos clínicos en los que se ha intentado verificar dicha efectividad<sup>20</sup> sugieren que las mediciones realizadas con determinados métodos, como la lotería estándar (*standard gamble*) y el intercambio de tiempos (*time trade-off*), parecen útiles y estables a escala de grupo (utilidades medias o medianas). En cambio, parece que su fiabilidad a escala individual no es elevada<sup>21,22</sup>. Esta valoración es compartida por algunos autores<sup>23</sup>, quienes sugieren que para la toma de decisiones individuales (*at the bedside*) sería preferible utilizar otros procedimientos no basados en medidas de utilidad del estado de salud. En cambio, algunos clínicos<sup>24</sup>, a tenor de su propia experiencia, concluyen que resulta una herramienta muy útil en las situaciones en que la eficacia de los tratamientos no está suficientemente acreditada, los riesgos de las pruebas y tratamientos son elevados o las preferencias de los pacientes son críticas.

#### Toma de decisiones colectiva

Las recomendaciones formuladas en las guías de práctica clínica para grupos de pacientes con una misma enfermedad (p. ej., hipertensos) no suelen tener en consideración sus preferencias. Sin embargo, se ha subrayado la necesidad de que dichas guías incorporen las utilidades de los pacientes<sup>25</sup>, incluso en conjunción con la información relativa al coste de los tratamientos.

**Tabla 2. Instrumentos de medición del estado de salud**

Instrumento	N.º de aplicaciones	%
Instrumentos de utilidad multiatributo		
15D	2	2,5
EQ-5D (EuroQol)	37	46,8
HUI (Health Utility Index-Mark II/III)	7	8,9
QWB (Quality-of-Well-Being Scale)	5	6,3
Rosser-Kind	5	6,3
SF-6D	4	5,1
Instrumentos de medición directa		
Lotería estándar	4	5,1
Intercambio de tiempos	7	10,1
Escala de Puntuación	2	3,8
Escala Visual Analógica	4	5,1

Fuente: tabla 3 de Räsänen et al<sup>29</sup>.

Lo primero se apoya en la evidencia<sup>4,26</sup> de que hay importantes discrepancias entre las preferencias de los pacientes y las recomendaciones que constan en las guías basadas en la gravedad de los síntomas (p. ej., riesgo absoluto de sufrir un problema cardiovascular). Lo segundo viene motivado por la descentralización paulatina del establecimiento de prioridades<sup>27</sup>, que aconsejan que las recomendaciones de las guías de práctica clínica sean consistentes con la evidencia sobre la relación coste-efectividad de los tratamientos provistos por el sistema sanitario. En este sentido, resulta paradigmático el papel desempeñado por el National Institute for Clinical Excellence (NICE) en Inglaterra y Gales. Esta institución lleva a cabo una doble labor: por un lado, formula recomendaciones respecto a la utilización «sistemática» en el Sistema Nacional de Salud de nuevas tecnologías sanitarias sobre la base de la evidencia coste-efectividad (*technology appraisals*); asimismo, disemina a través de sus guías de práctica clínica recomendaciones sobre el tratamiento apropiado para grupos específicos de pacientes. Si bien los médicos no están obligados legalmente a seguir las recomendaciones del NICE, una vez que éste publica sus orientaciones clínicas, sí que «se espera que tanto los sanitarios como las organizaciones que emplean las tecnologías evaluadas sean plenamente congruentes con esas orientaciones cuando tengan que decidir el tratamiento aplicado a la población»<sup>28</sup>.

Una revisión muy reciente<sup>29</sup> de estudios (70 en total) en los que se estiman AVAC a partir de utilidades de los pacientes, permite apreciar la distribución de las utilidades por instrumentos (tabla 2), especialidades (tabla 3)

**Tabla 3. Especialidades clínicas de los estudios revisados**

Especialidad	N.º de estudios (%)
Ortopedia	11 (15,7)
Enfermedades pulmonares	9 (12,9)
Cardiología	7 (10)
Neurología	6 (8,6)
Reumatología	6 (8,6)
Otorrinolaringología	5 (7,1)
Cirugía de trasplantes	5 (7,1)
Psiquiatría	4 (5,7)
Oncología	4 (5,7)
Ginecología	2 (2,9)
Cuidados intensivos	2 (2,9)
Urología	2 (2,9)
Endocrinología	2 (2,9)
Enfermedades infecciosas	1 (1,4)
Nefrología	1 (1,4)
Cirugía dental	1 (1,4)
Gastroenterología	1 (1,4)
Cirugía general	1 (1,4)

