

**Lo irracional es creer que somos racionales o
el sueño de la razón produce monstruos**

**Breves reflexiones (Breflex) sobre la toma de decisiones en
medicina desde la condición de médico y paciente**

Albert J Jovell

Fundación Josep Laporte

Universitat Autònoma de Barcelona

1.- Brefflex sobre la filosofía de lo racional

La belleza de la teoría económica ha insistido a lo largo de los años en afirmar que el ser humano es racional en la toma de decisiones y, en base a esa belleza, ha pontificado al libre mercado como instrumento de justicia social en la distribución de los recursos. A los representantes de ese pontificado se les conoce en filosofía moral como libertarios. Otro modelo de teoría económica ha reconocido la existencia de imperfecciones en los mercados atribuibles, entre otros factores, a las asimetrías en la distribución de la información y el conocimiento. El reconocimiento de dichas limitaciones ha permitido desarrollar una teoría de bienestar social que distribuye la felicidad, o los recursos que la promueven, de forma que éstos produzcan la mayor felicidad para el mayor número de personas. A los representantes de este pontificado se les conoce como utilitaristas.

Un modelo libertario de toma decisiones, en el cual todos los que deciden tienden a buscar el máximo provecho de sus decisiones, consagra a la ley de la oferta y la demanda como gran sacerdote garante de la racionalidad. En otras palabras, la búsqueda de la verdad para la libertarios se consigue mediante el razonamiento de múltiples seres humanos que producen y consumen información con la que nutrir sus procesos de toma de decisiones. Este modelo de racionalidad es el responsable de la actual crisis económica en los denominados países desarrollados y la consecuencia directa de que el sistema sanitario estadounidense tenga 47 millones de personas sin seguro sanitario aún gastándose un 17% del PIB en sanidad. Es un modelo de racionalidad que conduce a soluciones subóptimas.

El modelo de racionalidad basado en la maximización colectiva o utilitarista es el modelo en el que se basa la medicina basada en la evidencia científica, en primera instancia, y el análisis coste-beneficio, en segunda instancia, cuando se introducen los costes de las decisiones/acciones que se pretenden adoptar. En sanidad el análisis coste-beneficio se suele evitar dadas las dificultades morales asociadas a la

necesidad de tener que poner un valor económico a la vida humana. Este tipo de análisis se sustituye por el análisis coste-efectividad, que cuantifica como beneficio el coste de conseguir una mejora en una sola métrica, llámese ésta supervivencia o días de reducción en la estancia hospitalaria, o el análisis coste-utilidad, que adopta una doble métrica de resultados al añadir a la medida natural la valoración agregada y percibida que se hace de la misma. La medida más utilizada de utilidad es la de los años de vida ajustados por calidad (AVACs). El modelo racional utilitarista es el predominante en todos los países desarrollados en lo que respecta a la medicina basada en la evidencia científica y, en menor medida, en lo relacionado con el análisis científico-económico. Ambos modelos de toma de decisiones se visualizan de forma tangible en las decisiones del NHS británico, a través del denominado NICE (National Institute for Clinical Excellence). Este modelo de racionalidad utilitarista también es motivo de serias objeciones, ya que radica fundamentalmente en la aplicación del análisis coste-utilidad, aunque ellos lo llamen coste-efectividad, en la decisión de financiar con dinero público una prestación sanitaria.

Una tercera teoría de justicia social, denominada liberal-igualitaria o rawlsiana, se fundamentaría en el razonamiento filosófico de John Rawls, cuya teoría de justicia social fue planteada para el conjunto de los procesos de asignación de recursos colectivos pero no para la sanidad. Para John Rawls el decisor ideal tiene que cumplir tres criterios: 1) decidir desde lo que denomina la posición original, con el velo de la ignorancia, es decir, sin saber como a él o a su familia le puede afectar dicha decisión; 2) promover la igualdad de oportunidades, de forma que todo el mundo tenga la misma oportunidad en la obtención de los beneficios y perjuicios de la decisión y 3) corregir las desigualdades naturales o promover la discriminación positiva, de forma que aquellos que tengan una situación de handicap natural, ejemplo una discapacidad, se vean favorecidos en los procesos de igualdad de oportunidades. A este último concepto le llama el principio de diferencia. Algunos teóricos han avanzado en la aplicación a la sanidad de la teoría rawlsiana de justicia social, como Norman Daniels, lo que se ha traducido de forma operativa en la definición de necesidades básicas de salud. En cierta manera, Rawls

parte de la idea aristotélica de que a “a los iguales hay que tratarlos de forma igual y a los desiguales de forma desigual”. El problema de la teoría de decisiones rawlsiana radica en que nadie se puede situar en una ideal posición original detrás del denominado velo de la ignorancia, ya que en realidad todos estamos implicados en mayor o menor manera en los resultados de nuestras decisiones.

