

Participación de los pacientes en las decisiones sobre su asistencia sanitaria

Ricard Meneu

Vicepresidente del Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia. España.

Correspondencia: Dr. Ricard Meneu.

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.

C/ San Vicente, 112. 46007 Valencia. España.

Correo electrónico: ricard.meneu@gmail.com

Resumen

Entre los diferentes derechos de los pacientes, aquellos relacionados con su participación en la adopción de las decisiones más adecuadas sobre su salud y la información necesaria para ello han recibido en los últimos años una creciente atención. Además de los debates seguidos en la bibliografía foránea, en distintos ámbitos de nuestro Sistema Nacional de Salud se han desarrollado varias iniciativas relevantes, al menos en su vertiente formal.

En este artículo se pretende ofrecer un sucinto panorama sobre algunos aspectos del inalienable derecho –que no deber– de los pacientes a participar activamente en las decisiones relativas a su asistencia sanitaria, contemplando tanto el desarrollo general de instrumentos que lo facilitan como las más importantes carencias detectadas en su conocimiento, difusión y efectividad.

Palabras clave: Derechos de los pacientes. Participación informada. Información sanitaria. Relación médico-paciente.

Abstract

Among the various rights of patients, those relating to their participation in the most important decisions affecting their health and the information required to make these decisions have received growing attention in the last few years. In addition to the debates in the international literature, several important initiatives have been developed in distinct areas of the Spanish national health system, at least in their formal aspects.

The present article aims to provide a brief overview on some of the aspects of the inalienable right –not responsibility– of patients to actively participate in decisions relating to their healthcare. Both the general development of aids to facilitate this participation and the most important shortfalls in knowledge of these aids, as well as their diffusion and effectiveness, are discussed.

Key words: Patients' rights. Informed participation. Health information. Doctor-patient relationship.

La racionalidad del derecho a la participación informada

Las decisiones sobre nuestra salud se cuentan entre aquellas a las que concedemos una mayor importancia. Sin embargo, la autonomía de la que gozamos para adoptarlas está severamente limitada por la disponibilidad de la información necesaria para ello. El reconocimiento del papel central que la información desempeña en la asistencia sanitaria se remonta, al menos, al artículo seminal de Arrow¹ que consideraba la relación entre médico y paciente como un intercambio de servicios expertos, y contemplaba la delegación de las decisiones asistenciales en el profesional como una respuesta a la extrema asimetría informativa existente entre ambas partes. Con el progreso de las capacidades asistenciales del sistema sanitario, las ganancias en bienestar y calidad de vida cobran mayor importancia frente a las clásicamente referidas a la cantidad de ésta. Consecuentemente, cada vez se extiende más el convencimiento de que muchas decisiones

médicas se sitúan en una zona de sombra en la que la decisión óptima para un paciente dista de estar clara y donde personas razonables pueden elegir, razonablemente, opciones diferentes e incluso opuestas².

La evidencia disponible informa que muchos usuarios muestran claras preferencias entre los posibles tratamientos³, que éstas no son siempre predecibles⁴, que los médicos a menudo no logran su cabal comprensión^{5,6}, al tiempo que algunos pacientes no desean tener un papel activo en su propia asistencia⁷. La revisión de estas publicaciones pone de manifiesto que los pacientes, los profesionales y la población general a menudo asignan diferentes valoraciones a las distintas alternativas terapéuticas⁸ y que la dirección y magnitud de esas divergencias no parece ser consistente y varía según las enfermedades. Así, los estudios que comparan las preferencias de los pacientes con las de los médicos y las guías publicadas para enfermedades cardiovasculares sugieren que los primeros son más adversos a los tratamientos farmacológicos que los profesionales. Las discrepancias en la elección entre

opciones alternativas tienen especial importancia en los procesos con diferencias relevantes en cuanto a sus resultados (muerte frente a discapacidad), probabilidad e impacto de complicaciones o de un desenlace grave, así como cuando existen intercambios importantes entre los efectos a corto y largo plazo. También cuando los individuos tienen especial aversión al riesgo o los pacientes otorgan una importancia inusual a algunos aspectos de los resultados⁹.

