



**Universidad del  
Rosario**



Pontificia Universidad  
**JAVERIANA**  
Bogotá

**Influencia de la transmisión de las recomendaciones basadas en la evidencia (REBE)  
en la relación médico-paciente (RMP)**

Autor

**Rosa Helena Meneses Acevedo  
William Alberto Robles Fonnegra**

Director

**John Alexander Vergel Guerrero**

Título por el que opta

**Magíster en educación para profesionales de la salud**

**Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud – Facultad de Medicina**

**Maestría en educación para profesionales de la salud**

**Universidad del Rosario – Pontificia Universidad Javeriana**

**Bogotá - Colombia**

**2022**

## Resumen

**Objetivo.** Comprender cómo influyen las REBE en determinados elementos de la RMP (v.g., jerarquización, toma de decisiones, comunicación, confianza)<sup>1</sup>.

**Metodología.** Es un estudio de caso cualitativo, exploratorio y descriptivo, realizado en Bogotá (Colombia) entre enero y octubre de 2022. Se hicieron seis entrevistas semiestructuradas a seis pacientes y un cuidador, dos grupos focales de dos profesionales de la salud cada uno, todos seleccionados por muestreo por conveniencia. Además, también se realizó un análisis documental de las REBE difundidas. La información fue audiograbada y transcrita para su análisis temático apoyado del software NVivo®. Alcanzada la saturación teórica se finalizó la recolección de datos y se validaron los códigos y categorías emergentes mediante revisión por pares.

**Resultados.** Se identificaron cuatro temas: a) percepción de los profesionales de la salud y usuarios sobre las competencias comunicativas; b) características que motivan las decisiones; c) aspectos que generan valor en la RMP, y d) cómo se transforman algunos elementos de la RMP. Las vivencias de los entrevistados se representaron metafóricamente con títulos de películas.

**Discusión.** Las REBE se constituyeron en un instrumento de comunicación que facilitó la toma de decisiones y el empoderamiento de los pacientes. Promovieron la confianza hacia el médico, la comprensión de este del contexto del paciente y un diálogo cercano. La formación de la RMP exige un proceso transversal durante el pregrado y posgrado.

**Palabras claves:** relación médico paciente, estudios cualitativos, atención centrada en el paciente, Recomendaciones Basadas en la Evidencia.

---

<sup>1</sup>Este estudio se enmarca en el proyecto “Estudio de impacto de estrategias de información para modificar conocimiento, actitudes y práctica en enfermedades crónicas en el proyecto de investigación Vector Salud Bogotá”

## **Abstract**

**Objective.** Understand how evidence-based recommendations (EBRs) influence some aspects of the physician-patient relationship (PPR) (e.g., hierarchy, decision-making, communication, trust).

**Methodology.** It is a qualitative, exploratory, and descriptive case study carried out in Bogotá (Colombia) from January to October 2022. For this study, the research team conducted six semi-structured interviews with six patients and one caregiver, two focus groups of two health professionals each, all selected by convenience sampling, and a documentary analysis of the disseminated EBRs. The information was audio-recorded and transcribed for thematic analysis supported by the NVivo® software. Once theoretical saturation was reached, data collection was completed, and the emergent codes and categories were validated through peer review.

**Results.** Four themes were identified: a) health professionals' and users' perception of communication skills; b) characteristics that motivate decisions; c) aspects that strengthen the RMP; and d) how some elements of the RMP are transformed. The experiences of the interviewees were represented metaphorically with movie titles.

**Discussion.** EBRs became a communication tool that facilitated decision-making and patient empowerment. They promoted trust in physicians, their understanding of patients' contexts, and close communication. Building RMP requires a transversal process during the undergraduate and postgraduate courses.

**Keywords:** physician-patient relationship, qualitative studies, patient-centered care

## **Introducción**

Este trabajo parte del interés en la influencia que genera la información que se brinda a los pacientes y familiares para que tomen decisiones en salud. Tradicionalmente, esta se da de forma imprecisa y poco concreta, lo que le impide al paciente abordar adecuadamente los problemas de salud (Fernández et al., 2004) y se plantea como un reto en la relación médico-paciente.

