

Problemas en la práctica clínica: los retos de la medicina basada en la evidencia

Antonio Feghali-Restrepo*
Diego Alejandro Estrada-Mesa**

*Tecnólogo en Atención Prehospitalaria. Universidad CES. Médico. Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín. Colombia.

**Politólogo. Universidad Nacional de Colombia (sede Medellín). Magíster en Filosofía. Universidad Pontificia Bolivariana. Docente/Investigador. Facultad de Medicina. Universidad Cooperativa de Colombia. Medellín, Antioquia, Colombia.

Correspondencia: Diego Alejandro Estrada Mesa. Correo electrónico: diego.estrada@campusucc.edu.co

Resumen

El desarrollo de este artículo de reflexión surge tras el análisis de la práctica médica cotidiana donde se evidencian discrepancias entre estudiantes de medicina, docentes clínicos, médicos generales y especialistas en áreas médicas, en lo que corresponde a la marcada variabilidad en los enfoques terapéuticos en el personal clínico asistencial. Adicionalmente los conflictos derivados de la no aplicación de la medicina basada en evidencia por resistencia de ciertos profesionales de la salud, junto a las limitaciones de aplicabilidad de la misma en nuestro contexto socio-económico en particular, conduce al desarrollo de conflictos que dificultan la atención de los pacientes, distancian el personal médico, limitan el aprendizaje en las áreas clínicas, además de producir una perspectiva no integral ya que en la mayoría de las ocasiones se impone la decisión clínica sobre los valores y preferencias de los usuarios, cuestión además poco explorada dentro del ámbito académico. **MÉD.UIS.2020;33(1): 59-65.**

Palabras clave: Medicina Basada en la Evidencia. Medicina Clínica. Educación Médica. Ética Médica. Educación en salud.

Problems in clinical practice: the challenges of evidence-based medicine

Abstract

The development of this reflexion article emerges after the analysis of everyday medical praxis, where disagreements between medical students, clinical teachers, general practitioners and specialists in clinical areas are noted, which corresponds to the strong variability between therapeutic approaches from the clinical assistance personnel. Additionally, the conflicts deriving from the non-application of the Evidence-based Medicine due to the resistance of certain health professionals, along with the limitations in its applicability in our particular socioeconomic context, drives to the development of conflicts that make difficult the patient's attention, create distances between the medical staff, limit learning in clinical areas, and produce a non-integral perspective, because in the majority of occasions, clinical decision is imposed over the values and preferences of users, a matter that is rarely explored inside the academic scope. **MÉD.UIS.2020;33(1): 59-65.**

Keywords: Evidence-Based Medicine. Clinical Medicine. Education, Medical. Ethics, Medical. Health Education.

¿Cómo citar este artículo?: Feghali-Restrepo A, Estrada-Mesa DA. Problemas en la práctica clínica: los retos de la Medicina Basada en la Evidencia. **MÉD.UIS.2020;33(1): 59-65. doi: 10.18273/revmed.v33n1-2020007**

Introducción

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) se ha definido como el uso consciente de resultados de investigación para tomar decisiones en los diferentes contextos clínicos. Recientemente, Djulbegovic y Guyatt la definieron como una “estructura heurística” para mejorar la práctica clínica¹. La formación de dicha estructura surgió simultáneamente en diferentes contextos gracias a personalidades como Archibald Cochrane en Reino Unido, Alvan Feinstein en los Estados Unidos y David Sackett en Canadá². Hacia 1992, se desarrolló un manifiesto titulado “*Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine*”; este texto se presenta como una apuesta por mejorar la medicina basado en tipos de investigaciones como las revisiones sistemáticas de la literatura, los metaanálisis, los Ensayos Clínicos Controlados Aleatorios (ECCA), entre otros³. Actualmente, la MBE se encuentra articulada a diferentes escenarios, es promovida por grupos internacionales, y suele marcar el rumbo en el desarrollo de políticas públicas y privadas⁴.

