

Desde las variaciones en la práctica médica a la toma de decisiones compartida y la atención centrada en el paciente

S. Peiró

Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud. Valencia.

VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA: DEFINICIÓN E IMPORTANCIA

Las variaciones en la práctica médica (VPM) se han definido como las variaciones sistemáticas en las tasas estandarizadas de un procedimiento médico o quirúrgico a un determinado nivel de agregación de la población^{1,2}. Generalmente, los estudios de VPM utilizan diseños ecológicos y su principal herramienta metodológica es el análisis de áreas pequeñas; intentan relacionar el número de residentes en cada área geográfica que ha recibido un determinado servicio sanitario (por ejemplo, una prueba diagnóstica, una derivación, un tratamiento, una intervención quirúrgica, etc.) en un período de tiempo definido, con la población total de tales áreas en el mismo período. Las tasas –incidencia acumulada– obtenidas, generalmente estandarizadas por edad y sexo, se utilizan para valorar si la variabilidad entre áreas implica una diferente utilización de los servicios estudiados, así como la magnitud y relevancia de estas diferencias. Por ejemplo, un estudio en las 8 áreas de salud de Alicante mostró que las tasas estandarizadas de intervenciones de cataratas, en 1994-95, oscilaban entre 21 y 162 intervenciones/año por cada 1.000 habitantes mayores de 50 años. Para el conjunto de la provincia, la extrapolación de estas tasas supondría que a los 85 años, el 4,4% de la población habrá sido sometida a este procedimiento, pero con variaciones desde un 15,9% (hombres) y 5,0 (mujeres) de ojos intervenidos en el área con mayores tasas, a sólo un 1,5% (hombres) y 0,9% (mujeres), en el área con las tasas más bajas. En este estudio, las tasas más elevadas se asociaban con la mayor disponibilidad de recursos oftalmológicos, pero, paradójicamente, las áreas con tasas de intervenciones más elevadas tenían más, y no menos, pacientes en lista de espera para la intervención³.

El concepto de VPM incluye también otros aspectos de la variabilidad en la utilización de servicios sanitarios, que no son poblacionales sino de base individual. Estos estudios también analizan si existe variabilidad en el uso de servicios, pero en pacientes en situaciones clínicas similares (no en áreas geográficas). A diferencia de los anteriores, se desarrollan sobre una base individual (no poblacional) y las herramientas metodológicas esenciales son las utilizadas para el ajuste de riesgos (y no el análisis de áreas pequeñas). El objetivo suele ser evaluar la efectividad o la eficiencia de tecnologías o de proveedores de servicios sanitarios (centros o profesionales), o buscar determinantes de variabilidad en función de características de los pacientes (como sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico), del médico (especialidad, edad, sexo, formación, experiencia, sistema de pago), del hospital (público o privado, rural o urbano, universitario o no, docencia, tamaño, *terciarismo*) o del sistema sanitario (financiación, organización, cobertura u otras)⁴. Aunque ambos tipos de estudios de “variaciones”, que simplificando podemos llamar poblacionales e individuales, tienen relaciones entre sí, y ambos muestran que los médicos actúan de forma diferente ante situaciones similares –quebrando la creencia tradicional de que los profesionales sanitarios aplican de manera uniforme un tratamiento inequívocamente adecuado ante cada problema de salud–, las implicaciones para la política sanitaria y la práctica clínica, así como los abordajes posibles de estos dos tipos de VPM, son sustancialmente diferentes.

En los años setenta e inicio de los ochenta, Wennberg et al, publicaron una serie de trabajos que describían la extensión e importancia de las VPM, en los que demostraron que eran un fenómeno generalizado para numerosos procedimientos entre áreas vecinas y, también, entre países⁵⁻⁷. En la actualidad existen cientos de trabajos que han confirmado la ubicuidad, extensión e importancia del fenómeno de las VPM. De hecho, al permitir visualizar con claridad importantes problemas de efectividad clínica y eficiencia social en las actuaciones médicas, las VPM se han convertido en una notoria fuente de preocupación para la

Correspondencia:
Salvador Peiró.
San Vicente 112, 46008 Valencia
Tel. 609153318
Correo electrónico: iiss@iiss.es; Web: www.iiss.es

comunidad sanitaria y la sociedad en general. En España se han realizado diversos estudios –especialmente en cirugía electiva– que muestran importantes variaciones geográficas en la utilización de recursos y se han publicado algunos trabajos de revisión^{1,2,8}. En Atención Primaria, han sido más frecuentes los trabajos de base individual que los poblacionales, aunque algunos estudios de hospitalizaciones evitables y de variaciones en la prescripción, se encuadrarían bien entre los estudios de VPM clásicos.