Varias investigaciones demuestran el interés de diversos colectivos por participar más activamente en las decisiones sobre su salud, tanto diagnósticas como terapéuticas. Entre las más notorias, Bruera et al¹⁰ encontraron que el 89% de las pacientes en tratamiento por carcinoma mamario querían desempeñar un papel activo o compartir las decisiones. Sin embargo, la correcta identificación por los médicos de las pacientes con tales preferencias apenas alcanzaba al 24% de ellas. Aunque una revisión de la bibliografía española muestra que la preocupación por la responsabilidad individual y la toma de decisiones compartidas no está entre las cuestiones de mayor interés para los ciudadanos en las encuestas analizadas¹¹, un reciente sondeo sitúa el aporte de más información a los pacientes como la segunda prioridad entre las sugeridas para la mejora de la calidad asistencial, apenas superada por la resolución de las listas de espera¹².

Desde esta perspectiva, parece lícito asumir que la participación de los pacientes en las decisiones sobre su salud ha de tener una influencia positiva en los resultados de la asistencia. Una mayor implicación de los pacientes en las decisiones sobre sus tratamientos y una mejor comprensión de los riesgos y beneficios asociados a las distintas alternativas eficaces redundan en una interacción más provechosa con los profesionales sanitarios y en un mayor cumplimiento con los tratamientos.

Desarrollos legislativos relacionados con la participación informada de los pacientes en las decisiones clínicas

Son varios los derechos formalmente reconocidos a los pacientes que se relacionan directamente con la información necesaria para su participación en las decisiones relativas a su salud y que en los últimos años han recibido un expreso respaldo normativo. Puede cifrarse el inicio de esta "legalización" en la pionera ley catalana 21/2000¹³ sobre los "derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica", a la que siguió la Ley Foral 11/2002 de la Comunidad de Navarra sobre los "derechos del paciente a las voluntades anticipadas, a la información y a la documentación clínica"¹⁴, posteriormente modificada¹⁵ tras la aprobación de la Ley básica 41/2002, "reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica"¹⁶. La promulgación de la citada ley básica estatal supuso un acicate para que numerosas comunidades autónomas legislaran su correspondiente normativa al respecto. Aunque una reciente glosa¹⁷ de dicha ley clasifica sus contenidos se-

Tabla 1. **Contenidos fundamentales de la Ley 41/2002**

1. Derecho a la información sanitaria
Información clínicoasistencial
Derecho a no ser informado
Información epidemiológica
Información sobre el sistema nacional de salud
2. Derecho a la intimidad
3. Derecho a la autonomía del paciente
4. Historia clínica
Contenido y usos
Acceso a la historia clínica
Custodia y conservación
Informe de alta y otra documentación clínica

Fuente: Rev Esp Salud Pública. 2004;78:470.

gún la tabla 1, para la cuestión que nos ocupa basta destacar los artículos que desarrollan el décimo de la Ley General de Sanidad y que establecen:

Artículo 4.

1. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica, comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

2. La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Artículo 6.

– Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

De todos modos, al considerar los derechos relacionados con la participación informada de los pacientes explícitamente reconocidos durante los últimos años, deben incluirse también algunos otros sometidos a regulación específica, como los referidos a la disponibilidad de una segunda opinión clínica, al registro y cumplimentación de voluntades expresadas de manera anticipada¹⁸, a la documentación del consentimiento informado otorgado por los pacientes para la realización de todo tipo de actuaciones clínicas¹⁹, la capacidad de elección de médico y centro sanitario donde ser atendido o la explicitación de las alternativas ofertadas en caso de demora en la prestación de la asistencia. Toda esta normativa supone un indudable avance en el reconocimiento formal del derecho de los pacientes a disponer de la información necesaria para la toma de decisiones sobre los aspectos que más les importan: la duración y calidad de su vida. Sin embargo aún no se

dispone de trabajos empíricos referidos a la efectividad de esta reglamentación, en términos de su conocimiento, grado de aplicación, influencia en la asistencia recibida o relación con la satisfacción alcanzada. En el peor de los casos se limitarán a incorporarse a dos tradiciones normativas nacionales. Por una parte, a la vacua ampulosidad de algunos de nuestros textos legales, cuyo ejemplo paradigmático es el artículo de la Constitución de 1812 –“La Pepa”– que establecía como principal obligación de los españoles ser “justos y benéficos”²⁰. Por otra, a la devaluación de tan grandilocuentes afirmaciones legislativas en su desarrollo reglamentario, tal y como proclamaba la apócrifa sentencia atribuida mayoritariamente a Romanones –pero también a Dato, Maura, Sagasta o Cánovas–: “Hagan ustedes las leyes, pero déjenme a mí los reglamentos”.