Fuente: tabla 4 de Räsänen et al<sup>29</sup>.

y país de origen de los estudios (tabla 4). En cuanto a los instrumentos, se observa que el más frecuente es el sistema EQ-5D (46,8%), mientras que entre los métodos de medición directa destaca el intercambio de tiempos (10,1%). Por especialidades, ortopedia, enfermedades pulmonares y cardiología concentran más del 38% de los estudios. Finalmente, un único país (Reino Unido) absorbe un tercio del total de estudios. El lugar que ocupa España es marginal, con sólo 2 estudios (2,9%). Otras revisiones<sup>30</sup> ofrecen una distribución de estudios por tipos de instrumentos semejantes.

### Alternativas: las ayudas a la decisión

La alternativa más fructífera a la medición de utilidades de los pacientes son las denominadas ayudas a la decisión, definidas formalmente<sup>31</sup> como «intervenciones diseñadas para ayudar a la gente a realizar elecciones específicas y deliberativas entre varias opciones (incluido el status quo) proporcionando información sobre dichas opciones y las relevantes para el estado de salud de la persona». Estas estrategias informativas están disponibles en una gran variedad de formatos (folletos, vídeos, aplicaciones web, etc.) y su proliferación es constante (más de 500 están registradas en el Cochrane Collaboration Inventory [<http://www.ohri.ca/decisionaid>]). Las ayudas a la decisión obtienen las preferencias del paciente a través de la elección que éste efectúa tras haber examinado la información y deliberado sobre ella con el clínico. No se estiman utilidades de los estados de salud, sino que la elección del paciente proviene de una valoración conjunta de todas las características de los tratamientos (resultados y probabilidades).

Se dispone de revisiones sistemáticas de la «calidad» de las ayudas a la decisión en el marco de ensayos clínicos aleatorizados. Una de las últimas<sup>32</sup> plantea precisamente si las ayudas a la decisión deberían introducirse en el sistema sanitario. El principal resultado del informe es que la mayoría de los ensayos clínicos revisados (29 en total) demostró que las ayudas a la decisión (23) mejoraron el grado de conocimiento de los pacientes sobre los tratamientos, mejoraron también el realismo de las percepciones de los pacientes sobre probabilidades y resultados, así como la consistencia entre las elecciones efectuadas y las preferencias de los pacientes. Esta revisión también revela que los pacientes a los que se les mostraron las ayudas a la decisión tendieron a elegir procedimientos quirúrgicos invasivos en menor medida (un 24% menos) que los pacientes que no contaron con tales ayudas. De nuevo, se pone de manifiesto la posible divergencia entre las recomendaciones de las guías de práctica clínica basadas únicamente en evidencias clínicas y las que incorporen adicionalmente las preferencias de los pacientes. Sin embargo,

**Tabla 4. País de origen de los estudios revisados**

País	Nº de estudios (%)
Reino Unido	23 (32,9)
Holanda	18 (25,7)
Canadá	11 (15,7)
Estados Unidos	11 (15,7)
España	2 (2,9)
Alemania	1 (1,4)
Hong Kong	1 (1,4)
Noruega	1 (1,4)
Suecia	1 (1,4)
Multinacional	1 (1,4)

Fuente: tabla 5 de Räsänen et al<sup>29</sup>.

las conclusiones extraídas por otra revisión posterior<sup>33</sup> son menos halagüeñas, ya que en ésta se detecta que, paradójicamente, las perspectivas y las preocupaciones de los pacientes no se reflejan lo suficiente en el diseño de estas herramientas. Así pues, la selección de la información que aparece en muchas de estas ayudas, puede estar «sesgada» por las prioridades de los clínicos.