LA INCERTIDUMBRE COMO HIPÓTESIS

A partir del análisis de variabilidad según intervenciones, los estilos de práctica y la relación entre oferta y utilización, Wennberg et al construyeron un marco conceptual para explicar el fenómeno de las VPM, cuya pieza central es conocida como la hipótesis de la incertidumbre^{9,10}. Este marco conceptual para las VPM reconoce –por el lado de la demanda– la importancia de la morbilidad, estructura demográfica, características socioeconómicas y otras características de la población, que determinarían la variabilidad en la decisión de los pacientes de buscar tratamiento en presencia de sintomatologías similares. Por el lado de la oferta, recoge la importancia de los factores de estructura, organización y –sobre todo– capacidad instalada o volumen de la oferta. Entre estas características cabe citar el tipo de sistema sanitario, recursos por habitante, sistema de pago e incentivos a médicos u hospitales, la especialización, docencia, tamaño y tipo de centro, la forma de incorporar nuevas tecnologías, etc. Pero, sobre todo, este marco se centra en las diferentes opiniones de los médicos sobre los méritos relativos de las diversas opciones de tratamiento o diagnóstico para una misma condición. Estas diferencias son atribuidas a la presencia de *incertidumbre* (cuando no existe evidencia científica sobre la efectividad de las alternativas de tratamiento o diagnóstico en una situación concreta) o de *ignorancia* (cuando existe evidencia científica sobre el valor de las pruebas o tratamientos, pero el médico la desconoce o, aun conociéndola, emplea otras pautas)¹¹.

Las propuestas básicas de la hipótesis de la incertidumbre pueden resumirse en:

1. Las diferencias en morbilidad y otras variables de la población no explican sustancialmente las VPM entre áreas vecinas con estructuras de población similar.

2. La variabilidad es mínima cuando existe acuerdo entre los clínicos sobre el valor de un procedimiento.
3. Sólo en presencia de incertidumbre (o por ignorancia) los clínicos desarrollan estilos de práctica diferentes, que serían la principal fuente de VPM, tratamientos inadecuados y gasto sanitario innecesario^{1,2}.

Según esta hipótesis, las VPM serían un marcador de demanda inducida por los propios médicos y de sobreutilización poblacional de servicios sanitarios o, cuando existen evidencias científicas del valor de los procedimientos, de problemas de calidad asistencial.

ESTRATEGIAS FRENTE A LAS VARIACIONES EN LA PRÁCTICA MÉDICA

Las VPM plantean una serie de preguntas del tipo: la accesibilidad de una persona a un procedimiento diagnóstico o un tratamiento adecuado (con beneficios que superan los riesgos) ¿es distinta según el lugar donde vive? La probabilidad de un individuo de sufrir un procedimiento inadecuado (con mayores riesgos que beneficios) y tener un resultado adverso debido al mismo, ¿es diferente según el servicio al que acuda? ¿Qué costes de oportunidad tienen para la sociedad los recursos que son utilizados de forma innecesaria? ¿Cuál es el valor marginal –y el coste de oportunidad– de los recursos extra destinados a doblar la tasa de pruebas diagnósticas o derivaciones respecto del área vecina? Y, resumiendo las preguntas anteriores: ¿cuál es la tasa adecuada de cada servicio sanitario?¹².

