



PRINCIPIO DE JUSTICIA: UN ELEMENTO SOCIAL EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.

PRINCIPLE OF JUSTICE: A SOCIAL ELEMENT IN THE DOCTOR-PATIENT RELATIONSHIP.

Álvaro Sanz Rubiales¹, Francisco Barón², María Luisa del Valle³

RESUMEN

La interacción entre médico y paciente es un elemento fundamental en la relación asistencial y se entiende como el eje alrededor del cual gira de la bioética clínica. Sin embargo, uno de los principios de la bioética, la justicia, hace que esta interacción no se limite a la mera relación entre dos individuos. La justicia sitúa esta relación en un contexto más amplio que se podría llamar *social*. Algo similar sucede si se analiza la relación con el paciente por parte de cualquiera de los integrantes del personal sanitario o incluso del propio sistema sanitario en la medida que afecta o interactúa con el paciente. Desde la perspectiva social de la justicia, estas relaciones superan el ámbito de la mera privacidad compartida. Las decisiones que se toman en ese núcleo aparentemente aislado o protegido por la confidencialidad y la autonomía dependen también, al menos en parte, de variables de perfil social como son las necesidades y los estándares de los demás pacientes, así como los recursos -de personal, de medios o incluso de tiempo-, generalmente limitados, y que es preciso distribuir de manera equitativa. De acuerdo con el principio de justicia, todas estas variables externas son elementos que es preciso tener en cuenta en la toma de decisiones que se lleva a cabo con cada paciente.

Palabras clave: Justicia, Principialismo, Social.

¹ Profesor Asociado, Universidad de Valladolid. Comisión de Bioética de Castilla y León. Hospital Universitario del Río Hortega. Valladolid. España.

² Comisión Central de Deontología, Derecho Médico y Visado (CCD) de la Organización Médica Colegial de España. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña. España.

³ Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Valladolid. España.

Correspondencia: Álvaro Sanz Rubiales, Oncología Médica, Hospital Universitario del Río Hortega. Calle Dulzaina 1. 47012 Valladolid, España. Teléfono: 983420400.

E-mail: asrubiales@hotmail.com

ABSTRACT

The interaction between doctor and patient is a fundamental element in the healthcare relationship and is understood as the axis around which clinical bioethics revolves. However, one of the principles of bioethics, justice, means that this relationship is not limited to the mere relationship between two individuals. Justice as a principle places this relationship between doctor and patient in a broader context that could be called social. And the same happens if we analyze the relationship with the patient by any of the members of the healthcare staff or even the healthcare system itself as it affects or interacts with the patient. From the social perspective of justice, these relationships go beyond the realm of mere privacy, albeit a shared privacy. The decisions that are made in this apparently isolated nucleus, protected by confidentiality and autonomy, also depend, at least in part, on variables of social profile such as the needs and standards of other patients as well as the resources - of personnel, means or even time – that are usually limited and that must be distributed equitably. All these external variables are elements that must be taken into account, in accordance with the principle of justice, in the decision-making that must be carried out in each patient.

Keywords: Justice, Principlism, Social.

INTRODUCCIÓN

Solo con mencionar el concepto de bioética es fácil que vengan a la mente los cuatro principios que se sugirieron hace años y que -a pesar de sus evidentes limitaciones¹- continúan siendo útiles como valores de referencia, beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia son criterios válidos de lo que debería ser en el ámbito sanitario una buena práctica, una práctica ética, en relación con el paciente. Se podría decir que aplicar estos principios nos comprometen a buscar el bien del paciente, a permitir y promover que participe de manera activa en la toma de decisiones y a intentar que todos y cada uno sean tratados y reciban lo que les corresponde. Estos principios recuerdan y refuerzan el valor intrínseco del paciente, de *cada* paciente, es decir, de cada persona.

En todos estos principios es posible descubrir una direccionalidad en la actuación: del médico hacia el paciente o del paciente hacia el médico. En concreto, el principio de



justicia se caracteriza por hacer que haya una influencia externa social, dentro del binomio cerrado que se genera en la relación entre médico y paciente.

DIRECCIONALIDAD DE LOS PRINCIPIOS

En cada uno de los principios de la bioética es posible distinguir unos flujos con una dirección y un sentido que definen quién actúa para ponerlo en práctica y en quién repercute o, dicho de otra manera, a cuál de los actores le corresponde una actitud activa y a cuál pasiva.