Las investigaciones, reflexiones y trabajos sobre la MBE son extensos. Muchas cuestiones han sido problematizadas hasta el día de hoy. Desde variados campos investigativos, como los provenientes de la epidemiología clínica, la educación y las humanidades médicas, se han desarrollado diferentes trabajos que resaltan el tema de la pérdida de la experiencia clínica y la capacidad del juicio ante las dinámicas globales de estandarización en salud⁵. De igual forma, la omisión de las singularidades de los pacientes ante el privilegio de la investigación basada en concepciones poblacionales se ha señalado con suficiencia⁶. La cuestión referida a la autonomía profesional de los médicos también ha sido trabajada, tanto desde los argumentos que ven la MBE como una invasión de normas extrañas que desnaturalizan la clínica, como desde las voces que buscan en la estandarización una forma de dotarse de neutralidad frente a las pretensiones de socialización de la medicina establecidos por los diferentes Estados⁷. Agregado a esto, habría que decir que en el ámbito de la filosofía de la medicina se han presentado intensas discusiones alusivas a cuestiones como la idea de la evidencia en el modelo; el tema de la inferencia a partir de criterios estadísticos; los debates en torno a la causalidad y al pragmatismo muchas veces predominante de los ECCA⁸, entre otras cuestiones⁹. Al día de hoy, pocas elaboraciones se han concentrado en problematizar

el tema de los valores y preferencias en las tomas de decisiones clínicas en la MBE.

En el presente artículo de reflexión, se amplían algunas de esas problemáticas. También se hace un especial énfasis en las deficiencias alusivas al tema de los valores y preferencias de los pacientes dentro del modelo actual de la MBE. Con este texto se busca ofrecer un insumo que permita problematizar el lugar de los pacientes en las tomas de decisiones dentro del ejercicio clínico actual.

Importancia de la MBE dentro del contexto médico contemporáneo en Colombia

La medicina contemporánea cambia a un ritmo vertiginoso. Desde el siglo XIX se ha desarrollado una conciencia dentro de la institución médica que le ha permitido superar sus limitaciones y desarrollar revoluciones profesionales y sociales. Sin embargo, este no ha significado la superación del carácter dogmático de las autoridades clínicas tradicionales, que se han mostrado como una suerte de obstáculo epistemológico que impide el afán de cambio y la optimización de la racionalidad dentro de las mentalidades más empiristas de la clínica¹⁰. Ante la imprevisibilidad de la enfermedad, y el enorme potencial de sesgos y errores dentro del ejercicio médico, se ha desarrollado la exigencia de validar y verificar los conocimientos. Tradicionalmente, han sido los consensos de expertos, el intercambio de experiencias y el juicio clínico individual lo que ha guiado las tomas de decisiones en la clínica¹¹. No obstante, estos medios han sido juzgados en los últimos tiempos como precarios y frágiles. La MBE se ha mostrado como una solución a dichas limitaciones.

El desarrollo de las guías de práctica clínica ha contribuido a la atenuación de dichas deficiencias. A nivel local, éstas presentan un enfoque metodológico específico propuesto por el ministerio de salud colombiano¹² aunado al uso de herramientas que han sido validadas internacionalmente para la realización de las tomas de decisiones durante la elaboración de recomendaciones¹³. Estos instrumentos han permitido reestructurar el ejercicio clínico y la relación médico-paciente al plantear preguntas clínicas relevantes de manera estructurada, respondiéndolas por medio de revisiones sistemáticas de la literatura y posteriormente brindando recomendaciones clínicas concretas. A su vez, los gobiernos del primer mundo se han valido de la investigación y los desarrollos propuestos por la MBE. Dicho aprovechamiento no

Enero - abril

sólo se ha presentado en el sector comercial con el desarrollo de nuevos fármacos, si no también el progreso en el campo de la quirúrgica y la producción de nuevas pruebas diagnósticas. Las directrices políticas, tanto en los ámbitos públicos como privados, parten del presupuesto según el cual la validación de la investigación mejorará la calidad y seguridad en salud, ofrecerá mejores tratamientos para enfermedades de alto costo, dotará a los pacientes de una mayor satisfacción y ofrecerá una mejora de la educación médica de las poblaciones cada vez más centradas en la responsabilización y el empoderamiento en las tomas de decisiones de los ciudadanos¹.