Finalmente, a las clásicas teorías de justicia social habría que añadir el corpus de teorías de tipo deontológico o kantianas que constituyen el fundamento moral de los códigos deontológicos de los colegios profesionales y de la formación en ética que se da en las facultades de medicina. Para Kant lo importante no son las consecuencias de las decisiones, como lo serían para los utilitaristas, sino los motivos que hay de detrás de las mismas y en las formas de actuar. De hecho el razonamiento deontológico tiene una base hipocrática y conduce la racionalidad de sus decisiones por una trayectoria que sigue cronológicamente los siguientes principios: 1) no hacer daño, 2) hacer el bien y 3) respeto a la decisión autónoma. El problema de este razonamiento se encuentra en aquellas situaciones donde conductas y consecuencias de las mismas no correlacionan de forma favorable para el paciente. Así, yo puedo fundamentar mis decisiones en la mejor de las intenciones y promover unas consecuencias indeseables para el paciente. Por otra parte, un segundo tipo de problemas están asociados a los conflictos entre la autonomía de los diferentes profesionales y pacientes implicados o en las diferentes interpretaciones en torno a lo que es hacer el bien y lo que es hacer el mal.

No quisiera pasar por alto un tipo de racionalidad moral dominante en el mundo, ya que afecta a más de un tercio de la población mundial, por la cual las élites estatales deciden que decisiones se han de tomar en función de que las consecuencias de las mismas beneficien al Estado. En este tipo de racionalidad, en la que el Estado se antepone al individuo, y en la que se conjugan un importante crecimiento económico con la inexistencia de una estructura de Estado social, es de tipo totalitario y, a diferencia de los otros fundamentos descritos de forma

breve en este apartado, carece de una visión moral sobre la dignidad humana y de la libertad individual.

Recapitulando estas Breflex, ante un caso de síndrome de Down (SD) los diferentes modelos de racionalidad moral podrían producir decisiones racionales diferentes, incluso opuestas. Ante un SD un libertario decidiría que corresponde a los padres asumir la decisión de someterse a un diagnóstico prenatal así como las consecuencias de su decisión. En cambio, un utilitarista puro, en la línea de Jeremy Bentham, realizaría un análisis coste-beneficio que le llevaría a recomendar a los padres un aborto, que denominarían como terapéutico, mientras un utilitarista en la línea de John Stuart Mill haría un análisis coste-efectividad y, posiblemente, recomendaría lo mismo suavizando el lenguaje: es coste-efectivo hacer el cribado y los años de vida ajustados por calidad (AVACs) son menores que en otra condición clínica. Nótese que un benthamiano pondría valor económico a la vida humana de un recién nacido con síndrome de Down comparado con otro que no tuviera esa condición, mientras que un millmiano compararía los AVACs de diferentes condiciones clínicas para informar la decisión. Añádase a ello que los utilitaristas aplicarían las estrategias de cribado prenatal de forma universal sin necesidad de preguntar a los padres. Sin embargo, un rawlsiano no consideraría el síndrome de Down una condición clínica sino una condición natural y, por lo tanto, la sociedad debería dedicar un esfuerzo adicional al cuidado de esas personas como parte de una estrategia de discriminación positiva. La decisión de someterse a un cribado para el diagnóstico prenatal tendría que tomarla la madre una vez ha sido adecuadamente informada de todos los posibles riesgos y beneficios de esa decisión, incluido lo que implica el cuidado de un niño con síndrome de Down. Por otra parte, la ética kantiana fundamenta su decisión en una consideración de los motivos y las conductas a seguir, lo cual sólo es garantía de pluralidad y diversidad en el proceso de decisión pero no de que la decisión sea acorde a los valores reales de la madre. De hecho, la objeción de conciencia se fundamenta en la moral kantiana. Finalmente, la ética totalitaria propondría el aborto selectivo y no prestaría ninguna atención a los recién nacidos con síndrome de Down.