La respuesta a esta pregunta desde la hipótesis de la incertidumbre presume que el conocimiento sobre la efectividad de las diferentes intervenciones médicas contribuiría a homogeneizar en alguna medida los estilos de práctica en torno a las decisiones más adecuadas, al tiempo que reduciría la variabilidad en la utilización de servicios y el gasto sanitario innecesario. Sin embargo, dado que la medicina se ejerce generalmente en condiciones de –mayor o menor– incertidumbre y dadas las evidencias acumuladas de que “más no es mejor”, una estrategia complementaria es intentar influir en la toma de decisiones clínicas, modificándola hacia estilos de práctica menos agresivos, sobre todo en presencia de incertidumbre o en las áreas de elevada utilización de recursos. Estas dos opciones básicas (asumir la presencia de incertidumbre y actuar sobre los estilos de práctica, o intentar reducir la incertidumbre asumiendo que el conocimiento modificará los estilos de práctica) constituyen los ejes del conjunto de estrategias de política y de gestión clínica y sanitaria desarrolladas en los últimos veinte años para enfrentar el problema de las VPM (tabla 1).

Así, los diversos agentes sanitarios han desarrollado diferentes formas –no necesariamente contradictorias, pero tampoco necesariamente complementarias– de enfrentar el problema de la incertidumbre¹³. La política sanitaria se ha centrado en el control del volumen de recursos y de la utilización de servicios, incluyendo el refuerzo de la función de filtro de la Atención Primaria. La gestión sanitaria ha desarrollado sistemas de revisión de la adecuación, segunda opinión, análisis comparativos de centros, de protocolización de cuidados o procesos completos (trayectorias clínicas) y de reducción de los costes unitarios mediante el pago por proceso. Todas estas estrategias asumen la presencia de incertidumbre e intentan desplazar los estilos de práctica hacia la reducción de la utilización de servicios, la reducción del coste por servicio y, en algunos casos, hacia la mejora de la calidad asistencial. Sus principales limitaciones pasan por las dificultades para estimar la oferta de servicios basándose en la “necesidad” (tabla 2) a partir de marcos normativos o empíricos, para priorizar entre alternativas eficaces, o la afectación de la libertad clínica (que, en su mejor sentido, no sería un derecho de los médicos sino una garantía para los pacientes de que los clí-

Tabla 1. Estrategias de gestión sanitaria y clínica frente a las variaciones en la práctica médica

Nivel	Estrategias básicas	Políticas de gestión clínica y sanitaria
Política sanitaria	Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando reducir la utilización Intentando contribuir a la reducción de la incertidumbre	Control de la oferta Sistemas de pago capitativos <i>Gatekeeping</i> Apoyo a la investigación clínica y las estrategias “Medicina basada en la evidencia” Evaluación de la efectividad y costo-efectividad de las tecnologías médicas previa a su incorporación a la cartera de servicios de los sistemas de salud: <i>Outcomes Research</i> , agencias de evaluación de tecnologías, organismos tipo <i>National Institute of Clinical Effectiveness</i> .
Gestión sanitaria	Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando reducir la utilización o la variabilidad	Pago prospectivo por proceso (control del coste unitario, pero no de la cantidad de servicios) Perfiles de comparación de proveedores en utilización, costes y resultados (<i>profiling, benchmarking</i>) Revisión de la utilización (<i>utilization review</i>) Incorporación de técnicas de garantía/mejora de calidad y de reducción de la variabilidad: gestión de procesos, guías de práctica, trayectorias clínicas (<i>clinical pathways</i>) Gestión de enfermedades (<i>disease management</i>)
Gestión y práctica clínica	Intentando reducir la ignorancia Intentando reducir la incertidumbre Asumiendo la presencia de incertidumbre e intentando incorporar las preferencias de los pacientes	Síntesis y difusión a los clínicos de la “mejor evidencia” de forma eficaz, comprensible y rápida: Colaboración Cochrane, revistas de resúmenes comentados, etc. <i>Audit y feed-back</i> sobre los propios resultados Guías y trayectorias basadas en la evidencia Investigación clínica y <i>outcomes research</i> Conferencias de consenso Elección de los pacientes basada en la evidencia (<i>evidence based patient choice</i>) y ayudas a la toma de decisiones de los pacientes (<i>decision aids</i>) Toma de decisiones compartidas (<i>shared decision making</i>)

Fuente: Adaptada de Peiró S¹⁴.

nicos actuarán en su favor antes que en función de los intereses de sus empleadores)¹⁴.