Sin embargo, la extensión y globalización de los movimientos basados en la evidencia, particularmente dentro de la medicina, no han estado exentos de polémica. Uno de los temas más sonados en la literatura académica y científica tiene que ver con el deterioro del juicio clínico o llamada experiencia clínica. El predominio de estándares y guías ha sido juzgado como una mecanización de la medicina y de los pacientes, en la medida en que en muchas ocasiones no se tienen en cuenta las circunstancias singulares de las personas que acuden a los servicios de salud¹⁴. Esta situación ha llevado a que desde la educación médica se acentúe la importancia de asumir una postura crítica frente al carácter determinista de la evidencia, comprendiéndola en un sentido integrativo y teniendo en cuenta las necesidades de los pacientes¹⁵.

Por otra parte, el tema de los valores y preferencias de los pacientes corresponde con la cuestión de la autonomía del usuario para decidir sobre su salud. Sin embargo, esta premisa sólo se muestra como un fragmento de información que ha sido asumido de manera muy superficial¹⁶. La MBE parte del supuesto de que las características del paciente en términos clínicos y actitudinales deben tenerse en cuenta por los expertos, pero al final son éstos últimos quienes toman las decisiones¹⁷. Este descuido deja al descubierto un “vacío epistemológico”, cuestión que sume el término de valores y preferencias en una noción individualista de la persona desvinculada de diferentes determinantes a la hora de pensar en la interacción que se tiene con los tipos de valores que se presentan dentro de una sociedad.

Otros problemas importantes de la MBE

Un primer problema sobre el cual es necesario profundizar se refiere a una disyuntiva “vieja” alusiva a lo individual y lo poblacional⁶. Se trata de una cuestión manifiesta en diferentes niveles, especialmente en el campo de las decisiones clínicas, pero también dentro de la confección de los estudios clínicos. Dentro de los ECCA, que han sido concebidos como evidencia de alto nivel, esta tensión logra hacerse evidente. Sobre la base de la aplicación de ensayos en sujetos de intervención que representan un modelo poblacional, se han omitido las múltiples variables que influyen en los procesos de salud y enfermedad¹⁸. Cuestiones como los hábitos, el ambiente, los factores de riesgo, la actitud y los entornos comunitarios con los que interactúa la persona son dejados al margen. Los enfoques metodológicos de la MBE plantean criterios de inclusión de pacientes junto los de exclusión para la realización de estudios clínicos con validez científica, dado que se necesita probar una hipótesis absoluta vs una relativa. La muestra se forma a partir un grupo poblacional específico, lo que lleva a generalizar los sujetos de estudio. No es posible resumir al sujeto en un experimento controlado en cuyo resultado intervienen factores difícilmente cuantificables como las emociones, la confianza y la espiritualidad. Esta situación a su vez plantea el desarrollo de una medicina operacional al paciente como un continuo numérico homogenizado en una escala de medida, que rechaza lo espiritual y que minusvalora importantes resultados benéficos en los desenlaces terapéuticos como lo han mostrado algunas publicaciones^{19,20}.

El distanciamiento entre el conocimiento y la práctica clínica contextualizada en la realidad social resulta en muchas ocasiones evidente²¹. Algunos de los resultados que presenta la MBE carecen de aplicabilidad en el contexto local debido no sólo a los problemas de validez externa de los estudios, sino también a las dificultades para la accesibilidad a los diferentes servicios de salud y los servicios profesionales, especialmente en naciones del tercer mundo, lo que no favorece el acceso a estándares internacionales de calidad. Además, en muchas

ocasiones se han presentado resistencias por parte del personal sanitario, lo que a su vez limita su aplicabilidad²²⁻²⁴. Adicionalmente existen factores de riesgo propios de los pacientes que podrían llevar al desarrollo de desenlaces desfavorables²⁵.

Un claro ejemplo de lo anteriormente mencionado corresponde a la bronquiolitis, un síndrome clínico que ocurre en niños menores de dos años. Éste presenta una aparición aguda con predominio de sintomatología respiratoria asociada, con antecedentes de 2 a 3 días previos de un cuadro catarral. En este caso, fisiopatológicamente ocurre un proceso de obstrucción de vía aérea pequeña que se manifiesta como el primer episodio de sibilancias. Existe mucha variabilidad en lo que corresponde al manejo de esta enfermedad incluso en el contexto local. De la revisión, un 5 % de los niños requiere ventilación mecánica y cursa con sobreinfección bacteriana, del 1 al 2 % por otitis media aguda o infección urinaria, las cuales no son entendidas desde la visión fisiopatológica²⁶.

