

TENDENCIAS EN LA FORMACIÓN Y PRAXIS MÉDICAS EN COLOMBIA

Jaiberth Antonio Cardona-Arias*
Diego Alejandro Estrada-Mesa**
Ana María Jaramillo-Caro***

Resumen

En la formación en medicina existen múltiples textos sobre el futuro de la disciplina, la mayoría realizan la prospectiva a partir de temáticas específicas como las limitaciones en el conocimiento fisiopatológico, etiológico o terapéutico de algunas enfermedades, los usos de la investigación científica, la articulación con las ingenierías y el desarrollo tecnológico, la necesidad de una enseñanza y praxis que vincule los desarrollos científicos con consideraciones éticas y humanistas, entre otros. Sin embargo, son poco analizadas las tendencias de la formación y praxis médica con base en teorías de mayor amplitud o alcance. Por ello, este ensayo describe brevemente tres cuerpos teóricos que resultan útiles para pensar el presente y futuro de la medicina, estos son: la medicina basada en la evidencia y centrada en la persona, las humanidades médicas y los determinantes sociales de la salud, como tres grupos de teorías sólidas para la formación y praxis médicas en Colombia.

Palabras clave: Colombia, educación médica, medicina, praxis, tendencias.

* Microbiólogo, magíster en Epidemiología y Economía Aplicada, candidato a doctor en Salud Pública. Universidad de Antioquia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7101-929X>.

** Politólogo, magíster en Filosofía, candidato a doctor en Filosofía. Facultad de Medicina de la Universidad Cooperativa de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8102-7229>.

*** Médica, magíster en Educación y Dirección Estratégica de Organizaciones en Salud. Decana de la Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6963-2493>.

Correspondencia: Jaiberth Antonio Cardona-Arias, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Calle 67 Número 53-108, Bloque 5, Oficina 103. Teléfono: (574) 219 84 86. Fax: (574) 219 54 86. Correo: jaiberth.cardona@udea.edu.co

Introducción

En la literatura y los programas de formación médica en el mundo es frecuente la preocupación por analizar las tendencias de la medicina actual; en tal sentido, se dispone de manuscritos sobre los avances biomédicos, el desarrollo tecnológico aplicado al diagnóstico y el tratamiento de enfermedades, los aportes de la economía a la comprensión de los sistemas de salud y la necesidad de hacer un uso eficiente y equitativo de los recursos del sector, los avances teóricos en humanidades médicas (particularmente en ética médica y bioética), y en general, sobre el progreso del conocimiento médico que permitiría superar las limitaciones actuales de la formación y praxis médica [1-3].

Otros autores han analizado las tendencias de la medicina con base en las limitaciones actuales de la disciplina, tales como la necesidad de mejorar la articulación entre ciencias básicas y clínicas, el bajo desarrollo de la investigación aplicada, bajo nivel de conocimiento etiológico, fisiológico o patológico de algunas enfermedades que redundan en un manejo exclusivamente sintomático, o superar las limitaciones en el tratamiento de múltiples afecciones degenerativas, oncológicas, mentales o psicosociales [1-3]. También se han analizado las implicaciones del avance científico-tecnológico sobre la necesidad de una atención humanizada y ética, los dilemas entre las formas de contención de gastos médicos que riñe con el principio de beneficencia, o entre los avances de la medicina y la atención que deben recibir los pacientes [4-6].

A lo anterior se suman reflexiones en torno a cuestiones pedagógicas y didácticas, en las que se enfatiza la necesidad de asumir una postura crítica frente al predominio cientificista de la formación médica [6], o sobre los métodos y técnicas de aprendizaje; así como los efectos de las transiciones demográfica, epidemiológica y económica, y del desarrollo de la biología molecular, la biotecnología y la genética sobre la enseñanza de la medicina [7-9]. También se dispone de revistas especializadas en avances técnicos útiles para la formación y praxis médica, o su convergencia con la ingeniería, las especializaciones y los desarrollos científico-investigativos [10,11].