Si no se quiere limitar el reconocimiento de estos derechos a su mera constancia en los repertorios legislativos, es preciso avanzar en el desarrollo de instrumentos que capaciten a los pacientes para ejercer una efectiva participación informada. Tal avance requiere básicamente aportar datos tanto sobre las alternativas técnicas disponibles en cada caso como sobre las características que diferencian la ejecutoría de los distintos centros y servicios a los que el paciente puede acudir. Conviene pues recapitular sucintamente sobre la relación entre estos derechos y la participación informada de los pacientes en la toma de decisiones sobre los procesos diagnósticos, terapéuticos, paliativos o rehabilitadores que influyen en su salud.

Aspectos de la participación informada de los pacientes en las decisiones clínicas

Si consideramos que toda decisión exige disponer de información adecuada para adoptarla, la transmisión de ésta se configura como el requisito ineludible para la materialización de la participación efectiva de los pacientes. Así, asumiendo alguna simplificación, podemos entender que los aportes informativos pueden clasificarse entendiéndolo al sentido que adopta su flujo. Aunque con frecuencia éste es –o sería deseable que fuese– en gran medida bidireccional, en algunas estrategias va principalmente del dispositivo sanitario al paciente o usuario, mientras que en otras ocasiones es este último el emisor principal.

La información fluye del paciente al sistema sanitario cuando aquél hace saber anticipadamente su voluntad ante situaciones en las que previsiblemente no podrá expresarla, o cuando notifica que no desea estar al corriente de la evolución o las previsiones sobre su enfermedad. Las directivas anticipadas –también llamadas “testamentos vitales”– se incorporan al conjunto de derechos del ámbito de la participación de los pacientes al permitir establecer quién se subrogará esta responsabilidad en caso de incompetencia del titular. Similar sentido adopta en la elección entre centros donde recibir asistencia sanitaria, para lo que es conveniente que previamente el dispositivo asistencial haya puesto a disposición del público los datos sobre éstos que permitan que la decisión se adecue a sus preferencias, expectativas y valores. Igualmente cuando facilita datos biográficos para su registro en la historia clínica de manera que puedan ser consultados,

actualizando su valoración, durante el curso de su atención, lo que supone una redefinición parcial de los derechos de propiedad sobre esos datos. E incluso cuando suscribe los formularios de consentimiento informado, haciendo saber que da por entendida la información que se le ha facilitado sobre la finalidad y la naturaleza de cada intervención que se le va a practicar, sus riesgos y sus consecuencias.

En otras ocasiones –y también en algunas de las ya citadas–, el paciente se convierte en receptor de información. Éste es el caso cuando solicita acceder a una segunda opinión sobre su proceso, una información sobre él procedente de otro profesional, de la que espera una confirmación o una perspectiva diferente. En España, su escaso desarrollo –legislado solamente en dos comunidades autónomas^{21,22}– presenta importantes pero positivas diferencias con las modalidades usuales en los programas de Managed Care, ya que no se refiere a intervenciones electivas, sino que se orienta hacia procedimientos con elevado componente de incertidumbre y con importantes consecuencias y afectación. El carácter de receptor se produce, sobre todo, cuando el paciente accede a aportes informativos de muy distintos tipo y manejo sobre las enfermedades de su interés. Se incluyen aquí las campañas de educación sanitaria, los programas de formación y capacitación de pacientes con determinadas afecciones, la información sanitaria puesta a disposición de los usuarios a través de prensa, radio, televisión o internet, los folletos y cuadernillos distribuidos por los servicios sanitarios o las mucho más inusuales “herramientas de ayuda a la decisión”, cuya práctica inexistencia en nuestro país merecerá un epígrafe específico. Pero de los diferentes aspectos del derecho a la información, el más básico es el necesario y difícilmente verificable mantenimiento al corriente de los cambios en el estado de salud del paciente, de los eventuales riesgos de las pruebas a las que se somete y la significación de sus resultados. De todo ello, la parte más visible está representada por los formularios de consentimiento informado. Pese a las posibles distorsiones de su empleo, reiteradamente denunciadas, el consentimiento informado es la piedra angular del reconocimiento formal del derecho a la información y su recíproco deber.