A pesar de ello, los aportes realizados por la MBE han demostrado el poco impacto de algunas medidas terapéuticas instauradas en el curso natural de la enfermedad. Por ende, se recomienda realizar manejo sintomático junto a terapias de soporte, y en casos puntuales medidas de protección específica. La MBE ha mostrado efectividad en lo que corresponde al uso de solución salina hipertónica en el contexto hospitalario. Por ello la Guía de Práctica Clínica Colombiana para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años, recomienda su utilización²⁷. Sin embargo, las guías NICE para el manejo de la bronquiolitis²⁸ consideran no usar la solución salina hipertónica ya que es muy poco lo que reduce en la estancia hospitalaria.

Un segundo problema importante tiene que ver con los distintos tipos de obstáculos sociales, culturales y económicos que se presentan a la hora de aplicar la MBE. En Colombia existe una marcada variabilidad en estos tópicos, lo que implica dificultades para la aplicación de los resultados adquiridos, junto a limitantes en la comunicación y la pobre comprensión de las indicaciones médicas, las cuales se comportan como un determinante en la evolución del proceso patológico. Se cita un ejemplo concreto: los pacientes con diabetes mellitus tipo II que tienen difícil control glucémico luego de agotar

otras medidas como los hipoglucemiantes orales, requieren el inicio de esquema insulínico junto a los cuidados habituales para la enfermedad. A nivel local existen personas con bajos ingresos económicos quienes sólo pueden acceder a cantidades limitadas de alimentos, usualmente ricos en carbohidratos como la panela, el arroz, el pan, entre otros. Adicionalmente, muchos pacientes no cuentan con electrodomésticos para preservar la cadena de frío para la insulina. Si se considera el uso de insulinas que no requieren cadena de frío existen dificultades para la dispensación de forma periódica por parte de los prestadores de servicios de salud con predominio en la zona rural dispersa, factores que contribuyen al fracaso terapéutico y al pobre control metabólico junto a la progresión de la enfermedad, siendo esta situación en particular frecuente en países en vías de desarrollo²⁹⁻³¹

Como lo plantea la publicación de Carlos del Pozo-Fernández³², existen diferencias en la práctica clínica de las que no se encuentra publicaciones, quedando en la atmósfera de las instituciones hospitalarias algunas conductas terapéuticas que son mediadas por gustos personales, lo que genera conflictos éticos^{33,34}. Además, no hay que olvidar la variabilidad de las fuentes bibliográficas, las cuales se han reducido notablemente por el trabajo conjunto de las asociaciones médicas internacionales. La MBE puede perder validez en nuestro contexto ya que la infraestructura local no es igual a la de otros países desarrollados se cuenta con variables sociodemográficas óptimas que permitan homogenizar la población y establecer estándares de cuidado, debido a que en la actualidad observamos un sistema de salud inequitativo con múltiples falencias logísticas y administrativas³⁵.

Por último, existen problemas éticos derivados de la aplicación de los resultados de la MBE, como la generación de nuevos fármacos de alto costo. Para mencionar un ejemplo concreto: ¿Por qué privar al paciente del mejor tratamiento posible para su enfermedad? Como lo plantea una publicación reciente de la BBC, los altos costos de los medicamentos son un limitante para el tratamiento de los pacientes oncológicos³⁶. Existen estímulos de las casas farmacéuticas hacia los médicos que influyen de forma negativa las conductas terapéuticas: “Una investigación publicada en el *American Journal of Public Health* indica que, entre agosto de 2013 y diciembre de 2015, *Pardue Pharma* y otras farmacéuticas pagaron más de 46 millones de

Enero - abril

dólares a más de 68 mil médicos en Estados Unidos a través de comidas, viajes y honorarios para incitarlos a recetar opioides”³⁷.