Las REBE se presentan como una alternativa para esta problemática y permiten estructurar la acción de un profesional para orientar a las demás personas en la comprensión de los eventos de salud y la pertinencia de los cuidados en cada caso en particular. Por medio de las REBE, se puede generar estímulos y la consolidación de valores en la relación médico-paciente, que deben establecerse como un objetivo en la formación médica, transformarse en competencias y finalmente en un indicador de éxito y de calidad en el ejercicio profesional asociado a los logros en salud de los pacientes (Ramón Córdoba Palacio, 2005).

La RMP debe contar con estrategias eficaces para generar, estimular y mantener los conocimientos, actitudes y prácticas en salud (CAP) acordes con la evidencia científica y que orienten efectivamente las decisiones de la comunidad (*regaliasbogota.sdp.gov.co*, s. f.). Para que se logren estas condiciones, se deben crear y posibilitar nuevas formas de comunicación en las que se propicie el diálogo y el logro de acuerdos para el cuidado como un aspecto significativo de la experiencia de cada uno de los actores (médico y paciente).

Precisamente la exploración de la Toma de Decisiones Compartida surge como “un modelo de atención centrado en la persona, que parte de involucrar las expectativas del paciente (en ocasiones, también de su entorno familiar y social), proporcionar información relevante y actualizada, identificar la incertidumbre, invitar al paciente a expresar sus valores y preferencias con el fin de elegir la opción diagnóstica o terapéutica que sea más apropiada para la persona, según su condición de salud, contexto, valores y preferencias” (Toma de Decisiones Compartida, s. f.). Por ello se perfila como una estrategia válida para identificar las opciones de comportamiento más beneficiosas, reducir las variaciones injustificadas en el trato dentro de la práctica asistencial y contribuir a la racionalidad del uso del sistema sanitario (*Toma de decisiones compartidas*, s. f.).

Este estudio servirá de referencia en el desarrollo de modelos de atención que posibiliten una relación médico-paciente que propicie planes terapéuticos de forma consensuada y que integren la autonomía del paciente. Tales modelos permiten impactar la calidad de vida de pacientes crónicos a través del uso de la tecnología y la información por medio de REBE

orientadas a mejorar las condiciones de calidad de vida que se producen en la historia natural de estos eventos de salud.

Adicionalmente, servirá de guía para futuras investigaciones sobre educación para profesionales de la salud que busquen mejores condiciones en el desarrollo de las acciones de promoción y prevención en salud que involucren al paciente y la familia como actores protagónicos de los resultados en salud.

Este estudio se enmarca en los objetivos generales de la investigación de Vector Salud<sup>2</sup>, al contribuir en la caracterización de los cambios en los CAP a partir de la implementación de las REBE elaboradas, lo que aumenta la capacidad de investigación en esta temática y genera una participación crítica en actividades de elaboración e implementación de las REBE en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT). Se busca comprender cómo influye la transmisión de las REBE en determinados elementos (jerarquización, toma de decisiones, comunicación, confianza) de la relación médico-paciente.

## **MÉTODOS**

### Diseño de estudio:

Se realizó un estudio de caso cualitativo de tipo exploratorio y descriptivo en la ciudad de Bogotá, de enero a octubre de 2022. El estudio exploratorio permite identificar situaciones y tendencias caracterizadas por ser flexibles y que requieren de receptividad por parte del investigador (Hernández-Sampieri, 2018).

### Selección de los participantes:

---

<sup>2</sup> Esta intervención corresponde a una difusión de 40 recomendaciones basadas en la evidencia a pacientes con algunas ECNT, cuidadores y médicos.

Para este estudio se define caso a la relación médico-paciente, es decir, el “encuentro de dos confianzas (Restrepo, s. f.)”. Justamente es la RMP como tal lo que motiva el desarrollo de la investigación a entender la transformación de sus elementos.