Por su parte, las aproximaciones para enfrentar el problema de la incertidumbre desde la propia medicina han cristalizado en el movimiento “Medicina basada en la evidencia” (MBE) que, en su mejor expresión, es una estrategia de búsqueda, análisis y difusión del “mejor” conocimiento clínico para reducir la incertidumbre y la ignorancia en la toma de decisiones clínicas. Probablemente el mejor ejemplo de esta estrategia sea el esfuerzo de la Colaboración Cochrane por poner a disposición de los clínicos el mapa del conocimiento médico basado en ensayos clínicos. También esta estrategia tiene importantes limitaciones¹⁵, que van desde la ausencia de evidencias para buena parte de las actuaciones médicas (especialmente en Atención Primaria), las propias limitaciones de la evidencia científica –obtenida para grupos de pacientes en ensayos clínicos que usualmente no remedan las condiciones de práctica– para su aplicación a pacientes concretos, la susceptibilidad de la “evidencia” a la manipulación (especialmente por parte de la industria farmacéutica), o su escasa orientación hacia las preferencias de los pacientes (tabla 2).

LA INCORPORACIÓN DE LOS PACIENTES A LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICAS

Una estrategia emergente frente a las VPM es la reducción de asimetrías (de información y capacidad de deci-

sión) entre médico y paciente¹⁶⁻¹⁸. Las estrategias “con el paciente” parten de la imposibilidad de eliminar la incertidumbre en la toma de decisiones médicas y toman en cuenta que las personas tienen distintas percepciones de la enfermedad y del impacto sobre su vida de los posibles tratamientos, por lo que en la misma situación pueden elegir alternativas de tratamiento sustancialmente diferentes (y, desde luego, muy distintas de las que elegirían sus médicos)¹⁹⁻²². Las estrategias “con el paciente” consideran que el paciente “bien informado” es un “experto” en cómo le afecta su enfermedad y tratamientos, y creen –existen algunos estudios que parecen confirmarlo²³⁻²⁷– que la cooperación entre pacientes y médicos puede conseguir mejores resultados clínicos para los primeros. Estas estrategias, en resumen, consideran legítima la variabilidad en la utilización de servicios sanitarios que depende de las preferencias y decisiones de los pacientes bien informados, no sin cierta esperanza de que esto lleve a una reducción en la utilización de servicios sanitarios.

Las estrategias “con el paciente” requieren que la información circule en dos direcciones: desde los profesionales y el sistema sanitario hacia los pacientes, y desde éstos hacia los profesionales y el sistema sanitario, y se diferencia estratégicamente de las políticas de “consumerismo” en tanto no se busca la “defensa del consumidor” frente a los profesionales, sino la cooperación entre médicos y pacientes para conseguir lo mejor para estos últimos. Estas estrategias adoptan tres formas básicas:

Tabla 2. Limitaciones de las estrategias de reducción de las variaciones en la práctica médica

Política sanitaria	<p>Dificultades para estimar la oferta de servicios “necesaria” basándose en la necesidad</p> <p>Sensibilidad de los “decisiones políticos” a los grupos de interés, a la creación de conflictos y a los intereses de grupo político</p> <p>Dificultades para limitar racionalmente la oferta</p> <p>Dificultades para priorizar entre tratamientos eficaces y para priorizar desde perspectivas sociales</p> <p>Sensibilidad de los profesionales a los incentivos y presiones económicas. Conflictos de lealtad ante el financiador y el paciente. Pérdida de confianza de los pacientes</p>
Gestión sanitaria	<p>Limitaciones de la información disponible para guiar las políticas de servicios</p> <p>Ambigüedad inferencial de la evidencia para la clínica y la política sanitaria</p> <p>Resistencia al cambio</p>
Gestión y práctica clínica	<p>Afectación de la libertad clínica</p> <p>Escasa orientación hacia las utilidades del paciente</p> <p>Susceptibilidad a la manipulación: ¿medicina basada en los intereses de la industria farmacéutica u otros con recursos para financiar los ensayos clínicos y producir la evidencia necesaria?</p> <p>Limitaciones de la información clínica disponible: ausencia, insuficiencia, no concluyente, inconsistente</p> <p>Dificultades para trasladar los resultados de los ensayos clínicos (grupales) a pacientes individuales</p> <p>Necesidad de desarrollar nuevas habilidades clínicas</p> <p>Aparición de nuevos expertos y cambios de “poder” en las profesiones médicas</p>

Fuente: Adaptada de Peiró S¹⁴.