***Primer CPP: ¿En que modelo ético de toma de
decisiones fundamentas tus decisiones racionales?***

2.- Brefflex sobre la irracionalidad de lo racional

La realidad cotidiana se empeña en avalar que la mayor parte de los individuos actuamos en nuestras decisiones personales y profesionales de forma irracional y sustentando nuestros razonamientos en creencias, prejuicios, expectativas y valoraciones inmediatas del momento presente. En otras palabras, el ser racional que evalúa expectativas, decisiones y acciones ponderando de una forma ordenada y siguiendo siempre un mismo proceso lógico de razonamiento no existe. Las recientes burbujas inmobiliaria y financiera han puesto de manifiesto la irracionalidad de los procesos de decisiones racionales tomados por múltiples agentes. En otras palabras, múltiples personas tomando decisiones racionales de forma individual, todas ellas orientadas a maximizar los beneficios y a disminuir las adversidades, producen una decisión colectiva irracional con consecuencias nefastas para la sociedad. Este modelo de irracionalidad basada en la racionalidad produce, en el mejor de los casos, decisiones subóptimas.

El proceso de toma de decisiones sanitarias también refleja, por un lado, la irracionalidad de algunas decisiones aparentemente racionales y, por el otro, la construcción razonada de argumentos sólidos en los que basar decisiones equivocadas. A lo largo de este escrito se hace referencia a algunas de estas decisiones pero uno de los ejemplos más claros de diversidad de razonamientos lo constituye la variabilidad en la práctica clínica. El cribado, diagnóstico y tratamiento del cáncer de próstata localizado constituye un ejemplo ilustrativo de esa variabilidad surgida de razonamientos diferentes en torno a una misma situación clínica. La multiplicidad posible de razonamientos permite desaconsejar conceptos políticamente establecidos, elevados a la categoría de ley, como el de uso racional del medicamento. En una sociedad democrática es un error postular el concepto de racional hacia una categoría absoluta, única y excluyente. En este

sentido el concepto de uso racional podría constituir un concepto totalitario que excluye por omisión o negación la posible existencia de razonamientos alternativos. Es por ello necesario obviar el término racional y reemplazarlo por el de razonado. Dicho de otra manera, una persona que elabora un proceso de decisiones de forma racional debería querer someter de forma egoísta su decisión a la prueba de los demás con el firme propósito de mejorarla y consolidarla. Este proceso de democracia deliberativa en el que las decisiones se argumentan y se presentan para que sean objeto de deliberación pública y razonada estaría representado por las sesiones científicas y las sesiones clínicas.

***Segunda CPP: ¿Soy capaz de razonar todas
las decisiones médicas que tomo?***

3.- Breve de cómo toman decisiones las Autoridades Sanitarias (AS)

A pesar de que el concepto de AS es muy diverso quizás resulte conveniente pensar cuál podría ser el razonamiento de las AS en sus procesos de toma de decisiones. La diversidad de agentes que encuadrarían dentro del concepto de AS permiten identificar potenciales conflictos latentes de valores en sus procesos de toma de decisiones. Así, por ejemplo en el proceso de introducción de una nueva tecnología sanitaria se puede producir un potencial conflicto de valores entre el médico, cuyo primer valor es el beneficio para el paciente; el gerente, cuyo primer valor es la eficiencia, y el gobierno autonómico, cuyo primer valor es la equidad. Nótese, en un modelo muy simplificado, que ante la decisión que se ha de tomar los diferentes decisores razonan de forma diferente. Así, el médico intenta responder a la cuestión de si el tratamiento es capaz de mejorar la calidad de vida del paciente, el gestor intenta responder a la cuestión de si la introducción de la misma es asumible dado un presupuesto limitado y el político intenta responder a la

cuestión de si esa innovación se va a poder ofrecer en unas teóricas igualdad de condiciones a todos los pacientes que lo necesitan.