- Beneficencia y no maleficencia. En el fondo, estos dos principios se pueden integrar en un compromiso global de actuar buscando “lo mejor” para del paciente, de velar por sus intereses. Hay que buscar su bien y evitar hacerle daño; este *primum non nocere* supone un compromiso de evitar cualquier perjuicio –físico, moral, financiero...- absurdo o desproporcionado. En cierto modo, el paciente o “el usuario”-si se despersonaliza al individuo que acude al sistema- delega su deber de (auto-)cuidado en las personas que lo atienden (médico o personal sanitario en general) o en el sistema. En un escenario así, es fácil apreciar que tanto la beneficencia como la no maleficencia se dirigen del médico o, más en general, del personal (o del sistema) hacia el paciente. La persona que atiende e incluso el propio sistema buscan y procuran el bien del paciente a la vez que intentan minimizar posibles riesgos y evitar que el paciente sufra un daño innecesario (generalmente provocado por ellos mismos).
- Autonomía. En este principio es posible ver una doble interacción. El sentido principal de la autonomía es la del paciente que al ejercerla actúa sobre el sistema, sobre el médico o sobre el personal que lo atiende y que tiene obligación de tener en cuenta sus decisiones o, al menos, sus valores en la toma de estas decisiones. Por otra parte, este principio se complementa con el papel del médico o del personal que lo atiende y, con cierta frecuencia, del sistema en sí, a los que les corresponde

el compromiso de no entorpecer (en pasivo) y de promover (en activo) la autonomía del paciente.

- Justicia. En este principio, el escenario cambia. Es de justicia dar a cada uno lo suyo. La parte inicial de la justicia se fundamenta en reconocer la dignidad propia del paciente, es decir, en apreciar su inmenso valor intrínseco como persona. Y, a partir de ahí, facilitar el ejercicio de los derechos que le han sido reconocidos y que enraízan en la propia dignidad. Una parte de la justicia es el ejercicio del médico que atiende al paciente y que reconoce lo que le corresponde y pone los medios para facilitarlos. En cierto modo, en el trato con el paciente, actuar por el bien del paciente y protegerlo y no producirle daños pueden ser también manifestaciones de la justicia. Y, al igual que la beneficencia y la no maleficencia, se trata de una actuación del médico sobre el paciente, aunque como respuesta al reconocimiento de la dignidad y de los derechos del paciente.

Otro componente de la justicia es la justicia distributiva que lleva a actuar con equidad. Este componente de la justicia no se refiere al paciente como un individuo aislado sino como “un paciente más” porque tiene en cuenta la referencia de cómo se actúa con “los demás”, cuál es la manera de actuar en general, para aplicarlo también en su caso. Esta equidad al tener como referencia al paciente como un miembro más de la sociedad está previniendo desde el principio el riesgo de exclusión que se asocia a los déficit de salud física o mental². Los binomios de médico y paciente, de personal sanitario y paciente o de sistema y paciente siguen estando presentes. Pero con un componente diferente que influye desde fuera, un factor social. Se puede definir por tanto un vector de actuación que, desde el exterior, desde la sociedad, influye no tanto en el paciente sino en la propia relación entre el médico (o la persona o el sistema que atiende o cuida) y el propio paciente.

JUSTICIA: LA TERCERA PERSONA COMO PRINCIPIO ÉTICO

De manera clásica se entiende que la justicia puede tener diferentes perfiles: justicia conmutativa (*do ut des*), justicia distributiva, justicia procesual, justicia retributiva o



justicia restaurativa. La justicia distributiva, en concreto, hace referencia a cómo se aplica a cada individuo la parte correspondiente de un bien común. En la práctica se puede entender que el criterio para llevar a cabo esta distribución, para asignar a cada uno una parte, puede ser la necesidad o el mérito: se da prioridad (para asignar antes, más o mejor) al que le hace más falta o se da prioridad al que se lo ganado. En un sistema sanitario público la práctica habitual es que esta justicia distributiva se entienda en función de la necesidad para poder dar a cada uno la atención sanitaria que precise, en personal y en medios. Una actuación así exige disponer de unos estándares que se puedan aplicar de manera general y que tengan en cuenta tanto las necesidades como los recursos para diseñar un uso prudente de estos recursos de manera que alcancen a todos aquellos que los precisen.

