

The Lichfield lecture

Garantía de Calidad en la Atención de Salud: el papel del consumidor*

Avedis Donabedian

Desearía que lo que tengo que decir pudiera complacer a Lord Lichfield, bajo cuyo patrocinio hablo hoy. Con fama de haber sido "un hombre de lo más entrañable y humano", creo que hubiera aprobado el papel fundamental que voy a otorgar a los consumidores a la hora de garantizar la calidad de la atención sanitaria. Y, muy posiblemente, al hacendado tan pendiente de sus caballos que los contempló en su testamento ("para hacerles la vida lo más agradable posible") no le hubiera importado que un poco de su generosidad pudiera salpicar a un profesor armenio recientemente enviado a pastar**.

Pero antes de avanzar mis principales argumentos, debo definir los términos y metodología de mi presentación.

Definiciones y Presentación

Voy a referirme a la "garantía de calidad" como una actividad basada en obtener información sobre la práctica clínica y, en función de esa información, hacer un reajuste de las circunstancias y de los procesos de la atención de la salud. "Consumidores" con referencia a los pacientes, así como a aquellos que legítimamente puedan hablar en su nombre. "Calidad" no voy a definirla, aunque su significado irá surgiendo a medida que vaya desvelando mi historia.

En cuanto al método, voy a asignar tres papeles principales a los consumidores: el primero, el de "colaboradores", el segundo, el de "objetivos", y tercero y último, el de "reformadores", con papeles subsidiarios para cada función. Lo planteo de este modo para crear una progresión ordenada, aunque, como pronto se verá, las distintas funciones dependen unas de otras y resulta difícil separarlas.

Consumidores como colaboradores de la garantía de Calidad

Los consumidores contribuyen en la garantía de la calidad de tres formas: definiendo la calidad, evaluando la calidad y facilitando la información que permite que otros la evalúen.

**NT: El autor se refiere a su reciente jubilación

Consumidores como definidores de la calidad

Para cualquier actividad de garantía de calidad, es fundamental el concepto de calidad, en el que se basa dicho esfuerzo y que define su objetivo y orientación.

Los consumidores realizan una contribución indispensable para definir la calidad y fijar los estándares que la van a juzgar. Esta contribución engloba unas consideraciones que se encuentran en el mismo núcleo central de la calidad y otras que están más en la superficie, aunque todas ellas son de gran importancia.

Para explorar este campo, conceptualizaré que la atención sanitaria se divide básicamente en dos partes principales: el trabajo técnico y la relación interpersonal. Los consumidores tienen mucho que decir de ambas y también sobre las circunstancias en que se desarrolla el trabajo y se produce la interacción o el intercambio. Llamaré a este tercer elemento "los temas de confort" y espero que este término no lleve a nadie a una interpretación trivial del tema.

Para definir lo deseable e indeseable de la relación interpersonal o de los temas de confort, creo que son los consumidores quienes deben realizar la contribución decisiva. Son sus expectativas las que deben fijar el estándar de qué es accesibilidad o qué servicios son convenientes, confortables u oportunos. Son ellos quienes nos dicen cómo se les ha escuchado, informado, permitido ejercer su decisión y si se les ha tratado con respeto. A través de ello, los consumidores expresan sus preferencias personales y manifiestan las expectativas que las posturas individuales, y en especial, de segmentos de la sociedad individuales a los que pertenecen, les han hecho concebir.