Conclusión: el tema del juicio clínico y los valores y preferencias de los pacientes

Es frecuente observar diferencias académicas respecto a la terapéutica aplicada a un paciente. Idealmente, el modelo de la toma de decisiones de la MBE pretende confrontar la experiencia clínica con la evidencia y a su vez con los valores y las preferencias de los pacientes. Como lo menciona una publicación reciente del *New England Journal of Medicine* respecto al cáncer de próstata, no hay diferencias significativas en la muerte por cáncer de próstata con cirugía versus radiación y la terapia de privación de andrógenos de corta duración. Los hombres con cáncer de próstata de riesgo bajo o intermedio deben sentirse libres de seleccionar un enfoque de tratamiento luego de evaluar su estado general de salud³⁸.

Este contexto plantea cómo la MBE, luego de un análisis integral del paciente teniendo presente las preferencias del usuario, hace posible tomar la mejor opción terapéutica apoyado en previos resultados validados en el ámbito internacional; sin embargo, esta mirada resulta simplista y parte del supuesto según el cual el paciente está capacitado para tomar decisiones de una forma autónoma³¹. Además, hay que tener en cuenta que la toma de decisión requiere aquí no sólo de la disposición de la información, sino también de una alfabetización básica, cuestión supremamente variable dependiendo de las características de los países, así como de las competencias comunicativas específicas que se requieren para dicha labor^{39, 40}.

En el plano de la educación médica, las discrepancias en la terapéutica guiadas por las preferencias de los clínicos se convierten en un problema para el estudiante de Medicina que se encuentra en proceso de formación en un ambiente académico. Las preguntas alusivas a quién tiene la razón, cuáles son las posturas más adecuadas en el escenario particular del paciente o por qué no se genera pensamiento clínico integrando investigación, experiencia y valores y preferencias, son habituales.

Es claro que la experiencia clínica o el llamado juicio clínico se comporta como un factor determinante

para que el paciente presente un desenlace favorable en la mayoría de los casos. Sin embargo, en la praxis clínica, el paciente no debe ser abordado desde una perspectiva totalitaria, sea desde la experiencia, la evidencia o las propias preferencias muchas veces arbitrarias del paciente. Esto desembocaría en lo que se ha denominado como “medicina basada en la eminencia”, “vehemencia”, “elocuencia y en la arbitrariedad”⁴¹, lo que simplifica el razonamiento del médico. La medicina no puede interpretarse como una ecuación donde el paciente A obtuvo mejoría con el tratamiento B, entonces, todos los pacientes con la enfermedad del paciente A tendrán el mismo tratamiento. ¿Dónde queda la idea según la cual el médico trata enfermos y no enfermedades? Difícil situación plantea el ejercicio de la medicina en la actualidad ante la mala praxis de la Reemplazar por MBE⁴². Para afrontar las problemáticas planteadas no es posible centrarse en una posición simplista, o considerar que una corriente de pensamiento tiene la razón siendo absoluta. Lo más indicado es obtener lo mejor de cada corriente y tomar decisiones contextualizadas a favor de los pacientes⁴².

Si se presenta una discrepancia frente a la atención de un paciente, se deberá incitar a rastrear la mejor evidencia disponible utilizando los diferentes motores de búsqueda; se evaluará de forma crítica la evidencia de manera grupal (estudiantes y docentes con experiencia en el tema) teniendo como metodología integrar la experiencia clínica del docente, analizando las diferencias fisiopatológicas, económicas, sociales y comorbilidades que rodean al paciente. Se generará a su vez una discusión en un ambiente tranquilo y se desarrollará una conclusión al respecto, lo que permitirá producir conocimiento significativo para ambas partes, reconociendo si en el caso hace falta evidencia para tomar una decisión. Esta metodología favorece la comunicación, plantea sinergismo de las dos corrientes de pensamiento en el ambiente académico, llevando al aprovechamiento y el desarrollo de conocimiento significativo. De igual forma, procura materializar las recientes correcciones epistemológicas realizadas por los fundadores de la MBE, que apuesta hacia la integración de la investigación científica con las habilidades clínicas y los valores y preferencias de los pacientes¹.