Los participantes corresponden a seis pacientes, un cuidador y cuatro profesionales de la salud que fueron parte de la intervención Vector Salud. Se define a los pacientes como aquellas personas que recibieron atención ambulatoria por alguna de las condiciones de interés y que hayan recibido el material educativo de las REBE. En cuanto a los profesionales de la salud, se les define como médicos generales encargados de participar en los paneles de elaboración de REBE u otros profesionales que realizaron la capacitación en medicina basada en la evidencia con el Instituto de Evaluación de Tecnológica en Salud (IETS).

Se realizó una selección aleatoria de los pacientes relacionados en las bases de datos compartidas por el proyecto Vector Salud, a quienes se les contactó inicialmente por medio del equipo del proyecto macro que realiza el seguimiento de las REBE y vinculados al proyecto de investigación en su fase inicial convocado desde la IPS. A partir de este grupo se construyó la base de datos de donde se obtuvo la muestra por conveniencia del presente estudio y se realizó una prueba piloto para evaluar la comprensión de las preguntas de la entrevista semiestructurada.

Se contactó a cada paciente seleccionado vía telefónica y se definió el día de la entrevista, momento en el que se informó sobre los propósitos del estudio y se generó el consentimiento informado y la autorización para la grabación por parte del participante.

Tabla 1. Relación de pacientes que participaron en entrevistas semiestructuradas

CÓDIGO	EDAD	SEXO	ASEGURADORA	CONDICIÓN	TIEMPO DIAGNÓSTICO	TIEMPO CONOCER REBE
001E	57 años	Femenino	Subred Norte	HTA	NA	6 meses
002E	56 años	Femenino	Capital Salud	DM2	8 años	4 meses
003E	74 años	Femenino	Capital Salud	DM2	4 años	6 meses

CÓDIGO	EDAD	SEXO	ASEGURADORA	CONDICIÓN	TIEMPO DIAGNÓSTICO	TIEMPO CONOCER REBE
004E	64 años	Femenino	Capital Salud	DM2	6 años	3 meses
005E	52 años	Masculino	Capital Salud	DM2	1 año	4 meses
006E	53 años	Femenino	Capital Salud	DM2	2 años	8 meses

Fuente: Elaboración propia, 2022

En el caso de los grupos focales se programaron dos sesiones virtuales a través de la plataforma Zoom, una con dos (2) profesionales de la salud que participaron en los paneles de análisis de REBE y el otro con dos (2) profesionales que recibieron la capacitación en Medicina Basada en la Evidencia, con una duración aproximada de 40 (cuarenta) minutos cada una. El consentimiento informado se envió previo a la sesión para su firma y se explicó la metodología y el propósito de la investigación.

Tabla 2. Relación de profesionales de salud que participaron en los grupos focales

CÓDIGO	OCUPACIÓN	SEXO	GRUPO SELECCIÓN
001GF	Médico General - Residente Medicina Interna	Femenino	Paneles REBE
001GF	Médico -epidemiólogo	Femenino	Paneles REBE
002GF	Enfermera Jefe	Femenino	Curso PBE
002GF	Químico Farmacéutico	Masculino	Curso PBE

Fuente. Elaboración propia, 2022

Se codificaron los datos de identificación de los pacientes (edad, sexo, patología, tiempo de tratamiento y tiempo de conocimiento sobre las REBE), las respuestas de los pacientes y las discusiones de los profesionales participantes en los grupos focales usando las transcripciones de las entrevistas y sesiones realizadas.