La referencia de la atención médica, de la atención sanitaria, es la de una relación entre dos personas, tanto es así que a veces se define como de “amistad”. Y este es el modelo que se aplica con más frecuencia. En ocasiones puede dar la impresión de que es una relación celular que gana en calidad cuanto más aislada y más privada sea y cuanto menos influenciado por otros procesos. Como si la confidencialidad por parte del médico -un compromiso personal en que no puede defraudar la confianza del paciente- combinada con la autonomía (en ocasiones *hiperautonomía*³) del paciente los convirtiesen en un mundo aparte. Y es un escenario así donde el principio de justicia pone en valor que esta relación aparentemente cerrada tiene, por decirlo así, una “hipoteca social”. Con otras palabras; que, aunque aparentemente se limite al ámbito privado de dos agentes, el resto de la sociedad también tiene algo que decir y, de hecho, tiene una influencia real en esta relación⁴.

La justicia recuerda que hay que evitar tanto que la relación médico-paciente se limite a la interacción de dos individualidades como que se entienda que todo su componente ético está restringido al espacio físico de una sala o de una consulta o al ámbito virtual de la relación de confianza entre dos personas. De otro modo se estaría dando carta de ciudadanía al aislamiento en la toma de decisiones, aunque sea el “aislamiento acompañado” propio de *una isla con dos naufragos*. Es importante entender que la

sociedad entera está integrada y forma parte de la atención al paciente e incluso de la relación con el paciente por parte del médico o de cualquier personal sanitario, incluido el personal administrativo. Igual que el médico tiene obligación de tener como principio de su actuación con el paciente la beneficencia, de buscar su bien, lo mejor, también tiene el compromiso -como lo tenemos todos en tantos ámbitos- de buscar el bien común, incluso en las decisiones que tienen que ver con el paciente concreto. Y en esa búsqueda del bien común –que se lleva a cabo en las decisiones generales y también en las particulares- se ejerce el principio de justicia.

Con otras palabras: si una relación entre médico y paciente quiere ser buena, si quiere ser ética, debe tener algún tipo de supervisión social. Lo mismo sucede si lo que se tiene en cuenta es la relación con el paciente de cualquier miembro del personal sanitario o, incluso, la relación o interacción del propio sistema sanitario con el paciente (o usuario). No se trata tan solo de una persona que atiende, un médico, que busca lo mejor y de un paciente que decide o que opta, ambos con el legítimo objetivo de “curar”, “prevenir” o “aliviar”. La buena praxis, la praxis ética y virtuosa no se limita a una mera cuestión individual. La legitimidad de este trato exige que se pueda superar la esfera del contrato privado, del vínculo excluyente, para entrar en un escenario más global. Se podría decir que la justicia tiene un componente horizontal, es decir, de igualdad o, mejor dicho, equidad entre las personas, junto con un componente vertical referido al compromiso de conceder lo que corresponde a cada uno por parte de la persona o el estamento que tiene el compromiso y la capacidad para hacerlo².

EL ACTO MÉDICO: INTERINDIVIDUAL Y SOCIAL

Vivimos en una sociedad que no solo es marcadamente individualista, sino que nos presenta el individualismo como un valor. En este escenario, la relación médico paciente se entiende como poco más que una interacción de dos individuos bienintencionados pero aislados. Incluso, se pudiera llegar a pensar que la *pureza* del acto médico exige aislamiento, evitar que la relación entre médico y paciente sufra ningún tipo de influencia del medio que pudiera desvirtuarlo. Es el principio de justicia el que exige



dejar abierta una mirada al exterior en el aislamiento que se crea en esta relación interindividual cerrada.

Las referencias clínicas, el saber médico protocolizado y aplicado de manera ordenada, se toman de la experiencia clínica con pacientes y se orientan al conjunto de los enfermos⁵. Hay una interacción virtual, también en la adquisición de experiencia y en el respaldo de la evidencia clínica, entre los pacientes a lo largo del tiempo. Aunque la atención al paciente es eminentemente personal, es esta referencia global la que se aplica de manera individualizada en este trato personal. Aunque haya que individualizarla, la atención a cada enfermo nunca es un arte aislado de todo el conocimiento global y de la experiencia previa.