Como he avanzado el modelo de conflicto de valores antes expuesto puede resultar aún más complejo. Entre los factores que incrementan la complejidad están el hecho de que el médico crea que ese tratamiento va a beneficiar al paciente en ausencia de estudios científicos de calidad que lo acrediten, que el gestor vea en la adopción de esa innovación un perjuicio en la adopción de otros tratamientos para otros pacientes y que el político se encuentre expuesto a la crítica de la opinión pública si su decisión es negativa. La mayor o menor certidumbre en torno a los potenciales beneficios de la tecnología innovadora, la propia definición de innovación que se utilice, lo que se deja de hacer al adoptar esa tecnología o coste de oportunidad de la misma y la visibilidad pública de la decisión son factores determinantes en la decisión que se va a tomar.

David Newman en su libro “The Hippocrates Shadow” revisa de forma extensa la literatura científica en relación a alguna de esas decisiones dónde se pueden identificar conflictos de valores. Un ejemplo de esas decisiones es el cribado del cáncer de mama con mamografía. Es ésta una práctica clínica adoptada de forma universal a partir de los 50 años en base a ensayos clínicos controlados y aleatorizados realizados en la población general. Curiosamente, cuando Goetzee publica en The Lancet una revisión de los ensayos de mayor calidad metodológica se demuestra que tal beneficio es marginal o inexistente. Más aún, cuando David Newman revisa la relación beneficio-riesgo del cribado mamográfico concluye que los riesgos superan los beneficios si se tiene en cuenta que la probabilidad de un diagnóstico falso positivo y sus consecuencias podría ser mayor que los teóricos beneficios. A ello podría añadirse el hecho de que el mayor conocimiento de las mujeres sobre sus potenciales riesgos permiten detectar el cáncer antes y que los avances diagnóstico-terapéuticos han contribuido a evidentes mejoras en la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes. A pesar de estas breves reflexiones el cribado de cáncer de mama es una práctica clínica adoptada de

forma indiscutible, a veces a partir de los 40 años, y cuyo cuestionamiento no dejaría indiferente ni a la comunidad profesional ni a la opinión pública. El conjunto de prácticas ampliamente adoptadas cuya base científica es cuestionable es amplia e incluye la resucitación cardiopulmonar (RCP).

Las dudas sobre la mamografía, el cribado de cáncer de próstata localizado, la ecografía en el embarazo que no es de riesgo o la RCP permiten visualizar, aparte de conflictos latentes de valores, diferentes modos de razonar. Así, a pesar de la escasa efectividad, resulta complejo de cuestionar que no se actúe de forma urgente ante una situación de muerte súbita. También resultaba absurdo pensar a mediados de los 90 que se podía prescindir de la ecografía en el embarazo, a pesar de que una revisión sistemática de la Colaboración Cochrane indicara que no producía mejoras en el número de recién nacidos muertos. Esta última aproximación estaba expuesta a un razonamiento totalmente diferente. Así, la ecografía en el embarazo no está indicada para diagnosticar casos clínicos sino que lo está para diagnosticar la ausencia de patología. La ausencia de patología constituye los indicadores de efectividad en los que se basa el razonamiento social de la ecografía, aparte de en obtener la primera prueba objetiva de la existencia de un feto. En otras palabras, a veces las pruebas diagnósticas parecen regirse por valores de especificidad y sensibilidad orientados hacia el diagnóstico de la normalidad más que de la condición clínica. En los casos en que la patología es muy poco prevalente y la orientación diagnóstica es hacia la normalidad los valores predictivos pueden ser muy relevantes.

Con el propósito de reconciliar los conflictos latentes de valores entre decisores se proponen dos modos de razonamiento complementarios: la medicina basada en la evidencia científica (MBE) y el análisis coste-efectividad (ACE). Las ventajas de la MBE han sido ponderadas por múltiples autores, incluido el autor de este escrito, por lo que es bueno enfatizar con cautela sus limitaciones. La primera de ellas es que no hay MBE para la mayoría de las decisiones que un médico se ve obligado a tomar. Y la ausencia de evidencia no debe interpretarse más que como eso, aunque