Este tipo de análisis resulta limitado para reflexionar las tendencias de la formación y praxis médicas, dado su carácter instrumental o restricciones temáticas, lo cual no se corresponde con la complejidad de la medicina contemporánea. En tal sentido, algunos autores han afirmado que “la más importante reflexión actual que acosa a la Medicina no se sitúa en el campo de las ciencias y la tecnología, sino en la bioética y la ética profesional”, o debatir si “la medicina es sólo una profesión para ganarse la vida, o si el modo de organizar la atención de salud de la población es un problema meramente técnico o económico” [3]. En este marco, es necesario analizar las principales tendencias de la medicina con base en constructos teóricos más amplios. Esto es propender por un análisis un poco más exhaustivo donde el centro sean los cuerpos teóricos más robustos que se dispone en la actualidad para orientar la formación y praxis médica.

En este orden de ideas, este ensayo describe brevemente tres cuerpos teóricos (entendidos como grupos de teorías que alimentan un campo común del conocimiento) de gran solidez para la medicina actual, cuya operativización o aplicación en la cotidianidad de los médicos en formación y en ejercicio, constituiría una tendencia interesante para el devenir de la medicina. Estos cuerpos teóricos se relacionan con (i) la medicina basada en la evidencia y centrada en la persona, para problematizar tendencias actuales sobre la importancia de la evidencia científica y de los valores y preferencias de los pacientes; (ii) las humanidades médicas, para ampliar su énfasis bioéctico; y (iii) los determinantes sociales de la salud, para identificar brevemente aspectos estructurales de las sociedades que inciden en desenlaces clínicos de grupos o pacientes específicos.

Medicina basada en la evidencia y medicina centrada en la persona

La Medicina Basada en la Evidencia (MBE) surge en la Universidad de McMaster en Canadá como un “paradigma” de la educación médica y la práctica clínica. Veintiséis años después de la publicación de su “manifiesto” [12], esta estructura organizativa de procedimientos y técnicas para la toma de decisiones en medicina clínica ha trascendido sus fronteras originales instalándose en otros ámbitos como la psicología, la enfermería, la educación, la ética y las políticas públicas [13,14]. En la actualidad, la mayoría de las facultades de medicina del mundo han implementado la MBE en sus programas académicos para anteponer el uso de la evidencia a la “*mala*

praxis” clínica y las limitaciones del conocimiento fisiopatológico [12,15].

Pese a sus bondades, la MBE se ha convertido en un blanco de críticas desde campos como la educación médica, la investigación clínica, las humanidades médicas y los estudios político-económicos [16], debido a que el énfasis en la evidencia resulta reduccionista e instrumental, los pacientes son asumidos como objetos (al circunscribirse a la enfermedad) que se representan en los promedios poblacionales, dejando de lado sus singularidades [17], e incluso se la señala de ser un dispositivo ideológico al servicio de intereses económicos que limitan la autonomía clínica y del paciente [18].

En un artículo del 2006, la antropóloga Helen Lambert sistematizó las críticas más importantes a la MBE en seis categorías: la reducción del enfermo a tendencias poblacionales; el uso de la evidencia como práctica simplificada del ejercicio clínico que descuidan la intervención psicosocial y comunitaria; la exclusión de las habilidades clínicas; la incorporación de las guías de práctica clínica y la anulación consiguiente de la experiencia y el juicio clínicos; dificultades para entender la visión del paciente y las restricciones para traducir en la práctica la existencia de la evidencia [19].

En respuesta a los planteamientos anteriores, los fundadores y seguidores de la MBE incorporaron estas críticas, dando lugar a la triada que incluye la evidencia científica, las habilidades clínicas y los valores y preferencias de los pacientes en la toma de decisiones médicas [20]. Pese a esta conceptualización, en algu-

nos contextos siguen predominando los usos centrados en la evidencia científica, lo que ha derivado en una propuesta de complementación o mejoramiento de las limitaciones de la MBE denominada medicina centrada en la persona [21-23].

A pesar de la complementariedad de la MBE y la medicina centrada en la persona, algunos autores han indicado que estas representan realidades ontológicas diferentes (que no anulan sus posibilidades de complementariedad en la praxis médica cotidiana). Esto se ha sustentado en que la MBE tiene fundamentos ontológicos construidos desde las nociones de causalidad y probabilidad en Hume, donde lo real se da por constatación con la experiencia y se comprende la causalidad en términos de correlación. A su vez, esto deriva en que la evidencia depende de la robustez de los datos disponibles, mientras que la singularidad biológica, psicológica y social se diluye en los comportamientos grupales que no captan asuntos como “el holismo, la complejidad, la heterogeneidad, las tendencias individuales y los mecanismos causales”. En contraste, la medicina centrada en la persona asume posturas ontológicas como las planteadas por el “disposicionalismo causal” que trasciende lo exclusivamente estadístico puesto que la generación de los datos es solo una parte de la ciencia [21].