### Conclusiones

Hay varias formas de incorporar las preferencias de los pacientes a la toma de decisiones clínicas. En este artículo se ha revisado fundamentalmente una de ellas, el enfoque del análisis de la decisión. Dicha revisión se ha contextualizado dentro de los modelos de toma de decisiones «centrados en el paciente». No obstante, la práctica clínica real no responde al modelo ideal de «toma de decisiones compartidas», ni tan siquiera al quizá más modesto de «toma de decisiones informadas». Una reciente revisión<sup>34</sup> de las percepciones de los profesionales sanitarios de 7 países diferentes (Reino Unido, Canadá, Estados Unidos, Holanda, Francia, México y Australia) acerca de la implantación de la toma de decisiones compartidas, revela que las principales barreras para su puesta en práctica son, por este orden: la falta de tiempo para atender a los pacientes en las consultas, la imposibilidad de aplicar el modelo a causa de las características del paciente y la falta de aplicabilidad como consecuencia de las condiciones clínicas. A la práctica clínica en España no le resultan ajenos estos obstáculos, pues pese a las iniciativas legales que pretenden potenciar el derecho a la información y a la autonomía del paciente (Ley General de Sanidad<sup>35</sup>, Ley Básica de la Autonomía del Paciente<sup>36</sup>, leyes autonómicas de Cataluña<sup>37</sup>, Galicia<sup>38</sup>, Navarra<sup>39</sup>, Extremadura<sup>40</sup>, Madrid<sup>41</sup>, Aragón<sup>42</sup>, Valencia<sup>43</sup>) se observa que, por ejem-

plo, el contenido de los documentos de consentimiento informado es deficiente<sup>44</sup>. En contraposición a esta situación, hay evidencias internacionales que sugieren que las decisiones clínicas serían de mayor calidad en caso de incorporar las preferencias de los pacientes. La mejor forma de hacerlo no es, sin embargo, inequívoca. Ni tan siquiera los instrumentos aparentemente tan sencillos como las «ayudas a la decisión» están, como hemos comprobado, exentos de problemas<sup>33</sup>.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a la Consejería de Sanidad de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el apoyo financiero recibido en el marco del Convenio de colaboración en materia de Economía de la Salud.