haya personas que atribuyan a las innovaciones efectos positivos o adversidades no evidenciadas. En este sentido la MBE también tiene un matiz ideológico que le sirve de andamio para construir sus razonamientos. En segundo lugar, la MBE procedente de ensayos clínicos excluye pacientes que son habituales por franja de edad, por la existencia de comorbilidades y otras circunstancias personales de los servicios de salud. ¿Cuántos ensayos han estudiado el tratamiento médico de un paciente hipertenso y diabético considerando la mortalidad vascular como resultado clínico de interés? Un tercer factor limitante de la MBE, entre los de mayor importancia, es la distancia existente entre practicar la medicina en condiciones experimentales y hacerlo en condiciones de presión asistencial. La medida de la efectividad, en comparación a la de eficacia realizada en ensayos clínicos, es esencial para una adecuada fundamentación científica de la práctica clínica habitual. Finalmente, el hecho de que la MBE se produzca muchas veces en instituciones cerradas, en lugar de aquellas que tratan a pacientes, promueve resistencias hacia su aceptación clínica. La medida de la efectividad y de la idoneidad son necesarias como han puesto en evidencia diferentes estudios o situaciones específicas. Entre los primeros destacaría el estudio de la oxigenoterapia domiciliaria en Catalunya que puso en evidencia como dos tercios de la misma era inadecuada bien porque no se debía haber indicado, el paciente estaba pocas horas conectado o el aparato tenía fallos técnicos. Entre las situaciones específicas destacaría el escándalo producido en el hospital de la VA de Filadelfia dónde, a pesar de haber conseguido una acreditación de calidad de la Joint Commission, en la unidad de braquiterapia uno de sus médicos había reiteradamente distribuido las semillas radioterápicas de forma inadecuada en 57 pacientes, irradiando más de la cuenta o muy poco, o haciéndolo fuera de lugar.

Capítulo aparte merecen las denominadas guías de práctica clínica (GPC), que pretenden ser síntesis del mejor conocimiento disponible en los que sustentar las decisiones médicas. El hecho de que muchas GPC queden anticuadas con prontitud, al ir detrás de los estudios científicos, y que las recomendaciones entre varias GPC sean contradictorias constituyen una de sus principales limitaciones. Esta limitación está ya implícitamente reconocida en el término “guía” aunque la

imposición de forma obligada o por la vía de incentivos de alguna GPC ponga en duda ese reconocimiento. Así, un estudio realizado por la Fundació Josep Laporte en el proyecto Protocure II puso en evidencia las diferencias existentes entre una GPC para el cáncer de mama realizada por la agencia de calidad holandesa CBO, dos protocolos derivados de esa GPC realizados en dos centros oncológicos y las historias clínicas de uno de esos centros. Las discrepancias indicaban que la GPC no incluía prácticas ya evidenciadas científicamente –como el uso del trastuzumab, el tratamiento con bifosfonatos o la indicación de la RM para el seguimiento de metástasis óseas--. Algunas de esas prácticas tampoco aparecían en los protocolos de los centros. Esta situación nos lleva a formular la siguiente pregunta: ¿Es necesario realizar GPC para patologías dónde el conocimiento avanza de forma muy rápida, la efectividad depende de las condiciones en las que se realiza el tratamiento o la entidad clínica es compleja?

La adopción del análisis coste-utilidad (ACU) en medicina presenta múltiples consideraciones que exceden a la finalidad de este escrito y que, en parte, han sido introducidas en las breves reflexiones que se han hecho sobre el utilitarismo. La utilización de una única métrica para comparar cosa tan dispares como la hemodiálisis y la cirugía del cáncer de pulmón es una de las primeras grandes críticas a este modelo de racionalización de las decisiones. Una segunda crítica estaría relacionada con lo excesivo del método en comparación a lo poco fiable que son las fuentes de datos. Así, la propia medida de la utilidad resulta de una “utilidad” controvertida, ya que no queda claro que las utilidades expresadas por una población sana puedan ser impuestas a una población enferma o que las utilidades de un colectivo puedan ser impuestas a un individuo. El ACU ha sufrido un cierto relanzamiento gracias a la aparatosidad del NICE, que es capaz de fijar el AVAC entre 30.000 y 43.000 libras a pesar de haber aprobado fármacos con valores superiores a 200.000. También resulta chocante que en valores similares de AVAC desde el NICE sean capaces de rechazar un tratamiento para el cáncer colorrectal y aprobar uno para el cáncer de mama. La explicación está clara: el cáncer de mama es un tema sensible; para la opinión pública. A pesar de estas consideraciones sobre las dificultades de implementación de los AVAC y los