Pese a estas diferencias sobre el tema causal en medicina, el devenir (presente y futuro) de la formación y praxis médica en Colombia debería girar en torno de la articulación de las nociones de MBE y Medicina Centrada en la Persona, en situaciones propias de la cotidianidad del

médico, donde deben confluír elementos singulares (dominio más abordado por la MCP) y generales (dominio más abordado por la MBE) del enfermo, tal como se ha documentado por otros autores [24, 25]. La unión de ambos tipos de medicina constituye una solución a algunos de los problemas originalmente planteados a la MBE y las críticas de las lógicas centradas de manera exclusiva en las particularidades del paciente. De hecho, esta apuesta podría entenderse como una prolongación de la tentativa de la década del setenta del siglo pasado de incorporar aspectos éticos al ámbito de la medicina clínica y la biomedicina en general [26, 27]. Nociones como las de autonomía, respeto, valor, empoderamiento, responsabilización, entre otras, pretenden establecerse como límites reguladores ante una medicina que tradicionalmente se ha asumido desde una perspectiva puramente paternalista [28].

Quienes han aludido la MBE y la MCP como antagónicas, generalmente se focalizan en las dificultades inferenciales de la MBE para aplicar la evidencia a la práctica de cabecera, por considerar que las jerarquías de la evidencia y el privilegio de estudios probabilísticos van en detrimento de la experiencia médica [19, 21]. Tal consideración pudo aplicar para las versiones seminales de la MBE, pero no para las actuales que aúnan la evidencia científica (principalmente probabilística) con la experiencia del clínico y los valores y preferencias del paciente. Esto significa que la preocupación ontológica inicial de la MBE y la MCP pueden presentar relaciones de complementariedad en los siguientes ámbitos: a) preocupación inicial eminentemen-

te clínica ¿cómo aplicar la racionalidad probabilística, basada en criterios poblacionales, en personas individuales, con condiciones particulares y sujetas quizás a condiciones patológicas complejas?, b) ambas presentan un núcleo epistémico y ontológico basado en el conocimiento empirista-probabilista, la MCP se enmarca dentro de ideales importantes en términos éticos y referidos a la atención y la práctica, pero la toma de decisiones sigue inmersa dentro de la lógica de las probabilidades, el raciocinio biomédico y las narrativas del paciente (es decir, los componentes de la MBE) [21, 29]. En suma, una preocupación real dentro de la discusión tiene que ver con el reto de centrar la medicina en la persona dentro de los modelos actuales de la MBE.

Humanidades médicas

Las humanidades médicas corresponden al complejo de disciplinas que pretende impactar de manera positiva la formación médica y la investigación científica [30-32], las cuales incluyen filosofía de la medicina, historia de la medicina, sociología médica, antropología médica, ética médica, bioética, y en los tiempos recientes la geografía médica, las artes plásticas, escénicas y visuales en las ciencias de la salud y la medicina narrativa [33-35].

A pesar de que estas han ocupado un lugar periférico en la formación y praxis médica, este campo disciplinar ha contribuido de manera significativa incorporando culturas y discursos como la medicina holística, la medicina psicosocial, la medicina centrada en la persona, entre otras cuestiones como la popularización

de los principios de autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia y las nociones de calidad de vida, toma de decisiones o empoderamiento, que amplían la mirada exclusivamente clínica, permitiendo profundizar en la comprensión del proceso salud-enfermedad [27, 34-38]. A esto se suman diversos textos que han permitido rescatar experiencias de gran valor para la medicina a partir de conocimientos filosóficos e históricos que se han universalizado a partir de las ideas célebres de personalidades como Hipócrates y Galeno, hasta el médico canadiense William Osler, el erudito español Pedro Laín Entralgo y el célebre precursor de la filosofía de la medicina moderna Edmund Pellegrino [39-42].

A las apologías de autores se unen reflexiones epistemológicas, formativas, críticas y prácticas, como la educación médica, que ha propendido por superar el reduccionismo-tecnicismo en medicina y ha recabado la necesidad de incorporar contenidos y métodos de las humanidades para enseñar justamente la “profesionalidad médica” [43-46].