Herramientas para potenciar la efectividad del derecho a la participación informada de los pacientes: comparación de proveedores y “ayudas a la decisión”

Cuando tenemos que tomar decisiones sobre nuestros ahorros, los bancos nos proponen diferentes productos entre los que podemos escoger el que mejor se adapta a nuestras expectativas de rentabilidad, los plazos previstos para disponer de los beneficios y nuestra proclividad a asumir riesgos. Además, la información sobre el funcionamiento de los principales fondos de inversión de cada entidad bancaria está al alcance de cualquiera en publicaciones específicas e incluso en las “páginas salmón” de la prensa diaria. Sin embargo, en la mayoría de las consultas médicas no se ofrece una información comparable sobre las opciones disponibles ante un determinado problema de salud, y nada parece indicar que nuestro sistema sanitario prepare, diseñe o difunda instru-

mentos y estrategias para que los pacientes puedan elegir entre las instituciones sanitarias y las alternativas existentes aquellas que consideren más adecuadas para su caso.

Uno de los derechos relativos a la participación del paciente que goza de mayor tradición normativa es la –limitada– capacidad de elección de proveedor, al menos, de médico de cabecera. Tras varias décadas de reconocimiento, la existencia o disponibilidad de información normalizada sobre las alternativas existentes útil para guiar estas decisiones es, como poco, insuficiente. Algunas carteras de servicios de centros de salud y un *ranking* parcial de hospitales son pobres brújulas para elegir el facultativo al que confiar nuestro seguimiento longitudinal o el servicio hospitalario donde verosímilmente se logran mejores resultados en las dimensiones que más nos importan.

La distancia entre el SNS y otros servicios de salud occidentales es demasiado patente. Y no sólo respecto a aquellos en los que la competencia desempeña un importante papel, sino también cuando se realizan comparaciones con la información que facilitan otros sistemas de tradición Beveridge. Cotejar la futura publicación de nuestras listas de espera con los datos similares que ofrece el NHS británico (<http://www.performance.doh.gov.uk/waitingtimes/index.htm>) ilustra el déficit de nuestro desarrollo en las áreas de ciudadanía y *accountability*. Estas carencias se hacen aún más patentes cuando comparamos la actuación del Ministerio de Sanidad y Consumo, proclamado garante de la calidad y la cohesión de nuestro SNS, con la del Estado de Nueva York a través del Cardiac Surgery Reporting System (CSRS), el ejemplo más clásico y evaluado de entre los programas de información asistencial conocidos como *report cards*²³. En la práctica, la única comparación de proveedores que llega al público general es una iniciativa comercial, el Top 20 de IA-SIST, elaborado a partir de información básica facilitada por 138 centros.

Si ésta es, a grandes rasgos, la situación de las herramientas para comparar proveedores, la referida al instrumental para elegir entre alternativas diagnósticas o terapéuticas no es más halagüeña, aunque durante la última década ha aumentado considerablemente el arsenal de métodos para llevar a cabo una toma de decisiones compartidas. En este sentido destacan las herramientas conocidas como “Ayudas para la decisión” (*Patients decision aids*), cuyo objetivo es facilitar la comprensión por los pacientes de los resultados que puede tener la elección entre diferentes opciones, permitiéndoles incorporar sus particulares valores en la ponderación de los potenciales riesgos y beneficios. De este modo están mejor capacitados para adoptar, en colaboración con sus médicos, las decisiones sobre su salud más acordes con sus preferencias personales.

Las “Ayudas para la decisión” se han definido como intervenciones diseñadas para ayudar a las personas a hacer elecciones específicas y deliberadas entre opciones sanitarias facilitándoles información sobre las alternativas y resultados relevantes para su estado de salud. Estas ayudas pueden incluir también: información sobre la enfermedad considerada, repercusiones de las diferentes opciones, probabilidad de resultados adaptada a los factores de riesgo personales, ejerci-

cios de explicitación de valores, información sobre las opiniones de otros afectados, recomendaciones personalizadas basadas en sus características clínicas y las preferencias expresadas²⁴.