En cuanto a la conducción de la atención técnica, parece que los consumidores no tienen nada que decir. Se nos cuestiona, "¿qué saben ellos de las complejidades ocultas del trabajo técnico o de los recursos o habilidades necesarias para realizarlo?". Existen motivos para creer que los consumidores no son tan ignorantes de los procesos de buena atención técnica si tienen conocimiento de la situación o, si alguna experiencia de buena atención previa les ha preparado adecuadamente. No obstante, de manera más fundamental, la calidad de la atención técnica no viene definida por aquello que se ha hecho sino por lo que se ha conseguido. Sólo los consumidores son capaces de decir qué resultados persiguen, qué riesgos asumen a cambio de una posible mejora y a qué precio. Los pacientes, a nivel individual,

valoran de manera distinta la importancia relativa de la longevidad, de la propia imagen, lo vale la pena y las funciones - física, conyugal, familiar, económica o social^{1,2}. Podría discutirse si la atención técnica que no se adapta a las preferencias de los pacientes puede considerarse de calidad. Desde este punto de vista, vemos que los consumidores definen (o participan en la definición) la calidad de la atención técnica a través del simple hecho de especificar los objetivos a los que debe servir. Sólo los medios técnicos y la aptitud con que se emplean deben quedar para el experto clínico.

Consumidores como evaluadores de la Calidad

Hay un pequeño paso entre definir la calidad y juzgar en qué medida se ha conseguido. Así, definir la calidad y evaluarla guardan una relación pareja que es difícil de separar. Como consecuencia, la obtención de información argumentada sobre la satisfacción o descontento del cliente, constituye un elemento necesario en cualquier labor de garantía de calidad.

El grado de satisfacción del consumidor juega un papel tripartito en la atención médica. Se trata en primer lugar, como ya he dicho, de un juicio sobre la calidad de la atención que incorpora las expectativas y percepciones del paciente. En segundo lugar, se trata de un "resultado" de la atención: un aspecto del bienestar psicológico del paciente y también, una consecuencia a la que deben aspirar los sistemas de atención sanitaria como signo de su éxito. En tercer lugar, la satisfacción del paciente representa una contribución para un tratamiento posterior, alentando a los pacientes en la búsqueda de atención y para que colaboren en mejorar su éxito. De este modo, con una transmutación sutil, la satisfacción del paciente, siendo un resultado de la asistencia, se convierte también en un rasgo estructural de la propia función asistencial.

Consumidores como informadores

Además de definir y evaluar la calidad de la atención, los consumidores pueden contribuir al esfuerzo de garantía de calidad facilitando información de sus propias experiencias sanitarias. No se les pide que emitan un juicio de la atención sino simplemente que informen para que otros puedan juzgar.

Existen ciertos tipos de información que sólo pueden facilitar los pacientes- por ejemplo, explicar sus vivencias cuando solicitaron asistencia, sus esperanzas y temores, su estado general y su grado de disfunción. El paciente puede facilitar otro tipo de información que concierne especialmente al proceso técnico de la atención que debería figurar en la historia clínica aunque pueda haberse omitido.

De este modo, los pacientes constituyen una fuente de información primaria. En otras ocasiones, su función tendría un carácter secundario o de confirmación. Esto ocurre cuando una agencia de monitorización pretende verificar la información que se le facilita, a menudo acompañada de una factura de pago. Con la confirmación, o la falta de confirmación de la factura, los pacientes, en efecto, forman parte del mecanismo regulador con el que la agencia de monitorización intenta mantener el sistema controlado.

A través de esta función y de otros modos descritos, los consumidores pueden contribuir enormemente en las labores

de garantía de calidad. Debería cuestionarme ahora si es adecuado que lo hagan y qué dificultades entraña.

Justificar la función colaboradora del paciente

Desde mi punto de vista, la primera de las dos cuestiones es básicamente retórica. Nadie puede discutir que la búsqueda del bienestar del paciente no constituya el propósito principal y la primera obligación de todo profesional sanitario. Es difícil sostener que los puntos de vista del paciente de lo que constituye ese bienestar tengan poca relevancia en cuanto a ese propósito y obligación. No obstante, podrían existir diferencias de opinión en cuanto a las razones para atribuir un lugar tan amplio a la calidad de la relación interpersonal, comparado con la ejecución de la función técnica. No obstante, creo que es un error enfrentar a estos dos componentes de la asistencia cuando, de hecho, sirven para reforzarse entre ellos.