Buscar el bien en una persona supone tener la referencia del bien que se debe buscar en las demás personas. Este bien y los medios para conseguirlo puede ser los mismos para todos y con ello estar limitados. Es cierto que la obligación de disponer de los recursos y de los medios necesarios es un deber que corresponde antes al sistema y a los gestores que al personal sanitario que atiende directamente. Sin embargo, el empleo inmediato de otros recursos, su aplicación individualizada sí que puede corresponder al que está más cercano al paciente que al menos debe tener conciencia de la disponibilidad y de la conveniencia de optimizar su uso pensando en los demás posibles beneficiarios. En esta línea, las decisiones del médico se ven influidas por los principios de beneficencia y no maleficencia no solo de cara al paciente presente sino hacia toda la sociedad. No ser consciente de este dato puede ser un acto maleficente, puede llevar a que el paciente sufra un daño innecesario al generar unas expectativas irreales o al darle la sensación de recibir una atención médica incompleta. Por otra parte, en términos generales, la autonomía tiene una función de elección, es decir, de aceptación, de rechazo o, incluso de modulación entre diferentes opciones. Se podría decir que la autonomía está limitada a la oferta del menú de la *lex artis* y de la disponibilidad dentro de esta *lex artis* (una disponibilidad que depende también de circunstancias sociales). Esta limitación tiene también un componente de justicia, de equidad, porque lo que se ofrece a un paciente se debería poder ofrecer a los demás en las mismas circunstancias⁶.

La relación entre médico y paciente, entre cualquier componente del personal sanitario en cuanto tal y paciente, tiene el requisito de la discreción, del secreto profesional⁷. Pero este compromiso de confidencialidad no se puede entender de manera adecuada si se identifica con la privacidad y el aislamiento que se asocian al concepto anglosajón de “*privacy*”. Esta *privacy* individualista lo primero que pretende es el aislamiento del individuo, la ausencia de influencias y de un control externo y una opacidad que impida que nadie pueda apreciar lo que pasa. Sin embargo, la buena práctica exige conocer cómo se actúa con el conjunto de los pacientes, cómo se les atiende, cuál es el estándar, la referencia, y de qué medios se dispone para hacerlo. Todos estos datos globales (o “sociales”) influyen en las decisiones sobre cada paciente.

ALGUNOS EJEMPLOS

Es posible encontrar ejemplos de cómo las decisiones individuales o bien tienen un impacto en la sociedad o bien es la propia sociedad la que influye sobre estas decisiones.

- En nuestro medio, durante la primera ola de la pandemia COVID-19 se planteó y se vivió con angustia el problema de la limitación de recursos⁸. Era preciso seleccionar para optimizar el empleo de estos recursos. Ante el dilema de *tabula unius capax*, de la madera que solo puede servir de tabla de salvación a un naufrago, decidir a favor de un paciente supone, indirectamente, decidir también de manera pasiva en contra de otro. Es cierto que el médico no debería limitar el uso de recursos cuando hay indicación y que si lo hace debería por delegación o imposición del gestor que administra y que es a quien correspondería que estos recursos estuvieran disponibles para todos los que los precisaran de acuerdo con su situación clínica⁹. En todo caso, en un escenario de recursos limitados como el que pudimos vivir la situación del estrés del sistema afecta a las decisiones individuales y, a la vez, toda decisión clínica tiene una repercusión inmediata y evidente sobre terceros.
- Es reciente el caso de la administración de vacunas contra la COVID-19¹⁰. Si la vacuna solo se entendiera como un acto médico, un acto sanitario que realiza una persona para procurar el bien del paciente (su inmunización frente a un proceso infeccioso



grave), la decisión sobre la vacuna quedaría siempre limitada a ese ámbito de privacidad. Sin embargo, muchas vacunas –y, en concreto la de la COVID-19- tienen una repercusión social evidente. Cada persona vacunada que genera una inmunidad suficiente es un pequeño dique que bloquea o retrasa la transmisión del virus. Cada persona con inmunidad es un paso más para llegar a la esperada inmunidad de rebaño o inmunidad de grupo que limita la diseminación del virus al reducir la población susceptible en el entorno de los posibles infectados. En la decisión personal de vacunar sería preciso, por tanto, tener en cuenta el impacto social positivo del acto.