Por último, resulta imperativo problematizar con mayor profundidad el tema de los valores y preferencias de los pacientes, toda vez que dicha noción parte de un presupuesto simplista, reduccionista e ideológico, en la medida en que

postula una idea del ser humano centrado en premisas voluntaristas e individualistas que omiten la importancia del medio y sus características socioculturales y técnicas. Al respecto, distintos investigadores han propuesto ayudas que buscan materializar la interpretación crítica y la toma de decisiones compartida. En este sentido, la idea de darle un lugar a las anécdotas personales por medio de narrativas, es una apuesta interesante. Como lo plantea Trisha Greenhalgh, antes que omitir la subjetividad en la clínica la MBE presupone un ejercicio de interpretación donde el paciente experimenta su enfermedad de manera única⁴³. Solo en ese ejercicio de interpretación el clínico puede evaluar todos los aspectos de la evidencia, su propia experiencia, las perspectivas individuales y culturales del paciente y los resultados de rigurosos ensayos de investigación clínica y estudios observacionales, para alcanzar un juicio clínico amplio.

Referencias bibliográficas

- Djulgovic B, Guyatt G. Progress in evidence based medicine: a quarter century on. *The Lancet*. 2017; 390: 415-423
- Hanemaayer A. Evidence-based medicine: a genealogy of the dominant science of medical education. *Journal of Medical Humanities*. 2016; 37 (4): 449-473
- Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-Based Medicine: a new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992; Vol 268 (17): 2420-2425
- Parkhurst. The politics of evidence: From evidence based policy to the good governance of evidence. London: Routledge. 2017
- Timmermans S & Berg M. The gold standard. The challenge of evidence based medicine and standardization in health care. Philadelphia. Temple University Press. 2003
- Lambert H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*. 2006; 62: 2633-2645.
- Tanemabaum S. Knowing and Acting in medical practice: the epistemological politics of outcome research. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1994; 19 (1): 27-44
- Anjum R. Evidence based or person patient centred? *European Journal for person centered health-care*. 2016; 4(2): pp. 421-429
- Howick J. The philosophy of evidence based-medicine. New York: Blackwell. 2011
- Bachelard G. La noción de obstáculo epistemológico. Plan de la obra. En: La formación del espíritu científico. Contribución a un psicoanálisis del conocimiento objetivo. México: Siglo XXI Editores. 2000
- Solomon. Just a paradigm: evidence based medicine in epistemological context. *European Journal for Philosophy of Science*. 2011; 1: 451-466
- Ministerio de salud colombiano. Guía Metodológica para la elaboración de Guías de Atención Integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano; 2010; 1: 1-344.
- Sanabria AJ et al. Sistema GRADE: metodología para la realización de recomendaciones para la práctica clínica: Atención Primaria, Elsevier, 2015; 47 (1): 48-55.
- Weisz G. From clinical counting to Evidence Based medicine. In: Jorland G, Opinel A, Weisz G. Body Counts. Medical Quantification in Historical and sociological perspective// Perspective historiques et sociologiques sur la quantification médicale. Quebec: McGill-Queen's University Press. 2005: pp. 377-393
- Tonelli M. The challenge of evidence in clinical medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 16: 384-289
- Wyer P & Silva S. Where is the wisdom? A conceptual history of evidence based medicine. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. 2009; 15: 891-898
- Hoffmann T, Montori V, Del Mar C. The Connection between Evidence Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*. 2014; 312 (13): 1295-1296
- Filc D. The medical text: between biomedicine and hegemony. *Social Science & Medicine*. 2004; 59: 1275-1285
- Guerra L, Pino E. Influencia de la autoeficacia, las emociones negativas, la espiritualidad y el apoyo social sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama. (Trabajo de grado). Universidad Santo Tomas, Bogotá. 2014; 1: 6 – 107.