Las más recientes revisiones de la bibliografía sobre este instrumental concluyen que, en comparación con el modo usual de tratamiento, su empleo aumenta el conocimiento de los procesos, conforma unas expectativas más realistas y reduce el conflicto con el curso de la enfermedad, aunque no se aprecian cambios significativos en la satisfacción alcanzada. Diferentes trabajos²⁵⁻²⁸ han demostrado su eficacia, disponiéndose ya de varias revisiones sistemáticas²⁹⁻³¹ que valoran sus resultados, centrándose en las experiencias aplicadas a elecciones reales, ya que excluyen las de carácter hipotético. Su vocación de instrumentos personalizados permite su adaptación a características personales relevantes en cuanto a los resultados esperables o las estrategias de actuación consideradas más adecuadas^{32,33}.

Se dispone ya de un importante número de estas ayudas, cuya cantidad y calidad aumenta rápidamente, empezando a generalizarse su uso en enfermedades relacionadas con cirugía electiva, afección dorsal o tumores de mama y próstata, especialmente en países como Reino Unido, Canadá, Estados Unidos u Holanda. La experiencia existente muestra que el uso de las ayudas a la decisión se traduce en un menor recurso a las intervenciones sanitarias por parte de los pacientes que las emplean, lo que contribuye a explicar que su presencia sea mayor en dispositivos asistenciales que no incentivan directamente la actividad, como las HMO o el NHS británico³⁴. Con todo, lo relevante no es si la extensión de las ayudas a la decisión supone mayor o menor intensidad de cirugías o exploraciones diagnósticas. Lo esencial es la amplia diferencia existente entre lo que los profesionales consideran mejor para sus pacientes y lo que éstos deciden cuando reciben información adecuada y pueden expresar sus preferencias, reconfigurando la clásica relación de agencia.

De las revisiones citadas se desprende que ninguna de esas herramientas de “Ayuda a la decisión” para los pacientes ha sido desarrollada ni, al parecer, aplicada en nuestro país. Reconocer que no hay un único curso de acción inequívocamente deseable ni aplicable al conjunto de los pacientes es un paso previo para incorporar sus preferencias y utilidades. Disponer de instrumentos fácilmente adaptables a nuestra realidad es hoy sencillo gracias a esfuerzos como el del Ottawa Health Research Institute (<http://www.ohri.ca/DecisionAid/>).

Conclusiones

En la última década se ha producido un importante avance formal en el reconocimiento de los derechos de los pacientes a la información y la incorporación activa a la toma de decisiones sobre su salud, aunque no se dispone de evaluaciones sobre la efectividad de estas actuaciones normativas. Con todo, persisten varias áreas que requieren importantes esfuerzos de profundización y mejora, en particular todas

las relacionadas con la información sobre la ejecutoria (*performance*) previa de los diferentes centros y servicios sanitarios, y con el desarrollo de estrategias que hagan verosímil una progresiva aproximación de las decisiones clínicas a las particulares preferencias de cada individuo.

En una sociedad democrática que respeta la autonomía de sus ciudadanos, el dispositivo sanitario debe facilitar la participación de los pacientes en las decisiones que afectan a su salud. No es arriesgado prever que esto ha de tener una influencia positiva en la adecuación de los resultados asistenciales.