- Adecuar la intensidad terapéutica tiene también un componente de justicia, una adecuación que no solo se refiere a los tratamientos sino también a las técnicas y procesos diagnósticos e incluso a las medidas preventivas. Los tratamientos, los estudios diagnósticos, las medidas preventivas que se usan de manera obstinada o solo por inercia suponen una ocupación o un consumo de recursos que repercute de manera negativa en los demás usuarios reales o potenciales. Saber indicar (un tratamiento, una técnica diagnóstica o una medida preventiva) es, por tanto, también un acto de justicia. Y, por ello, no estaría mal que el criterio de justicia se tuviera presente en las situaciones donde no hay una clara indicación¹¹.
- El gasto derivado de cualquier tratamiento tiene una repercusión social. Esto es aún más evidente si se trata de un tratamiento de alto gasto y con un impacto real pero limitado¹². ¿Cuánto puede sacar la sociedad de la hucha común para facilitar el tratamiento en un cáncer avanzado que se prevé que consiga, de promedio, unos pocos meses de prolongación de la supervivencia? Cada euro aplicado con este fin no se va a poder dedicar a otras necesidades sociales, algunas de ellas realmente acuciantes. La responsabilidad de esta distribución y asignación global no puede corresponder al personal asistencial que trata al paciente. Pero la racionalización del gasto y del uso de recursos es normal que se traduzcan en medidas políticas –a veces impopulares- que limitan al médico y al paciente las opciones terapéuticas que es más evidente la desproporción entre coste y beneficio¹³.

- El empleo sin criterio suficiente de tratamientos experimentales o con evidencia escasa, fuera de indicación (*off label*) o pendientes de aprobación puede llevar a una situación de falta de equidad. Cuando las reglas del juego, que consisten en administrar los tratamientos o realizar los estudios con un nivel de evidencia suficiente que hace que se consideren estándar se modifica en algunos pacientes para facilitarles por un aparente criterio de justicia opciones que no cumplen estos criterios se genera un problema de inequidad. Cualquier opción de tratamientos fuera de líneas comunes debería ser accesible (o inaccesible) en igualdad de condiciones a todos los pacientes con el mismo perfil.
- El tiempo dedicado a un paciente se orienta a atender adecuadamente las necesidades de cada paciente, pero está limitado por el tiempo que es preciso dedicar al siguiente. Ni se le puede restringir sin motivos si hay necesidad ni se puede prolongar indefinidamente sin dañar o al menos molestar (*no maleficencia*) al siguiente, al que está esperando.
- La lista de espera es un mal necesario que se enmarca en la relación entre el sistema y el paciente como consecuencia de la existencia de recursos –materiales y de personal- limitados. Es evidente que a nadie le gusta esperar y que es necesario racionalizar la oferta para adaptarla en lo que sea factible a la demanda. Pero es imposible poder atender a todos siempre y cuando quieran. Por eso se plantea actuar de acuerdo con el criterio clásico de *prior in tempore, potior in iure*, aunque con matices ya que toda lista de espera debe estar matizada y supervisada por criterios de selección en función de urgencia y de necesidad. El puesto en la lista de espera no es un dato inamovible; al contrario, siempre debería estar supeditado a criterios de prioridad clínica. Por tanto, la espera de cada paciente tiene de fondo también un motivo social, de bien común.
- Por último, un ejemplo inverso: el médico, el personal sanitario y el sistema deben evitar cualquier tipo de discriminación en la atención en función no solo de las condiciones del paciente (sexo, edad, origen) sino también de la etiología de la aparición del problema o por el modo en que recibe el tratamiento (ensayo clínico, medicina pública o privada). El médico puede sentir reparos ante ciertas situaciones



o pensar que el paciente “se lo ha buscado” o, al menos, ha cooperado activamente en la generación de la enfermedad o del proceso y que, por ello, hay que priorizar a los demás por delante de él. Aun así, el compromiso de buscar el bien (beneficencia) trasciende las circunstancias personales¹⁴. Un médico puede tender a tender de manera diferente al paciente en función del pago (según lo atienda dentro del ejercicio de una medicina pública, pagada por el estado, o privada, pagada por el propio paciente) o incluso en función de que el paciente haya entrado en algún tipo de ensayo clínico: mayor interés y control en el que participa en el estudio en relación con una cierta despreocupación *rutinaria* con el paciente *habitual*. En estos casos el criterio de justicia recuerda la obligación de atender de manera equitativa - que no es mera igualdad- evitando diferencias en la atención que no se justifican en criterios clínicos.