problemas de doble moral asociados a imponer desde el gobierno un valor económico a un año adicional de vida, el ACE puede ser útil para informar decisiones médicas allí dónde existen datos rigurosos y dónde se puede hacer un buen análisis de sensibilidad en función de los costes y los resultados clínicos. En mi experiencia personal, la realización de una ACE permitió tomar decisiones sobre si se tenía que cribar a todos los dentistas y cirujanos de los EE.UU sobre el VIH o sobre el número de abortos iatrogénicos que se podían producir con la amniocentesis en diferentes estrategias de cribado prenatal para el síndrome de Down en función de la edad de la embarazada. Lo que parece difícil de realizar es un ACE o un ACU ante una innovación diagnóstica o terapéutica dada la poca fiabilidad del conocimiento relativos a los potenciales costes y efectos de la misma.

Tercera CPP: ¿Cómo decido cuando las decisiones que se me imponen no concuerdan con mi propio razonamiento?

4.- Reflex de cómo toman las decisiones los médicos

Al valorar de forma breve cómo toman las decisiones los médicos conviene situarse en dos áreas de análisis. La primera área sería abordar cómo piensan los médicos y la segunda es valorar que factores influyen en su toma de decisiones. Al analizar cómo piensan los médicos se va obviar todos los sesgos generados por una educación centrada en la patología, en lugar de en el enfermo; orientada a aprobar un examen que resume de forma banalizada la complejidad de la práctica médica en cuestiones de respuesta múltiple y ciertas, que obvia las humanidades y que no promueve el cuestionamiento crítico. Anunciadas las obviedades, uno de los análisis más recientes de cómo piensan los médicos ha sido formulado por Jerome Groopman en su libro "How doctors think". Para Groopman existen tres tipos de sesgos cognitivos: anclaje, disponibilidad y atribución. El primer sesgo manifiesta la predisposición de los médicos a decidir pruebas diagnósticas y tratamientos hacia la primera presunción diagnóstica, evitando otro tipo de consideraciones. Un ejemplo de este tipo de sesgo se ha visto reflejado con las

intervenciones quirúrgicas y el dolor de espalda. Así, la introducción de la RM permitió atribuir muchos dolores de espalda a problemas de columna vertebral que tras la oportuna intervención quirúrgica no cesaban. Este sesgo está determinado por la tendencia de los médicos a pensar en forma de embudo y actuar de forma que las pruebas y tratamientos indicados confirmen su hipótesis diagnóstica inicial. Con esta actitud se tienden a ignorar otros factores que determinen la patología, como por ejemplo posiciones poco ergonómicas en el lugar del trabajo en el caso del dolor lumbar. La falta de visión panorámica del enfermo puede producir errores diagnósticos.

Un segundo sesgo sería el de disponibilidad. Así, si una persona acude estos días a una visita médica con sensación de malestar y fiebre elevada tiene una alta probabilidad de ser diagnosticado con gripe A. El sesgo de disponibilidad es causa de variaciones en los procesos de toma de decisiones. Por ejemplo, la medida del PSA (léase Para Sufrir Ansiedad) para el diagnóstico del cáncer de próstata puede resultar controvertida en la consulta de atención primaria cuando se compara con la atención especializada, si se tiene en cuenta la contradicción existente entre las recomendaciones emitidas por las asociaciones de atención primaria o las de urología. Esta contradicción además de reflejar la incertidumbre científica existente en torno al impacto real en la mortalidad del cribado por PSA, también refleja el hecho de que un médico de atención primaria y un urólogo valoren la prevalencia y la gravedad del cáncer de próstata de forma diferente. De hecho, se suele ignorar que la visita al médico de atención primaria es una prueba de cribado, de forma que la prevalencia en la consulta especializada de un verdadero positivo es más alta porque el médico de atención primaria ha descartado los verdaderos negativos. En el caso del PSA la disponibilidad de conseguir la prueba marcando una simple cruz en una petición analítica facilita la extensión de la misma, a pesar de que no esté avalada científicamente. Quizá sea por ello que los médicos se resistan a adoptar las recomendaciones formales de no cribar. Curiosamente, una prueba como la colonoscopia que podría ser coste-efectiva a los 50 años para disminuir la morbimortalidad por cáncer colorrectal no suele prescribirse como estrategia de cribado. Todo es cuestión de una cruz.