Bibliografía

- Arrow K. Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care. *Am Econ Rev.* 1963;53:941-73.
- Deyo RA. A key medical decision maker: the patient. *BMJ.* 2001;323:466-7.
- Guadagnoli E, Ward P. Patient participation in decision-making. *Soc Sci Med.* 1998;47:329-39.
- Richards MA, Ramírez AJ, Degner LF, et al. Offering choice of treatment to patients with cancers. *Eur J Cancer.* 1995;31:112-6.
- Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract.* 1994;11:67-74
- Rothenbacher D, Lutz MP, Porzolt F. Treatment decisions in palliative cancer care: patients' preferences for involvement and doctors' knowledge about it. *Eur J Cancer.* 1997;33:1184-9.
- Degner LF, Kristjanson LJ, Bowman D, Sloan JA, Carriere KC, O'Neil J, et al. Information needs and decisional preferences in women with breast cancer. *JAMA.* 1997;277:1485-92.
- Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care.* 2001;10 Suppl:i39-i43.
- Kassirer J. Incorporating patients' preferences into medical decisions. *N Engl J Med.* 1994;330:1895-6.
- Bruera E, Willey JS, Palmer JL, Rosales M. Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions. *Cancer.* 2002;94:2076-80.
- Jovell A, Roig F. The future patient. Literature review: Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: http://www.fbjoseplaporte.org/cast/formacio/future_patient_spain.pdf
- Kilmarnock A. Spain. Poll and analysis. En: *Impatient for Change. European attitudes to healthcare reform.* London: The Stockholm Network; 2004.
- Ley 21/2000, de 29 de diciembre, sobre los derechos de información concernientes a la salud y la autonomía del paciente, y la documentación clínica (Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña, número 3.303, de 11-1-2001).
- 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 (Boletín Oficial de Navarra, número 58, de 13-5-2002).
- Ley Foral 29/2003, de 4 de abril, por la que se modifica parcialmente la 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 (Boletín Oficial de Navarra, número 45, de 11-4-2003).
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (Boletín Oficial del Estado, número 274, de 15-11-2002).
- García Ortega C, Cozar Murillo V, Almenara Barrios J. La Autonomía del Paciente y los Derechos en Materia de Información y Documentación Clínica en el contexto de la Ley 41/2002. *Rev Esp Salud Publica.* 2004;78:469-79.
- Ley 5/2003 de 9 de octubre de Declaración Vital Anticipada de Andalucía (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 210, de 31-10-2003).
- Ley 3/2001 de 28 de mayo, Reguladora del Consentimiento Informado y de la Historia Clínica de los Pacientes (Diario Oficial de Galicia, número 111, de 8-6-2001).
- Artículo 6.º. Constitución Política de la Monarquía Española Promulgada en Cádiz a 19 de marzo de 1812. Cádiz: Imprenta Real; 1812.
- Decreto 127/2003 de 13 de mayo por el que se establece el ejercicio del derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Andalucía (Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, número 102, de 30-5-2003).
- Decreto 16/2004 de 26 de febrero por el que se regula el derecho a la segunda opinión médica en el ámbito del Sistema Sanitario Público de Extremadura (Diario Oficial de Extremadura, número 26, de 4-3-2004).
- Marshall MN, Shekelle PG, Brook RH, Leatherman S. *Dying to Know: Public Release of Information About Quality of Health Care.* London: Nuffield Trust; 2000.
- Edwards A, Elwyn G. *Evidence-based Patient Choice.* New York: Oxford University Press; 2001.
- Edwards A, Elwyn G, Hood K, Atwell C, Robling M, Houston H, et al. Patient-based outcome results from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice. *Fam Pract.* 2004;4:347-54.
- Kennedy AD, Sculpher MJ, Coulter A, Dwyer N, Rees M, Abrams KR, et al. Effects of decision aids for menorrhagia on treatment choices, health outcomes, and costs: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2002;288:2701-8.
- Whelan T, O'Brien MA, Villasis-Keever M, Robinson P, Skye A, Gafni A, et al. Impact of cancer-related decision aids. *Evid Rep Technol Assess (Summ).* 2002;46:1-4. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/bv.fcgi?rid=hstat1.chapter.66534>
- O'Connor AM, Fiset V, DeGrasse C, Graham I, Evans W, Stacey D, et al. Decision aids for patients considering health care options: Evidence of efficacy and policy implications. *J Natl Cancer Inst.* 1999;25:67-80.
- Bekker H, Thornton JG, Airey CM, Connelly JB, Hewison J, Robinson MB, et al. Informed decision making: as annotated bibliography and systematic review. *Health Technol Assess.* 1999;3:1-156.

30. Estabrooks C, Goel V, Thiel E, Pinfold P, Sawka C, Williams I. Decision aids: are they worth it? A systematic review. *J Health Serv Res Policy*. 2001;6:170-82.
31. O'Connor AM, Stacey D, Entwistle V, Llewellyn-Thomas H, Rovner D, Holmes-Rovner M, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2).
32. Rovner DR, Wills CE, Bonham V, Williams G, Lillie J, Kelly-Blake K, et al. Decision aids for benign prostatic hyperplasia: applicability across race and education. *Med Decis Making*. 2004;24:359-66.
33. Rothert ML, O'Connor AM. Health decisions and decision support for women. *Annu Rev Nurs Res*. 2001;19:207-324.
34. Blumenthal D. Perspective: Decisions, Decisions: Why The Quality Of Medical Decisions Matters. *Health Aff (Millwood)*. 2004; web exclusive. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/hlthaff.var.124v1>