CONCLUSIÓN

La relación entre médico y paciente es fundamental en la atención sanitaria y se puede entender como el eje alrededor del cual gira de la bioética clínica. Sin embargo, es posible una visión excesivamente reduccionista nos lleve a entender esta relación como algo aislado, independiente: una mera interacción entre individuos al margen del flujo social. Se corre el riesgo de asumir la relación con el paciente como un individualismo compartido por un paciente que se caracteriza por su autonomía (la posibilidad de dirigirse a sí mismo) y un médico comprometido con la atención personalizada y la discreción y confidencialidad que llevan a que la atención de cada paciente se quede aislada en una torre de marfil. En este escenario, la justicia como principio de la bioética recuerda que esta relación entre el médico (o el personal sanitario en general o el propio sistema) y el paciente se sitúa de hecho en un contexto más amplio que se podría llamar *social*.

Desde esta perspectiva, la relación entre médico y paciente supera el ámbito de la mera privacidad, aunque sea una privacidad compartida, y entra en uno más amplio ya que

las decisiones que se tomen en ese núcleo aparentemente cerrado dependen, en parte, de variables que hacen referencia a los demás pacientes y tienen también una influencia social hacia el exterior. De hecho, las necesidades, el trato, los estándares de los demás pacientes, así como los recursos -de personal, de medios o incluso de tiempo- son factores que influyen en la toma de decisiones que se lleva a cabo en cada paciente. Y las decisiones con cada paciente se pueden tomar como puntos de referencia que influyen en las que se puedan tomar con pacientes sucesivos.

REFERENCIAS

-
- ¹ Requena Meana P. Sobre la aplicabilidad del principlismo norteamericano. Cuad Bioet. 2008;19:11-27.
 - ² Ricoeur P. Lo justo. Madrid: Caparrós Editores; 2003.
 - ³ Martínez Otero JM. La hipertrofia del principio de autonomía en el debate bioético. Cuad Bioet. 2017; 28:329-40.
 - ⁴ Bhugra D. All medicine is social. J R Soc Med. 2014; 107:183-6.
 - ⁵ Mathew R. Rammya Mathew: Three questions I ask before using a guideline. BMJ. 2019;364:l358.
 - ⁶ World Health Organization. Social determinants of health: Key concepts. [Consultado 29 Jun 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/social-determinants-of-health-key-concepts>
 - ⁷ Rubin R. How sharing clinical notes affects the patient-physician relationship. JAMA. 2021; 325:1596-8.
 - ⁸ Emanuel EJ, Persad G, Upshur R, Thome B, Parker M, Glickman A, et al. Fair allocation of scarce medical resources in the time of Covid-19. N Engl J Med. 2020; 21;382:2049-55.
 - ⁹ Sanz Rubiales A, del Valle Rivero ML, Flores Pérez LA, Orozco Belinchón M. Adecuar el esfuerzo terapéutico: ¿ética o clínica? Rev Bioet Latinoam. 2019; 23: 60-71.



-
- ¹⁰ González-Melado FJ, Di Pietro ML. La vacuna frente a la COVID-19 y la confianza institucional. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. DOI : 10.1016/j.eimc.2020.08.001
- ¹¹ DeStefano CB. Second chances. *J Clin Oncol*. 2020; 38:100-1.
- ¹² Wilkinson D, Savulescu J. After Charlie Gard: ethically ensuring access to innovative treatment. *Lancet*. 2017;390:540-2.
- ¹³ Red de Consejos, Comisiones y Comités Autonómicos de Bioética y del Comité de Bioética de España (Redecabe). Declaración sobre ética y responsabilidad en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud. *Cuad Bioet*. 2019; 30:79-88.
- ¹⁴ Fernandez Lynch H. Discrimination at the Doctor's Office. *N Engl J Med*. 2013;368:1668-70.