### Bibliografía

- Emanuel EJ, Emanuel LL. Four models of the physician-patient relationship. *J Am Med Assoc.* 1992;267:2221-6.
- Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care.* 2001;10 Suppl 1:39-43.
- Hawker GA, Wright JG, Coyte PC, Williams JI, Harvey B, Glazier R, et al. Determining the need for hip and knee arthroplasty: the role of clinical severity and patients' preferences. *Med Care.* 2001;39:206-16.
- Montgomery AA, Harding J, Fahey T. Shared decision making in hypertension: the impact of patient preferences on treatment choice. *Fam Pract.* 2001;18:309-13.
- Wennberg JE. Unwarranted variations in healthcare delivery: Implications for academic medical centres. *BMJ.* 2002;325:961-4.
- Goel V, Williams J, Anderson G, Blackstien-Hirsch P, Fooks C, Naylor D. Patterns of health care in Ontario: the ICES practice atlas. 2nd ed. Toronto: Institute for Clinical Evaluative Sciences; 1996.
- Britten N, Stevenson FA, Barry CA, Barber N, Bradley CP. Misunderstandings in prescribing decisions in general practice: qualitative study. *BMJ.* 2000;320:484-8.
- Barry CA, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: qualitative study. *BMJ.* 2000;320:1246-50.
- Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA, Peters TJ. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ.* 2000;320:1380-4.
- Charles C, Whelan T, Gafni A. What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ.* 1999;319:780-2.
- Gafni A, Charles C, Whelan T. The physician-patient encounter: the physician as a perfect agent for the patient versus the informed treatment decision-making model. *Soc Sci Med.* 1998;47:347-54.
- Thompson AG. The meaning of patient involvement and participation in health care consultations: a taxonomy. *Soc Sci Med.* 2007;64:1297-310.
- Dowie J. «Evidence-based», «cost effective» and «preference driven» medicine: decision analysis based medical decision making is a pre-requisite. *J Health Serv Res Pol.* 1996;1:104-12.
- Charles CA, Whelan T, Gafni A, Willan A, Farell S. Shared treatment making: what does it mean to physicians? *J Clin Oncol.* 2003;21:932-6.
- Stevenson FA, Barry CA, Britten N, Barber N, Bradley CP. Doctor-patient communication about drugs: the evidence for shared decision making. *Soc Sci Med.* 2000;50:829-40.
- Bryan S, Gill P, Greenfield S, Gutridge K, Marshall T. The myth of agency and patient choice in health care? The case of drug treatments to prevent coronary disease. *Soc Sci Med.* 2006;63:2698-701.
- Guix J, Fernández J, Barbany J. Pacientes, médicos y enfermeros: tres puntos de vista distintos sobre una misma realidad. Actitudes y percepciones ante los derechos de los pacientes. *Gac Sanit.* 2006;20:465-72.
- Pinto JL, Abellán JM, Sánchez FI. Incorporación de las preferencias de los pacientes en la toma de decisiones clínicas. Barcelona: Masson; 2004.
- Goldstein MK, Tsevat J. Applying utility assessment at the bedside. En: Chapman GB, Sonnenberg FA, editors. *Decision Making in Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press; 2000.
- Trevena LJ, Davey HM, Barratt A, Butow P, Caldwell P. A systematic review on communicating with patients about evidence. *J Eval Clinical Practice.* 2006;12:13-23.
- Souček J, Stacks J, Brody B, Ashton C, Giesler R, Byrne M, et al. A trial for comparing methods for eliciting treatment preferences for men with advanced prostate cancer: results from the initial visit. *Med Care.* 2000;38:1040-50.
- Sheill A, Hawe P, Fletcher M. Reliability of health utility measures and a test of values clarification. *Soc Sci Med.* 2000;56:1531-41.
- Stiggelbout AM, De Haes JCJM. Patient preference for cancer therapy: an overview of measurement approaches. *J Clin Oncol.* 2001;19:220-30.
- Plante DA, Kassirer JP, Zarin DA, Pauker SG. Decision analysis: a progress report. *Ann Intern Med.* 1987;106:1169-76.
- Baker R, Feder G. Clinical guidelines: where next? *Int J Qual Health Care.* 1997;9:399-404.
- Devereaux PJ, Anderson DR, Gardner MJ, Putnam W, Flowerdew GJ, Brownell BF, et al. Differences between perspectives of physicians and patients on anticoagulation in patients with atrial fibrillation: an observational study. *BMJ.* 2003;327:1-7.
- Antioch KM, Jennings G, Botti M, Chapman R, Wulfsohn V. Integrating cost-effectiveness evidence into clinical practice guidelines in Australia for acute myocardial infarction. *Eur J Health Econom.* 2002;3:26-39.
- NICE. A guide to NICE. London: NICE; 2005.
- Räsänen P, Roine E, Sintonen H, Semberg-Konttinen V, Ryyänen OP, Roine RP. Use of quality-adjusted life years for the estimation of effectiveness of health care: a systematic literature review. *Finohta's report 29/2006.* Helsinki: Finnish Office for Health Technology Assessment (Finohta)/National Research and Development Centre for Welfare and Health STAKES; 2006.
- Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ.* 2002;324:1417-21.
- O'Connor A, Stacey D, Rovner D. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Rev.* 2007;3:CD001431.
- WHO. Should patient decision aids (PtADs) be introduced in the health care system? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2005.
- Feldman-Steward D, Brennenstuhl S, McIssac K, Austoker J, Charvet A, Hewitson P, et al. A systematic review of in-

- formation in decision aids. *Health Expectations*. 2006;10:46-61.
34. Gravel K, Légaré F, Graham ID. Barriers and facilitators to implementing shared decision-making in clinical practice: a systematic review of health professionals' perceptions. *Implementation Science*. 2006;1. Disponible en: <http://www.implementationscience.com/content/1/1/16>
  35. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
  36. Ley 40/2002, de 29 de diciembre, Básica de Autonomía del Paciente.
  37. Ley 21/2000 de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y autonomía del paciente y la documentación clínica de Cataluña.
  38. Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento y de la historia clínica de los pacientes de la comunidad de Galicia.
  39. Ley Foral 11/2002, de 6 de mayo, sobre los derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica. Modificada parcialmente por la Ley Foral 29/2003, de 4 de abril.
  40. Ley 10/2001, de 28 de junio, de salud de Extremadura.
  41. Ley 12/2002, de 21 de diciembre, de ordenación sanitaria de la Comunidad de Madrid.
  42. Ley 2/2002, de 17 de abril, de salud de Aragón.
  43. Ley 1/2003, de 28 de enero, de derechos e información al paciente de la Comunidad Valenciana.
  44. Hospedales-Salomó J, Lloret-Cano MD, Bellmunt-Montoya S, González-Cañas E, Gonzalo-Villanueva B, Solanich-Valldaura T, et al. ¿Son válidos los documentos de consentimiento informado que utilizamos en cirugía vascular? *Angiología*. 2005;57:487-95.