Ha existido una apuesta por entender el desarrollo de estos estudios humanísticos como una suerte de terapéutica ante la producción de un ser humano cada vez más racionalizado y cosificado [47]. La indagación por el lugar del hombre en medio de los adelantos de la biomedicina y la epidemiología clínica ha generado un cuestionamiento profundo en la comunidad de académicos sobre cuáles deben ser las consideraciones ontológicas y epistemológicas fundamentales en el despliegue de la medicina científica [48].

Las tendencias actuales de las humanidades médicas denotan la necesidad de complementar la producción sobre bioética y la ética médica (especialmente principialista), con aportes de la filosofía de la medicina, la sociología médica y la antropología médica tanto en términos curriculares como investigativos, dado que la emergencia de la bioética y la ética médica en la década del setenta del siglo pasado opacaron otras discusiones [46, 48].

En general, las humanidades implican las siguientes ventajas para el presente y futuro de la medicina: (i) cristalizan el holismo como una solución habitual a múltiples problemas que enfrenta el tecnicismo y cientificismo médico contemporáneo, con aportes importantes (sin suficiente desarrollo en el caso colombiano) desde epistemologías heterogéneas y múltiples [49], (ii) promueven diversas artes y elementos narrativos para integrar a la profesionalidad la virtud de la empatía dentro de la comunicación médico-paciente y mejorar la atención médica [34, 44], (iii) mejoran la reflexividad del médico frente a la propia conceptualización y representaciones de la disciplina, así como en las valoraciones subjetivas y vivenciales de la enfermedad, con lo cual se puede mejorar la comprensión de la interacción que los enfermos tienen con las exigencias sociales y las representaciones mismas de la enfermedad [50], (iv) privilegia la reflexividad como una habilidad fundamental para hacer frente a las situaciones de incertidumbre propias de la práctica médica en las que los practicantes cotidianamente viven múltiples dilemas éticos [51].

En general, las humanidades médicas permiten ampliar los repertorios conceptuales y teóricos [52], asumir una postura crítica frente al problema del reduccionismo desplegado por la racionalidad biomédica y de mercado [53], prestar mayor atención no solo al contexto y a la experiencia de la salud, sino a los múltiples niveles causales que explican la salud-enfermedad y la complejidad de pensar la relación médico-paciente [54-56].

Finalmente es importante explicitar que, actualmente, la noción de humanidades médicas conjuga una amplia gama de disciplinas no necesariamente enmarcadas dentro de la educación médica. En esta encontramos disciplinas variadas como la sociología y la antropología de la medicina, la filosofía de la medicina, la ética médica y la bioética, y otros tipos de estudios históricos, literarios y artísticos enmarcados dentro de los planes formativo de los facultativos a nivel mundial [30, 31, 57-59]. Esto, por supuesto, no siempre ha sido así. A comienzos de los ochenta empezó a circular la revista *Health Humanities Reader*, un medio clave que ayudó a formalizar a una comunidad de académicos, investigadores y docentes, reunidos bajo el descriptor de “Humanidades Médicas”. Allí se conminaba a los académicos que trabajan en estas áreas a adoptar dicha noción para describir sus estudios. Este establecimiento formal se reforzó con una publicación del Hastings Center en 1984 referido al lugar de las humanidades médicas en la medicina, escrita por Eric Cassell [59]. De esta forma se pretendió dar especificidad a este cuerpo teórico teniendo

do como objeto de estudio al proceso salud-enfermedad en una perspectiva social, histórica, cultural o filosófica, a diferencia de las disciplinas de las ciencias sociales y humanas que informan la formación médica donde el objeto de estudio es el mundo social (histórico, cultural, político, entre otras) y el campo médico un ámbito de aplicación.

Determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud (DSS) aluden a las condiciones de vida y trabajo específicas de un contexto social que derivan en brechas en el logro en salud y explican las desigualdades sanitarias. El modelo de los DSS de la Organización Mundial de la Salud (OMS) pretende, entre otros fines, explicar los mecanismos que generan inequidades en salud, integrar el efecto recíproco entre logro en salud y la posición socioeconómica, subrayar la relevancia de los factores no clínicos sobre la salud individual y poblacional, e indicar las vías por las cuales los determinantes sociales afectan el estado de salud individual [60].