Un tercer sesgo identificado por Groopman es el de atribución. Así, existe el riesgo de que los médicos decidan en función de estereotipos o prejuicios. Un ejemplo de este sesgo ocurrió con el diagnóstico del ulcus duodenal asociado a *Helicobacter pylori*. La adopción de un tratamiento basado en dos antibióticos y un inhibidor de la bomba de protones fue acogido inicialmente con resistencias por parte de los médicos ya que estaba bien establecido en sus mentes que la úlcera era de etiología desconocida o motivada por el estrés y que su tratamiento pasaba por actuar frenando la secreción de ácido. Otro modelo de sesgo de atribución es el posicionamiento enfrentado que tienen los profesionales hacia nuevos problemas de salud, como por ejemplo la fibromialgia. También es un ejemplo de sesgo de atribución el tratamiento del cáncer de próstata localizado, donde los médicos suelen decidir que tratamiento dar, obviando en nuestra cultura la observación controlada, en función de lo cómodo que se sienten con la cirugía, la radioterapia o la hormonoterapia.

Un segundo elemento de análisis lo constituyen los factores que influyen en la toma de decisiones médicas. En la siguiente tabla resumo cuales pueden ser esos factores. Una descripción de todo ellos sería obvia pero la consideración de los mismos permite avalar la idea de que no existe un único modelo racional de toma de decisiones en medicina.

Factores que influyen en la toma de decisiones médicas

- Experiencia
- Pericia técnica
- Presión asistencial
- Limitaciones presupuestarias
- Evidencia científica
- Interacción profesional
- Incentivos

- Autoevaluación
 - Control externo/Auditoria clínica
 - Presunciones fisiopatológicas
 - Intereses de origen desconocido
 - Evidencia científica
-

Cuarta CPP: ¿Cómo pienso y qué factores influyen en mi proceso de toma de decisiones médicas ?

5.- Breve de cómo piensan los pacientes y la toma de decisiones compartidas

El estudio cualitativo “El valor terapéutico en oncología” publicado recientemente por la Fundació Josep Laporte ha puesto de manifiesto que para los pacientes oncológicos y sus familiares el valor terapéutico de la oncología reside en tener un buen oncólogo. Este estudio, y las diferentes investigaciones realizadas en pacientes, ponen de manifiesto las circunstancias en las que es factible un proceso de toma de decisiones compartidas o concordancia. Estas circunstancias de resumen en la siguiente tabla.

Factores que favorecen un proceso de toma de decisiones compartidas

- Incertidumbre clínica relevante
- Perfil diferencial de potenciales riesgos y beneficios de las diferentes opciones diagnósticas y terapéuticas
- Confianza y empatía con el médico

- Buen nivel educativo del paciente
 - Tiempo suficiente de relación médico-paciente
 - Apoyo médico a la decisión
 - Visión panorámica de las necesidades del paciente
 - Garantía de continuidad y longitudinalidad asistencial
 - Individualización de la atención sanitaria
 - Compromiso mutuo con la adherencia terapéutica
-

Los factores citados en la tabla determinan las bases para un proceso de toma de decisiones compartidas. Así, la decisión de cribado prenatal de un síndrome de Down o de un cáncer de próstata depende de que la persona esté en condiciones de asumir las decisiones que se puedan adoptar después del cribado. En estas circunstancias el consentimiento informado es condición necesaria pero no suficiente para la toma de decisiones. De hecho la mayor parte de consentimientos son firmados más que informados. La toma de decisiones compartidas requiere de un profesional que pueda explicar a los enfermos las certezas y la incertidumbre en un lenguaje entendible para el paciente, así como de un paciente que esté en condiciones de decidir asumiendo las consecuencias de su decisión. En el caso del cáncer de próstata la decisión no sólo está en el cribado sino en qué pruebas diagnósticas y que tratamientos, incluida la observación controlada, se pueden adoptar y ofrecer. Entender toda esa información no es un tarea sencilla al alcance de todos los profesionales y pacientes.