1. Elecciones de los pacientes basadas en la evidencia (*evidence-based patient choice*), cuyo objetivo es ofrecer a los pacientes información veraz y comprensible para ayudar en la toma de decisiones que más importan²⁸.

2. Toma de decisiones compartida (*shared decision making*), que busca la cooperación de médicos y pacientes para conseguir una toma de decisiones conjunta²⁹⁻³¹.

3. Atención centrada en los pacientes (*patient centered health care*), una fórmula más cercana a la política sanitaria, que busca centrar la asistencia en los motivos básicos de las visitas, las preocupaciones de los pacientes y sus necesidades de información, y que incluye una visión global de las interacciones con los pacientes, la toma de decisiones compartida y la continuidad de la relación entre médico y paciente³².

El concepto de atención centrada en los pacientes se hace más visible en sus formulaciones negativas: atención no centrada en la tecnología, en los profesionales, en el hospital, en las necesidades del sistema ni en la enfermedad.

Estos discursos son más complementarios que competitivos porque las estrategias “con el paciente” requieren³³⁻³⁵:

1. Crear entornos adecuados para el desarrollo de la relación médico-paciente, incluyendo un tiempo de consulta suficiente.

2. Facilitar a los pacientes la mejor información –y en la forma adecuada– para tomar, conjuntamente con sus médicos y de acuerdo con sus preferencias, las decisiones fundamentales sobre el manejo de su enfermedad. Esta mejor información debe recoger opciones de tratamiento, resultados y posibles efectos adversos de una forma comprensible, no sesgada y –en lo posible– basada en la evidencia científica.

3. Formar a los médicos para posibilitar el desarrollo de estrategias de decisión compartida.

En resumen, disponemos de un conjunto de estrategias –complementarias en los diferentes niveles de gestión– para reducir la variabilidad, intentar mejorar la calidad de la

atención y hacerla más sensible a las necesidades y preferencias de los pacientes. Posiblemente, las claves para el desarrollo de estas políticas sean los sistemas de información poblacionales y el análisis de las VPM, el control de la oferta en volumen y en tipo de servicios, la orientación al paciente de los servicios y su incorporación a la toma de decisiones, y las estrategias de mejora de calidad y de las bases científicas de la atención médica. Posiblemente también, cada una de estas estrategias aisladamente no tenga el impacto de su aplicación conjunta, esto es, de una política sanitaria dirigida a reducir la variabilidad *no deseada* en la práctica médica.

AGRADECIMIENTOS Y ADVERTENCIAS

Buena parte de este artículo se basa en trabajos previos del autor que se recogen en la bibliografía (en especial, las referencias 1, 3, 4, 8 y, sobre todo, 14). Muchas de estos trabajos se realizaron en colaboración con otros autores, sobre todo con Ricard Meneu. Conflicto de intereses: ninguno en relación con este manuscrito.

Bibliografía

1. Marión J, Peiró S, Márquez S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas, implicaciones. *Med Clin (Barc)* 1998; 110:382-90.
2. Meneu R. Variabilidad de las decisiones médicas y su repercusión sobre las poblaciones. Barcelona: Masson, 2002.
3. Marqués Espí JA, Peiró S, Medrano Heredia J. Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en la provincia de Alicante. Valencia: Escuela Valenciana de Estudios para la Salud, 2003.
4. Peiró S, Meneu R. Variaciones en la práctica médica: implicaciones para la práctica clínica y la política sanitaria. *Gac Sanit* 1998;11: 55-8.
5. Wennberg JE, Gittelsohn A. Small area variations in health care delivery. A population-based health information system can guide planning and regulatory decision-making. *Science* 1973;18: 1102-8.