Dado que en algunos escenarios se emplea el término determinantes sociales de la salud de manera genérica, sin precisar las trayectorias y especificidades del modelo de la OMS y particularmente la Comisión de DSS; es necesario exponer una caracterización general del modelo explicando que, previo a la consolidación de la Comisión de los DSS, en algunas conferencias internacionales sobre promoción de la salud se había esbozado la importancia de estudiar y explicar los DSS. Entre estas se destacan algunas citadas en el trabajo de Mejía [61] como Alma Ata

(1978), Ottawa (1986), Adelaida (1988), Sundsvall (1991), Yakarta (1997), México (2000) y Bangkok (2005).

Los DSS se configuraron como un marco teórico que ayuda a comprender temas complejos, a explicar procesos y relaciones, a tener un lenguaje común y un marco similar para hablar de una realidad dada; bajo la premisa que las intervenciones útiles para mejorar el estado de salud (tradicionalmente centrada en aspectos clínico-epidemiológicos y sin impactar dominios socioeconómicos) difieren de aquellas que sirven para reducir las inequidades en salud (que precisamente, demandan la intervención de aspectos sociales, económicos, culturales del orden estructural). Su génesis se podría ubicar en los últimos años de la década de 1970 y principios de 1980, tiempo en el cual se demostraron múltiples limitaciones de las intervenciones de salud basadas en riesgos individuales de enfermar y se afianzó la idea que el mejoramiento de la salud requiere un enfoque poblacional y acciones políticas de orden colectivo, dado que los patrones y estructuras sociales moldean las oportunidades de las personas de ser saludables [60, 62].

En este modelo las causas de la mala salud se agrupan en patrones sistemáticos, cuyos efectos sobre un individuo pueden depender de la exposición y los resultados experimentados por otros sujetos. En este sentido, los DSS buscan comprender los mecanismos por los cuales los casos individuales se relacionan con causas de orden poblacional [60, 63].

En adición, la Comisión de los DSS de la OMS explicitó el concepto de equidad

en salud (basada en la justicia distributiva) como base ética para su trabajo; entendiendo las inequidades como las desigualdades que se juzgan injustas y que pueden ser evitadas o corregidas mediante una acción humana. Estas se generan en la estratificación social, lo que implica que es una categoría ética arraigada en la realidad política y en las relaciones de poder social [60, 63].

La equidad en salud requiere la creación de condiciones sociales bajo las cuales todas las personas disfruten de oportunidades iguales de salud, no igualar el nivel de salud sino una distribución de determinantes de salud donde cada individuo pueda disponer de las mismas posibilidades de disfrutar una vida sana y duradera. En la medida en que se pueda demostrar que las condiciones sociales limitan la capacidad de salud y, por lo tanto, las libertades básicas de algunas personas dentro de una sociedad, un gobierno justo está obligado a tomar medidas sobre estos determinantes sociales para asegurar la igualdad en las oportunidades de salud [60, 63].

En este marco, el trabajo de la Comisión de los DSS se fundamentó en varios modelos que intentaban demostrar los mecanismos por los cuales los determinantes sociales se relacionan y afectan los resultados en la salud individual, lo que redundó en un modelo inicial de DSS que estableció el mecanismo de generación de las inequidades en salud, iniciando en el contexto social y político que incluye instituciones y procesos económicos que dan lugar a las posiciones socioeconómicas desiguales o estratificación según los niveles de ingresos, educación, estatus profesional, género, la raza-etnia y

otros factores; estos constituyen los determinantes estructurales de la salud. El nivel anterior deriva en determinantes específicos del estado de salud individual que reflejan la ubicación social del individuo dentro del sistema estratificado, los individuos experimentan exposición diferencial y vulnerabilidad a factores que comprometen la salud, no de forma directa, sino a través de determinantes más específicos e intermedios como las condiciones materiales (trabajo y vivienda), las circunstancias psicosociales (por ejemplo, el estrés psicosocial) y factores comportamentales [60].

El modelo supone que los miembros de los grupos socioeconómicos más bajos viven en circunstancias materiales menos favorables que los grupos socioeconómicos más altos y que las personas más cercanas a la parte inferior de la escala social participan más frecuentemente en comportamientos dañinos para la salud y menos frecuentemente privilegiado [60]. Con base en el modelo inicial de la OMS, la Comisión para Reducir las Desigualdades en Salud en España en 2010, planteó la siguiente estructura de DSS, la cual constituye el modelo más comúnmente citado en este tema [64].