La relación interpersonal es, después de todo, el vehículo a través del cual se dispensa y obtiene la atención técnica. A menudo, se trata en sí de atención técnica, o está tan cerca de serlo que cuesta diferenciarlo. Creo que los pacientes tienen justificación cuando sospechan que el médico no ha desarrollado todo su potencial o habilidades técnicas en su caso, en los casos en que se haya mostrado superficial, falto de atención, poco amable e incluso desagradable y no nos haya informado debidamente.

Desde una óptica más mercenaria, las propiedades de la relación interpersonal influyen enormemente en la satisfacción del paciente; satisfacción necesaria cuando existe posibilidad de elección y, para la viabilidad política del sistema sanitario en cualquier circunstancia, en especial, si la elección está limitada³. La relación interpersonal también funciona por sí misma, con independencia de otros usos que pueda tener, ya que establece la medida de la humanidad y la dignidad de todos nosotros en cualquier tipo de intercambio. El modo de llevarse a cabo puede tanto ennoblecer como envilecer al médico y al paciente por igual.

Aunque una cosa es afirmar el derecho y la obligación del paciente de definir y evaluar la calidad de la asistencia y, otra cosa muy distinta, otorgar una expresión práctica y legítima a esa creencia. Lamentablemente, nos moveremos a partir de aquí en aguas más turbulentas para describir los obstáculos que podrían encontrarse y los peligros que habría que evitar.

Problemas de la función colaboradora del paciente

Problemas de objetivos

Debemos protegernos de los peligros del "desplazamiento de objetivos" al otorgar al paciente un papel importante en la definición y evaluación de la calidad de la atención. Me refiero con ello, a la sustitución manipulada de aspectos de atención mucho más visibles para los pacientes por otros más difíciles de evaluar o más difíciles de percibir. En especial, cuando existente gran competencia, es fácil observar cómo las circunstancias y actitudes más placenteras y agradables podrían distraer y enturbiar el juicio de los consumidores al menos durante un tiempo. De igual manera, la concentración o los resultados visibles a corto plazo pueden desviar la atención de otros resultados más inmediatos, aunque más difíciles de percibir y de otros que se hayan demorado más tiempo. Es importante que, al evaluar la calidad de todos los aspectos de la asistencia de manera simultánea, nos protejamos de esas disyuntivas artificiales.

Problemas de validez

Es necesario evaluar con detalle la validez de la información obtenida de los consumidores. Las evaluaciones de calidad pueden estar basadas en creencias erróneas y falsas expectativas. A menudo los pacientes son, de hecho, demasiado conformistas; se enfrentan a molestias innecesarias y conceden a los médicos el beneficio de cualquier duda, hasta que las deficiencias en la asistencia son tan manifiestas que ya no pueden ignorarse. Hablando en general, se puede asumir que la calidad de la asistencia es, en realidad, peor que lo que parecen mostrar las encuestas sobre el grado de satisfacción del paciente. Los pacientes deben aprender a ser menos pacientes, más críticos y más asertivos. No obstante, en algunos casos, se cumple todo lo contrario: los pacientes se muestran decepcionados y desdichados porque tenían una opinión demasiado elevada y poco realista de lo que puede conseguir la medicina actual. En estos casos, podría discutirse si el médico ha podido fallar por no haber preparado adecuadamente al paciente. Existe también información sobre hechos reportados por los pacientes que podría ser errónea o incompleta. No obstante, creo que el requerimiento constante de este tipo de información es bueno de por sí; sugiere al paciente aquello que hay que anotar y recordar, agudizando quizás su capacidad de observación y fomentando una actitud más asertiva.