6. Wennberg JE, Gittelsohn AM. Variations in medical care among small areas. *Sci Am* 1982;264:100-1.
7. McPherson K, Wennberg JE, Hovind OE, Clifford P. Smallarea variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *N Eng J Med* 1982;307:1.310-4.
8. Peiró S, Meneu R, Marqués JA, Librero J, Ordiñana R. La variabilidad en la práctica médica: relevancia, estrategias de abordaje y política sanitaria. *Papeles de Economía Española* 1998;76:165-75.
9. Wennberg JE, Barnes BA, Zubkoff M. Professional uncertainty and the problem of supplier-induced demand. *Soc Sci Med* 1982;16:811-24.
10. Eddy DM. Variations in physician practice. The role of uncertainty. *Health Aff* 1984;3:74-89.
11. McPherson K. The best and the enemy of the good: randomised controlled trials, uncertainty, and assessing the role of patient choice in medical decision making. *J Epidemiol Community Health* 1994;48:6-15.
12. Wennberg JE. Which rate is right? *N Eng J Med* 1986;314:310-1.
13. Meneu R, Ortún V, Peiró S. Medicina basada en la evidencia: posibilidades y limitaciones para la compra de servicios. En: López Casasnovas G, dir. *La contratación de servicios sanitarios*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1998:185-207.
14. Peiró S. Variaciones en la práctica médica y resultados de salud: informando las elecciones clínicas y de política sanitaria. En: *Variaciones en la práctica médica, investigación en resultados y toma de decisiones compartidas*. Barcelona: Novartis, 2003 (en prensa).
15. Peiró S. Limitaciones y autolimitaciones de la medicina basada en la evidencia para la práctica clínica y la atención sanitaria. *Med Clin (Barc)* 2002;118(Suppl 3):49-56.
16. Kasper JF, Mulley AG, Wennberg JE. Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. *Qual Rev Bull* 1992;18:183-90.
17. Kassirer J. Incorporating Patient Preferences into Medical Decisions. *N Engl J Med* 1994;330:1.895-6.
18. Coulter A. Paternalism or partnership? *BMJ* 1999;319:719-20.
19. Coulter A, Peto V, Doll H. Patients' preferences and general practitioners' decisions in the treatment of menstrual disorders. *Fam Pract* 1994;11:67-74.
20. Flood AB, Wennberg JE, Nease RF, Fowler FJ, Ding J, Hynes LM. The importance of patient preference in the decision to screen for prostate cancer. Prostate Patient Outcomes Research Team. *J Gen Intern Med* 1996;11:342-9.
21. Montgomery AA, Fahey T. How do patients' treatment preferences compare with those of clinicians? *Qual Health Care* 2001;10(Suppl 1):i39-43.
22. Protheroe J, Fahey T, Montgomery AA. The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient-based decision analysis. *BMJ* 2000;320:1380-4.
23. Kinmonth AL, Woodcock A, Griffin S, Spiegel N, Campbell MJ. Randomised controlled trial of patient centred care of diabetes in general practice: impact on current wellbeing and future disease risk. The Diabetes Care From Diagnosis Research Team. *BMJ* 1998;317:1.202-8.
24. Volk RJ, Cass AR, Spann SJ. A randomized controlled trial of shared decision making for prostate cancer screening. *Arch Fam Med* 1999;8:333-40.
25. Deber RB, Llewellyn-Thomas HA, Gladstone P, Cusimano RJ, O'Rourke K, Tomlinson G, et al. Randomized, controlled trial of an interactive videodisc decision aid for patients with ischemic heart disease. *J Gen Intern Med* 2000;15:685-93.
26. Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on benign prostatic hypertrophy in primary care. *BMJ* 2001;323:493-6.
27. Murray E, Davis H, Tai SS, Coulter A, Gray A, Haines A. Randomised controlled trial of an interactive multimedia decision aid on hormone replacement therapy in primary care. *BMJ* 2001;323:490-3.
28. Hope T. Evidence based patient choice. Londres: King's Fund Publishing, 1996.
29. Coulter A. Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision making. *J Health Ser Res Policy* 1997;2:112-21.
30. Charles C, Gafni A, Whelan T. Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (or, it takes at least two to tango). *Soc Sci Med* 1997;44:681-92.
31. Charles C, Gafni A, Whelan T. Decision making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision making model. *Soc Sci Med* 1999;49:651-61.
32. Moira S. Towards a global definition of patient centred care. The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ* 2001;322:444-5.
33. Elwyn GJ, Edwards A, Gwyn R. Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *BMJ* 1999;319:753-6.
34. Charles C, Gafni A, Whelan T. How to improve communication between doctors and patients. *BMJ* 2000;320:1220-1.
35. Edwards A, Elwyn G. Developing professional ability to involve patients in their care: pull or push? *Qual Saf Health Care* 2001;10:129-30.