Frente a la posición hegemónica de los DSS, la Medicina Social Latinoamericana define:

La determinación social de la salud como las relaciones de poder y las dinámicas de acumulación de capital que definen las diferencias en la salud-enfermedad de las poblaciones, según la clase social, el género y la etnia; en función de diferencias en los patrones de consumo, trabajo, desgaste, bajo so-

porte social y formas culturales malsanas que conducen a la enfermedad; en un abordaje dialéctico de las relaciones sujeto-sociedad, naturaleza-cultura, salud-enfermedad [65].

Este último enfoque latinoamericano, ontológicamente ubica el dominio social en tanto realidad dinámica, histórica e irreductible a los promedios poblacionales, con fundamento en el materialismo histórico-dialéctico, que resalta la importancia de varias interdependencias que deben hacer parte del campo de estudio de las ciencias de la salud, estas son: agente-estructura, producción-reproducción social, énfasis economicista-sociocultural, autonomía-determinación, entre otras [65, 66].

Epistemológicamente, el enfoque latinoamericano pretende superar el reduccionismo y la fragmentación de la realidad positivista, donde la relación sujeto-objeto se asume desde el realismo ingenuo en un vacío social e histórico, frente al cual se antepone el realismo crítico que muestra la necesidad epistemológica de analizar la determinación política, cultural y comunitaria de la ciencia [65,66].

Conclusiones

La medicina moderna asiste a un predominio cientificista-tecnológico, con énfasis en el reduccionismo objetivo de la enfermedad que demanda una reflexión sobre la necesidad de virar esta tendencia hacia cuerpos teóricos centrados en la persona, las humanidades y aspectos estructurales que determinan las formas diferenciales de enfermar y morir de los individuos.

El devenir de la formación y praxis médica en Colombia debería propender por la articulación de las bondades de la MBE y medicina centrada en la persona para superar prejuicios y mitos frente a la evidencia científica, la importancia del criterio clínico y de la singularidad del paciente; promoviendo perspectivas de complementariedad y no de antagonismo entre ambos paradigmas de la medicina actual. En el futuro cercano también deben fomentarse los trabajos teóricos y empíricos sobre las humanidades médicas en Colombia, dado que los estudios sobre la función de las humanidades médicas, las áreas que estas integran, los conocimientos que las componen, su puesta en escena en términos prácticos, así como las concepciones y significados que existen frente a las mismas, son todavía muy exiguos.

La formación y praxis médica en Colombia debe asumir la importancia de los determinantes sociales de la salud, más allá de las retóricas de las políticas públicas, con el fin de tener claro que muchos condicionantes fenotípicos, genotípicos y conductuales de los pacientes, están determinados por aspectos estructurales como las condiciones económicas, culturales, sociales e históricas de los sujetos, los cuales deben ser parte de la reflexión y valoraciones médicas.

Referencias

1. The future of Medicine. Special Issue. Time. 1999; 153: 24-56.
2. Golub ES. Los límites de la Medicina. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello. 1996.