Problemas de particularización

Los problemas de particularización son la consecuencia paradójica de una virtud: que cada persona recibe una asistencia que se adapte perfectamente a sus preferencias y circunstancias particulares. En parte, las consecuencias no deseadas son sólo operativas pero en parte éticas. Las ambigüedades éticas se manifiestan de diversas formas. Las preferencias de un paciente pueden parecer, a veces, contrarias a lo que cualquier persona razonable podría considerar como lo mejor para aquel paciente. Otras veces, las preferencias del paciente cuestionan las obligaciones sociales del médico o a sus convicciones personales. No es infrecuente que las preferencias del paciente reflejen privilegios o desventajas dentro de las propias circunstancias de la vida – circunstancias que uno podría considerar legítimas, o no.

Dotar a los pacientes de la capacidad para enfrentarse con éxito a las injusticias de orden social, profundamente arraigadas, es un objetivo valioso y encomiable. ¿Pero, es suficiente? Además de plantear estas cuestiones fundamentales sobre la propia naturaleza de la calidad, la necesidad de tomar en consideración las expectativas individuales de los pacientes, reclama un método flexible que permita evaluar la calidad de la atención. Los criterios y estándares que regulan normalmente los procedimientos de evaluación se establecen para casos habituales en circunstancias normales de la vida. Sirven como mínimo para hacerse una idea inicial, ya que aparte de las diferencias individuales, se mantiene una base común. Por supuesto, pueden diseñarse criterios y estándares que se ajusten a un gran número de características preestablecidas del paciente. Desconocemos, sin embargo, la manera de valorar o tomar en consideración algunos de los atributos de los pacientes; y debemos tratar siempre con medias, aunque estos sean los porcentajes medios de grupos cada vez más reducidos y

delimitados. Por último, en determinadas ocasiones, sólo sirve una evaluación caso por caso – una evaluación que no es más que una reproducción de la propia atención médica. En estos casos, necesitamos con urgencia el conocimiento detallado de experiencias individuales y preferencias que sólo los pacientes pueden aportar.

Problemas de documentación

Nuestro grado de dependencia de los pacientes como fuentes de información refleja lo inadecuado de las historias clínicas y posiblemente, la atención a las preferencias del paciente podría revertir en unas historias más completas y exactas, en formatos que se ajusten mejor a la evaluación de la calidad. Es discutible la posibilidad de hallar algún modo de incluir de forma no segada las opiniones de los pacientes sobre la atención recibida. Pero siempre es posible que existan alternativas de atención distintas, que puedan verse en las historias clínicas que estas alternativas se han analizado conjuntamente entre médico y paciente y que las acciones adoptadas están justificadas. Los problemas para recabar información sobre la satisfacción del paciente son sobradamente conocidos y no necesitan repetirse.

Basta decir que las preguntas deben hacerse en el momento adecuado; sin poner en peligro la relación médico y paciente; incluir preguntas sobre aspectos específicos de la atención, en determinados episodios; y permitir los comentarios abiertos sobre asuntos no previstos en las preguntas. También deberían tenerse en cuenta que deben incluirse cuestiones colaterales sobre las conductas que podrían mostrar insatisfacción: actitudes como no presentarse a una cita, ignorar instrucciones, cambiar de médico, etc. Una pregunta superficial sobre si un paciente está satisfecho o no, es muy probable que reciba el mismo tipo de respuesta superficial, sobretodo cuando el encuestado no espera que la respuesta establezca ningún tipo de diferencia. Me parece que la condición primordial para obtener con éxito las opiniones y sugerencias del cliente, es que el encuestado tenga la total seguridad de que su información redundará en acciones concretas. Cada sugerencia deberá anotarse de manera individual e informar al paciente sobre sus consecuencias.