- Canteros MF. Importancia de los aspectos espirituales y religiosos en la atención de pacientes quirúrgicos. *Revista Chilena de Cirugía*. 2016; 68 (3): 258-264.
- Slowther A, Ford S, Schofield T. Ethics of Evidence-Based Medicine in the primary care setting. *Journal of Medical Ethics*. 2004; 30: 151-155
- Munera HD, Calderon ME. Evaluación de la baja adherencia a guías médicas implementadas en la ESE Hospital san Vicente de Paul de Caldas Antioquia primer semestre 2008. (Tesis de grado). Universidad de Antioquia, Medellín. 2008.
- Martínez Hernández CM. Errores médicos en la práctica clínica, del paradigma biologicista al paradigma médico-social. *Revista Cubana de salud pública*. 2006; 32 (1):1-14.
- Timmermans S, Almeling R. Objectification, standardization, and commodification in Health care: a conceptual readjustment. *Social Science & Medicine*, 69, 2009, 21-27.
- Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *The New England Journal of Medicine*. 2016, 374: 62-72.
- Cordero R, et al. Factores asociados al manejo inapropiado de bronquiolitis aguda en ocho ciudades de Colombia. *Rev Iatreia*. 2014; 27 (4).
- Ministerio de salud colombiano. Guía de Práctica Clínica (GPC) para la evaluación del riesgo y manejo inicial de la neumonía en niños y niñas menores de 5 años y bronquiolitis en niños y niñas menores de 2 años; 2014;1: 15- 21.
- National Institute For Health and Care Excellence. Bronchiolitis in children: diagnosis and management guideline; 2015;1: 6 – 31.
- Instituto colombiano de bienestar familiar. Encuesta nacional de la situación nutricional en Colombia ESIN 2010;1: 2- 26.
- Cortés Peñaloza JL. Diabetes-Educación-Pobreza: el trinomio en que se debate la sociedad Mexicana. *Horizontes sanitarios*. 2010; 9 (1):3-8.
- Galimberti Oliveira MCG. Influencia de la pobreza en las representaciones y prácticas culturales del paciente diabético en el Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco. *Investigación Valdiviana*. 2016; 11 (4): 203-215.
- Pozo Fernández et al. Discrepancias entre documentos de consenso, guías, práctica clínica y normativa legal en el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, *Revista Nefrología* 2012;32(3):7- 367
- Drane J. Honestidad en la Medicina: ¿Deberían los doctores decir la verdad? (Sitio en internet) centro interdisciplinario de estudios en bioética. Universidad de Chile. Hallado en URL: www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/publicaciones/76975/honestidad-en-la-medicina-deberian-los-doctores-decir-la-verdad Acceso 25 de junio de 2018.
- Gupta. A critical appraisal of evidence based medicine: some ethical considerations. *Journal of evaluation in Clinical practice*, 9, 2003, pp. 111-121
- Revista Dinero. La logística ya representa del 15 al 18 % del costo en el sector salud. (Sitio en internet) Dinero. Hallado en URL: www.dinero.com/pais/articulo/costo-de-la-logistica-en-el-sector-de-la-salud/248004 Acceso 19 de junio de 2018.
- Anderson R. Cómo las farmacéuticas ganan más que los bancos. (Sitio en internet) BBC. Hallado en URL: http://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/11/141106_economia_farmacauticas_industria_ch Acceso 21 de junio de 2018.
- Manga G. Dios, protógenos de los laboratorios farmacéuticos. (Sitio en internet) Semana. Hallado en URL: <https://www.semana.com/opinion/articulo/poder-de-los-laboratorios-farmacauticos/548222> Acceso 29 de junio de 2018.
- D' Amico AV. Treatment or monitoring for early prostate cancer. *N Engl J Med* 2016; 375:1482-1483

Enero - abril

39. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of “patient-centeredness” in patient-physician communication research. *Social Science and medicine*. 2013; 96: 147-153
40. Hoffmann T, Montori V, Del Mar C. The Connection between Evidence Based Medicine and Shared Decision Making. *JAMA*. 2014; 312 (13): 1295-1296
41. Suarez Cuba MA, La práctica actual de la medicina, *MEDICINA CENTRADA EN EL PACIENTE*, Rev. Méd. La Paz 2012; (18) 11:6.
42. Goldenberg M. Clinical evidence and the absent body in medical phenomenology: on the need for a new phenomenology of medicine. *International Journal of feminist approaches to bioethics*, 3, 2010, pp. 43-71.
43. Greenhalgh T. Narrative based medicine: narrative based medicine in an evidence-based world. *BMJ*. 1999; 318: 323-325