3. Goic A. Tendencias de la medicina actual. *Revista médica de Chile*. 1999;127(9):1136-1138. Doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98871999000900016>.
4. Bioética. *Bol Of Sanit Panam (Número Especial)*. 1990; 108: 369-652.
5. Goic A. *El fin de la Medicina*. Santiago de Chile: Editorial Mediterraneo. 2000.
6. Ruiz J. Las tendencias actuales de la medicina. *Médica Sur*. 2005;12(4):191-195.
7. Lifshitz A. Tendencias de la educación médica. *Gac Méd Méx*. 1997;133(1):25-337.
8. Ponce-De León ME. Tendencias actuales en la enseñanza de la Medicina. *Estrategias del aprendizaje en medicina*. *Gac Méd Méx*. 2004;140(3):305-319.
9. Gutiérrez Rodas JA, Posada Saldarriaga R. Tendencias mundiales en educación médica. *IATREIA*. 2004;17(2):130-138.
10. Farmanuario. *Revista Tendencias en Medicina [Internet]* 2020. [citado el 11 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.tendenciasenmedicina.com/>.
11. Cabal Mirabal CA. Regularidades y tendencias de las tecnologías al servicio de la medicina moderna. *Revista Cubana de salud Pública*. 2008. Disponible en: https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0864-34662008000300014&script=sci_arttext&tlng=es
12. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*. 1992;268 (17): 2420-2425.
13. Mascia D, Cicchetti A. Physician social capital and the reported adoption of evidence based medicine: exploring the role of structural holes. *Social Sciences & Medicine*. 2011;72(5): 798-805.
14. Parkhurst J. *The politics of evidence: From evidence based policy to the good governance of evidence*. London: Routledge. 2017.
15. Hanemaayer A. Evidence-based medicine: a genealogy of the dominant science of medical education. *Journal of Medical Humanities*. 2016;37(4): 449-473.
16. Mykhalovskyi E, Weir L. The problem of evidence based medicine: directions for social sciences. *Social Sciences & Medicine*. 2004;59:1059-1069.
17. Armstrong P, Armstrong H, Coburn D. *Unhealthy times: political economy perspectives on Health and care in Canada*. Toronto: Oxford University Press. 2002.
18. Armstrong P, Armstrong H. *Wasting away: the undermining of Canadian Health care*. Toronto: Oxford University Press. 2002.
19. Lambert H. Accounting for EBM: Notions of evidence in medicine. *Social Science & Medicine*. 2006;62(11): 2633-2645.
20. Djulbegovic B, Guyatt G. Progress in evidence based medicine: a quarter century on. *The Lancet*. 2017;390(10092): 415-423.
21. Anjum R. Evidence based or person patient centered? An ontological debate *European Journal for person centered health-care*. 2016;4(2):421-429.
22. Sackett D, Rosenberg W, Gray J, Haynes R, Richardson W. Evidence based medicine: What it is and What it isn't. *BMJ*. 1996;312(7023): 71-72.
23. Haynes R, Devereaux P, Guyatt G. Clinical expertise in the era of evidence based medicine and patient choice. *ACP J Club*. 2002;136(2):11-14.
24. Montori V, Guyatt G. Progress in evidence based medicine. *JAMA*. 2008;300(15): 1814-1816.
25. Peile E. Evidence based medicine and values based medicine: partners in clinical education as well as in clinical practice. *BMC Medicine*. 2013;11: 40. doi: 10.1186/1741-7015-11-40..

26. Pellegrino E. "Patient and physician autonomy: conflicting rights and obligations in the physician-patient relationship". *Journal of contemporary Health law & policy*. 1994;10(1): 47-68.
27. Beauchamp T, Childress J. *Principios de ética biomédica*. Barcelona: Masson. 1999.
28. Steglitz J, Warnick JL, Hoffman S, Johnson W, Spring B. Evidence based practice. In: *International Encyclopedia of the social & behavioral sciences*. 2015;8: 332-338.
29. Zehtabchi S, Kline JA. The art and science of probabilistic decision-making in emergency medicine: COMMENTARY. *Acad Emerg Med*. 2010;17(5):521-523.
30. Ahlzén R. Medical Humanities – Arts and Humanistic Science. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2007;10(4):385-393.
31. Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Medical Humanities*. 2000;26(1):23-30.
32. Pfeiffer S, Chen Y, Tsai D. Progress integrating medical humanities into medical education: a global overview. *Current opinion in psychiatry*. 2016;29(5):298-301.
33. Sánchez M. El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*. 2017;18(3):212-218.
34. Kottow M. Humanidades médicas: ¿Decorativas o sustantivas? El caso de literatura y medicina. *Revista Brasileira de Educacao médica*. 2014;38(3):293-298.
35. Hurwitz B. Medical humanities: lineage, excursionary sketch and rationale. *Journal of Medical Ethics*. 2013;39(11):672-674.
36. Evans H, Macnaughton J. Should medical humanities be a multidisciplinary or and interdisciplinary study? *Medical Humanities*. 2004;30(1):1-4.
37. Armstrong D. Stabilising the construct of health related quality of life: 1970-2007. *Science Studies*. 2009;22(2):102-115.
38. Tengland P. Empowerment: A goal or a means for health promotion? *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2006;10(2):197-207.
39. Clouser K. Humanities in medical education: some contributions. *The Journal of medicine and philosophy*. 1990;15(3):298-301.
40. Borsay A. Humanidades médicas: orígenes y destinos. *Ars Medica. Revista de humanidades*. 2007; 1: 138-148.
41. Brody H. Defining the medical humanities: three conceptions and three narratives. *Journal of medical humanities*. 2011;32(1):1-7.
42. Macías Llanes M. Ciencias Sociales y humanísticas en la formación médica. *Humanidades médicas*. 2011;11(1):18-44.
43. Bolton G. Boundaries of humanities: writing medical humanities. *Arts and humanities in higher education*. 2008;7(2):131-148.
44. Dali K, Dilevko J. Toward Improved collections in medical humanities: fiction in academic health sciences libraries. *The Journal of academic librarianship*. 2006;32(3):259-273.
45. Hooker C. The medical humanities. A brief introduction. *Australian Family Physician*. 2008; 37(5): 369-370.
46. Engelhardt T. The birth of the medical humanities and the rebirth of the philosophy of medicine: the vision of Edmund Pellegrino. *The Journal of Medicine and Philosophy*. 1990; 15(3):237-241.
47. Martignoni G, Grignoli N, Di Bernardo V, Malacrida M, Bernegger G, Barazzoni F, Malacrida R. Medical humanities: a question of style. *Critical review in Oncology/Hematology*. 2012; 84(S2):S1-S4.