Problemas de implantación

El paso final y más importante, en cualquier esfuerzo de garantía de calidad, es el de reajuste del sistema para poder dar respuesta a los problemas revelados en una evaluación previa. No obstante, responder adecuadamente a las consideraciones que he planteado requeriría casi una revolución en nuestra manera de pensar acerca del modelo de relación profesional-paciente, un cambio que para muchos podría considerarse no tan sólo poco práctico, sino poco deseable. Podemos apelar a la antigua tradición de que el buen médico siempre actúa en nombre del paciente. En otros tiempos menos complejos nos iba muy bien; era aplicable en el tratamiento de la mayoría de enfermedades, cuando los médicos, debido a una larga relación, conocían más íntimamente a sus pacientes. En decisiones que se producen en momentos clave resulta más difícil de aplicar; y es precisamente en condiciones pasajeras, a menudo ambiguas que el profesional y el paciente se conocen prácticamente como extraños. El paso del "paternalismo" al "consenti-

miento informado" no ha sido difícil, en especial cuando la consecución de consentimiento se convierte en una letanía impersonal, cuyo propósito principal es anticipar la propia exoneración de responsabilidad.

El "consentimiento en colaboración" es el modo de interacción que preveo. Me imagino al médico y al paciente juntos, comprometidos activamente en la búsqueda de las soluciones más adecuadas. Una vez hayamos reconocido su necesidad, podremos encontrar los medios.

Por una parte, debemos avanzar en la ciencia de la atención médica, con el fin de que las consecuencias de las estrategias de atención alternativas puedan ser comprendidas en su totalidad y, por otra parte, desarrollar unos medios más eficaces de transmisión de información para que los pacientes puedan tomar decisiones informadas sobre su propia asistencia⁴⁻⁶. Tal vez, si se asume este papel de más responsabilidad, habría más justificación para convocar a los consumidores para realizar su segunda contribución a la garantía de calidad, para que sirva a sus objetivos.

Los consumidores como objetivos de garantía de calidad

Los consumidores se pueden convertir en objetivos de garantía de calidad de dos maneras: como co-productores de atención y como vehículos de control.

Consumidores como co-productores de asistencia

No creo que sea cierto que los profesionales presten la atención y que los pacientes la reciban. En su lugar debemos concebir a los profesionales y a los pacientes como comprometidos conjuntamente en la producción de atención.

Como consecuencia, no basta con conocer como actúan los profesionales. Hay que conocer también el modo de desenvolverse de los pacientes.

La actuación de los pacientes depende, en parte, de lo que les permitan hacer los profesionales y de cómo les hayan preparado para ello. En este punto, valorar la actuación del paciente permite evidenciar, de manera indirecta, la contribución del profesional a esa actuación. No obstante, los pacientes son también sujetos autónomos-personas que pueden dirigir y dirigen su propia asistencia. Son pues objetivos necesarios y legítimos de la garantía de la calidad.

Las consecuencias de esta ampliación del horizonte pueden verse fácilmente. Se necesita información sobre la conducta del paciente. Se requieren también esfuerzos para modificar su conducta, en parte a través de la formación y, en parte, mejorando las circunstancias que afectan negativamente a la capacidad del paciente para actuar en su mejor interés.

Por cierto, además la evaluación de los resultados gana en convicción, ya que los resultados reflejan las contribuciones de todos los que intervienen en la atención, incluyendo a los pacientes.

Consumidores como vehículos de control

Los consumidores pueden convertirse en objetivos de garantía de calidad aún de otro modo: cuando sirven para regular la conducta del médico. Muchos de los procesos de certifica-

ción (como los que requieren el permiso de hospitalización o de cirugía electiva), parece que pidan a los pacientes que controlen a sus propios médicos con la amenaza de denegarles el pago. A menudo, estas expectativas suponen una carga que los consumidores no están preparados para asumir. Quizá los consumidores podrían mejorar su eficacia como agentes de control si su capacidad de reformar el sistema de salud pudiera ampliarse materialmente, tal como describiré más adelante.

Consumidores como reformadores de la atención médica

Creo que los consumidores pueden cambiar el sistema de salud de cuatro maneras como mínimo: a través de la participación directa, mediante el apoyo administrativo, a través de los mercados y con la acción política.