Hay otras circunstancias que si son importantes en la toma de decisiones compartidas en atención primaria, sobre todo las que están relacionadas con las percepciones riesgo-beneficio que tienen los pacientes respecto a los estilos de vida y las terapias, así como la capacidad para adoptarlas. Así, por ejemplo, para determinados pacientes el tratamiento de una infección urinaria con nitrofurantoína, a una dosificación cada 6 horas, resulta más difícil de cumplir que

un tratamiento de una única pastilla de antibiótico diaria. Otro ejemplo es el tratamiento adecuado para una diabetes tipo II, donde la capacidad del individuo para asumir cambios radicales en el estilo de vida puede ser un objetivo de difícil adopción. Estas consideraciones son importantes dado los problemas de incumplimiento terapéutico y con los estilos de vida saludables que se producen en determinadas condiciones clínicas: prevención cardiovascular, diabetes y asma. Entender porqué los pacientes incumplen es uno de los principales retos de la atención primaria actual. Por otra parte, sólo los pacientes que han asumido su enfermedad parecen estar en condiciones de decidir de forma autónoma, lo que favorece a condiciones crónicas más que a enfermedades graves.

Los instrumentos de ayuda a la toma de decisiones son constructos teóricos cuya utilidad depende de los factores expuestos en la tabla anterior. Personalmente, uno tiende a pensar que los pacientes prefieren que sea un buen médico el que tome la decisión o ayude a tomarla más que en asumir la responsabilidad de la misma. ¿Quién aprende de mecánica para entender la revisión del coche? De hecho, el ámbito de aplicación de esos instrumentos está limitado a circunstancias muy específicas: tratamiento de un cáncer de próstata localizado, tumorectomía o mastectomía en carcinoma in situ de mama, elección de tratamiento en diabetes tipo II, etc; y en pacientes con unas características muy específicas y con una voluntad firme de tomar decisiones de forma autónoma. Quizás lo que podría ser de mayor utilidad sería el formar a los pacientes en su enfermedad, ya que resulta difícil entender que alguien pueda montar un mueble sin saber leer las instrucciones. El proyecto Universidad de los Pacientes (www.universidadpacientes.es) incluye estrategias de información, formación e investigación que pretenden entender mejor las necesidades y la realidad asociada al hecho de ser pacientes así como proporcionar la información y formación necesaria para poder plantearse un proceso de decisiones compartidas que sea efectivo y útil.

Quinta CPP: ¿Crees que tus pacientes están en condiciones y quieren tomar decisiones médicas de forma autónoma ?

6.- Consideraciones para pensar (CPP)

1. La medicina es socrática además de aristotélica, platónica e hipocrática. La razón es una ilusión que se obtiene tras un proceso socrático continuado de preguntas y respuestas.
2. Sócrates conduce la sesión clínica, Platón nos lleva a investigar sacándonos de la caverna, Aristóteles nos obliga a ser rawlsianos con la sociedad e Hipócrates a centrar nuestras decisiones en la defensa del mejor interés del paciente individual
3. No existen verdades absolutas sino incompletas.
4. El concepto de lo racional se acerca al pensamiento único. No existe ni única razón ni un razonamiento único. La razón se construye a partir de creencias y es coyuntural.
5. La razón se fundamenta en la comprensión incompleta de múltiples distribuciones normales que se solapan entre sí.
6. El sueño de la distribución normal y el culto a la significación estadística produce monstruos. Lo importante es la relevancia clínica.
7. La medida de la efectividad es tan o más importante que la de la eficacia.
8. Las decisiones en salud están expuesta a la presencia de conflictos latentes de valores.
9. La mayor parte de nuestras decisiones son emocionales.
10. Los médicos podemos decidir en respuesta a factores de influencia interna o sesgos cognitivos y a factores externos.
11. Los procesos de toma de decisiones compartidas precisan de una condiciones previas de información, relación y apoyo.

12. La información y la formación son elementos imprescindibles para llevar a cabo un proceso de toma de decisiones compartidas autónomo.