48. Díaz Amado E. Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016; 17(1):102-123.
49. Pilgrim, D. The aspiration for holism in the medical humanities: some Historical and philosophical sources of reflection. *Health*. 2016;20(4):1-15
50. Atkinson S, Evans B, Woods A, Kearn R. "The Medical" and "Health" in a Critical Medical Humanities. *Journal of medical humanities*. 2015;36(1):71-81.
51. Viney, W, Callard F, Woods A. Critical medical humanities: embracing entanglement, taking risks. *Medical Humanities*. 2015; 41: 2-7. DOI:10.1136/medhum-2015-010692
52. Pickersgill M, Hogle L. Enhancement, ethics and society: towards and empirical research agenda for the medical humanities and social sciences. *Medical humanities*. 2015; 41(2): 1-7.
53. Petersen A, Bleakley A, Brömer R, Marshall R. The medical humanities today: Humane Health Care or Tool of Governance? *Journal of medical humanities*. 2008;29(1):1-4.
54. González Vázquez A. Michel Foucault, Judith Butler, y los cuerpos e identidades críticas, subversivas y deconstructivas de la intersexualidad. *Isegoría. Revista de Filosofía Moral y Política*. 2009;(40):235-244.
55. Vázquez F. Georges Canguilhem y la biopolítica de las discapacidades. *Sociología histórica*. 2015; 5: 93-126.
56. Ishikawa H, Hashimoto H, Kiuchi T. The evolving concept of "patient centeredness" in patient-physician communication research. *Social Science & Medicine*. 2013; 96: 147-153.
57. Horton MEK. The orphan child: humanities in modern medical education. *Philosophy Ethics Humanit Med*. 2019;14(1):1.
58. Bleakley A. Invoking the Medical Humanities to Develop a #MedicineWeCanTrust. *Acad Med*. 2019;94(10):1422-1424.
59. Cassell EJ. The place of the humanities in medicine. Hastings-on-Hudson, N.Y: Hastings Center, Institute of Society, Ethics, and Life Sciences; 1984. 56 p.
60. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a Conceptual Framework for analysis and action on the social determinants of health*. World Health Organization: Geneva; 2005
61. Mejía L. Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 31(Supl 1): S28-S36
62. Vega R. Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. *Rev. Gerenc. Polit. Salud*. 2009;8(16):7-11
63. Vega J, Solar O, Irwin A. Equipo de Equidad en Salud de la Organización Mundial de la Salud. Equidad y determinantes sociales de la salud: conceptos básicos, mecanismos de producción y alternativas para la acción. [Internet] 2016. Disponible en: https://cursos.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/3225/mod_resource/content/0/Curso_DSS_11/equidad_DSS_conceptos_basicos.pdf
64. Espelta A, Continente X, Domingo A, Domínguez F, Fernández T, Monge S, et al. La vigilancia de los determinantes sociales de la salud. *Gac Sanit*. 2016;30(Supl 1):38-44.
65. Cardona-Arias J, Salas-Zapata W, Carmona-Fonseca J. Retos para la incorporación de métricas en los enfoques de la determinación social de la salud. *Medicina Social*. 2020;13(2):En prensa.
66. Ruíz-Taborda JP, Higuera-Gutiérrez LF, Cardona-Arias JA. Reflexión epistemológica para la investigación de los procesos de determinación social de la salud. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2020;39(1):e341437. doi: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e341437>.