Participación directa

Quizás los consumidores puedan aportar cambios de manera más directa a través de una participación más eficaz en la interacción profesional-paciente, de los modos que ya he descrito. Sostengo que los profesionales son los responsables de manifestar y de proteger la expresión de las expectativas de sus pacientes. Es importante, por consiguiente, que estas expectativas se encaucen adecuadamente a través de experiencias previas de atención adecuada y de una educación continuada de los pacientes.

Apoyo administrativo

Los consumidores pueden influir con mayor eficacia en el comportamiento de la atención si la garantía de calidad les permite participar. Esto puede ocurrir de manera directa o indirecta.

Ocurre de manera directa cuando la empresa utiliza información facilitada por los consumidores para juzgar y mejorar las circunstancias y los procesos de atención. El primer paso es mostrarse receptivo a las sugerencias y quejas espontáneas. En segundo lugar, se puede alentar a los consumidores para que expresen sus opiniones a través de buzones de sugerencias y, de manera más eficaz, organizando reuniones frecuentes en las que los médicos y sus antiguos o futuros consumidores se unen para intercambiar impresiones, un intercambio del que pueden aprender mucho tanto médicos como pacientes⁷. En tercer lugar, deberían producirse unos sondeos sistemáticos de los sentimientos, opiniones y sugerencias de los consumidores del modo que ya he aludido. No obstante, todos estos esfuerzos, como ya he dicho, no servirán de nada a menos que los responsables de la garantía de calidad utilicen la información obtenida y sean capaces de demostrar a los pacientes, individual y colectivamente, que ciertamente lo están haciendo.

Una participación más directa de los consumidores en la maquinaria de la garantía de calidad parece más difícil de conseguir, aunque debería intentarse. En verdad, los representantes del consumidor deberían participar en la formulación de objetivos y políticas que definan lo que la calidad debe comportar. No veo razón alguna para que esta representación no pueda formar parte de los equipos de garantía de calidad encargados de revisar y reformar muchos de los componentes del sistema de salud, a menos que éstos tengan una naturaleza excepcionalmente técnica.

Mercados

Los mercados son otro mecanismo que puede permitir que los consumidores aporten cambios en el sistema de salud. Para que los mercados funcionen con eficacia, hay que cumplir con un mínimo de cinco requisitos.

El primer requisito es que los consumidores tengan la oportunidad de elegir entre fuentes de atención alternativas, y quizás también entre modalidades alternativas de gestión. La consecuencia es que habrá fuentes de atención de distinta calidad. Resulta paradójico que tantos posibles profesionales puedan obstaculizar la eficacia de la elección haciendo el proceso de elección discriminatorio o demasiado oneroso.

Ese es un argumento en favor de agrupar a los médicos en grupos. Como resultado, habría un número más reducido de entidades y, probablemente, con más información sobre cada una^a. El segundo requisito que hay que cumplir para que los mercados puedan regular la calidad es que los proveedores médicos sean responsables de elegir. Esto ocurre cuando sus propios intereses, tanto económicos como profesionales, se ven afectados seriamente por el éxito o el fracaso en la captación de consumidores. En caso contrario, no les importaría estar más o menos solicitados. Como tercer requisito, las bases de la elección del consumidor deberían ser legítimas desde el punto de vista social y gratificantes en lo individual, de la forma que ya he mencionado. De otro modo, las consecuencias de la elección podrían, paradójicamente deteriorar algunos aspectos de la atención. Como cuarto requisito para la eficacia de los mercados, los consumidores deben poder actuar en base a una información detallada. Ha resultado difícil identificar aquella información que pueda servir a los consumidores para seleccionar las fuentes de atención que ofrezca unas mejores perspectivas de calidad. Todavía más complicado ha sido facilitar la información oportuna, relevante fiable y en el tiempo adecuado que ayude a los consumidores a decidir dónde acudir, para ciertos tipos de asistencia en circunstancias especiales, cuando la opción es posible.

La dificultad a la que se han enfrentado los consumidores para obtener e interpretar información sobre la actuación de los profesionales, sugiere un quinto requisito que regule la atención mediante mecanismos de mercado: el de los intermediarios o agencias. Sería ideal que cada médico tuviera la función de actuar como guía informada del paciente. Debido a la ausencia de ello, o cuando las elecciones del médico son sospechosas, los compradores colectivos pueden actuar en nombre de sus miembros. No obstante, incluso en este caso, un énfasis desproporcionado en la reducción de costes unido a una escasez de información sobre calidad, puede viciar la elección. Afortunadamente, a medida que la monitorización de la calidad va ganando terreno, sus logros deberían facilitar la información necesaria para más elecciones inteligentes.

Esa información es un requisito previo también para la acción política adecuada, mi última observación acerca de cómo el consumidor puede contribuir en la reforma del sistema de salud.

Acción política

Los consumidores interpretan muchos papeles en la escena de la atención sanitaria: a menudo como pacientes, otras veces como antiguos o futuros consumidores y siempre como ciudadanos. Como pacientes, pueden influir en la calidad de la

asistencia, sutilmente y de manera no tan sutil, pero siempre con las limitaciones de tener que mantener una relación amistosa con los médicos de quienes depende su bienestar. A medida que los consumidores se van alejando de esta posición de dependencia relativa, se convierten en personas más firmes, asertivas, incluso polémicas; y es bueno que sea así, ya que el propósito es siempre constructivo.

Pienso que no hay necesidad de detallar todas las formas que puede adoptar la acción política. Permítanme, mejor, que para concluir haga una serie de observaciones.

Creo apasionadamente que, básicamente, los mejores intereses de los profesionales y los consumidores están en consonancia y que el sistema político asumirá la mayor responsabilidad en la ampliación de la calidad cuando los profesionales sanitarios y los consumidores presenten un frente común. Por consiguiente, es necesario que los médicos individuales se muestren siempre completamente abiertos y francos con sus pacientes sobre el modo en que la política pública configura su manera de actuar. ¿Cómo podrían de otra forma actuar los pacientes de manera inteligente en su otro papel: como ciudadanos en democracia?

De igual manera, nuestras asociaciones profesionales deben poder considerarse como las fuentes de información más veraces e imparciales en asuntos de política pública con referencia a la salud y a la atención sanitaria. Además, debemos buscar en todo momento, sin egoísmo, la ventaja inmediata y la que mejor sirva al bienestar del paciente. Ese es nuestro mayor compromiso, nuestra obligación más sagrada. También es la garantía más eficaz y duradera para nuestros intereses.

Es cuando colaboramos con los consumidores para que nos ayuden, cuando pueden realizar su mayor contribución para mejorar la calidad de la atención, igual que hacemos nosotros.

Bibliografía*

1. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Fallacy of the five year survival in lung cancer. *N England J Med* 1978;299:1397-401.
2. McNeil BJ, Weichselbaum R, Pauker SG. Speech and survival: tradeoffs between quality and quantity of life in laryngeal cancer. *N England J Med* 1981;305:982-7.
3. Hirschman AO. *Exit, voice, and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1970.
4. McNeil BJ, Pauker SG, Sox HC, Jr, Tversky A. On the elicitation of preferences for alternative therapies. *N England J Med* 1982; 306:1259-62.
5. Wilson RG, Hart A, Dawes PJDK. Mastectomy or conservation: the patient's choice. *BMJ* 1988;297:1167-9.
6. Kasper JF, Mulley AG, Jr, Wennberg JE. Developing shared decision-making programs to improve the quality of health care. *Qual Rev Bull* 1992;18:183-90.
7. Shapiro IS. The patient and control of quality in medical care. In: *Proceedings of the Tenth Annual Group Health Institute of the Group Health Association of America*. Chicago: GHAA, 1960:99-107.
8. Enthoven AC. Consumer-choice health plan (Parts 1 and 2). *N England J Med* 1978;298:650-8,709-20.