#### Recolección y análisis de la información

Se obtuvo la información para explorar la relación médico-paciente teniendo en cuenta las influencias de las REBE a través de los siguientes instrumentos de recolección:

1. Entrevista semiestructurada individual en profundidad. Se realizó con el fin de explorar la RMP y algunas características como la toma de decisiones, los valores relacionados, el aporte que generó la información de salud remitida por el proyecto de investigación, la forma de comunicación entre los pacientes, cuidadores y médicos participantes en este estudio.
2. Grupo Focal. Se realizó una entrevista grupal semiestructurada con el personal médico involucrado en el proyecto macro y profesionales de la salud capacitados en prácticas basadas en la evidencia por el IETS, de donde se obtuvo la información sobre la experiencia personal y su punto vista frente a la relación médico-paciente.
3. Análisis documental. A través de las referencias bibliográficas se extrajo y recopiló información relevante y necesaria para enmarcar el problema por estudiar, seleccionando las referencias que serán de utilidad (Hernández-Sampieri, 2018) para que, de acuerdo con el desarrollo del proceso, se ajuste la metodología según los hallazgos de la participación de los actores del proyecto de investigación. Adicionalmente, se contó con las piezas de comunicación elaboradas para la transmisión de las REBE.

La cantidad de participantes seleccionados dependió de la saturación teórica que indica que “si frente a nuevos datos analizados, no se identifican otras propiedades o dimensiones diferentes a las que ya existían en las categorías que emergieron, nuevas recolecciones en relación con estas categorías no serían necesarias”(Estrada-Acuña et al., 2021), lo que facilitó la delimitación de la recolección y el análisis de datos.(Saunders et al., 2018).

Los archivos digitales de las audiograbaciones de entrevistas o grupos focales se archivaron digitalmente en los computadores institucionales del equipo investigador de la Universidad del Rosario, que están protegidos con claves a las que solo tendrán acceso los mismos investigadores del equipo.

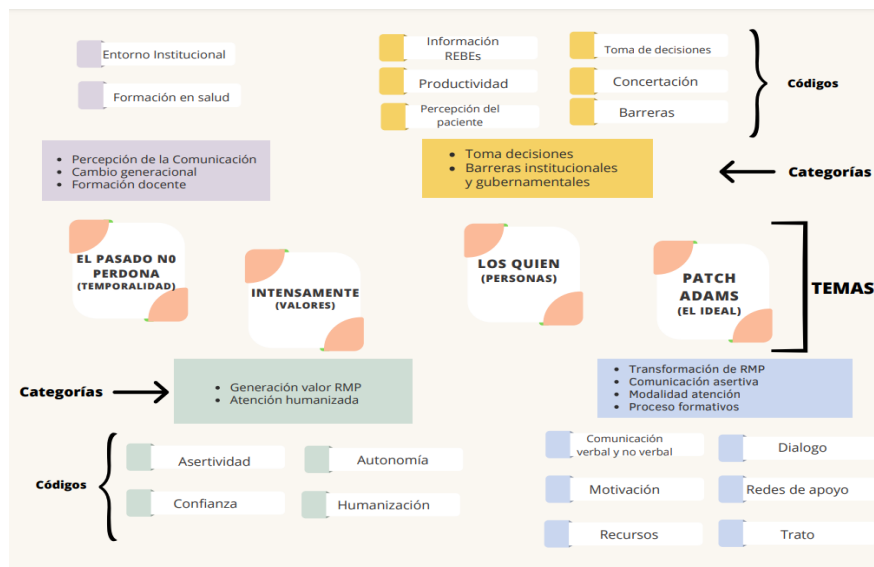
Técnicas de procesamiento y análisis.

Con los datos obtenidos de los instrumentos establecidos en el proyecto de investigación mencionados previamente, se inició la codificación que se asignó de acuerdo con la transcripción de las entrevistas y grupo focal, diario de reflexión e información de proyectos de investigación de Vector Salud, con el apoyo de software de NVivo® para la organización de códigos, caracterizaciones y temas, con el fin de organizar y agrupar los datos de manera similar utilizando el razonamiento de “clasificación más sus sentidos tácitos e intuitivos para determinar qué datos ‘se parecen’ y ‘se sienten iguales’ al agruparlos” ( Saldaña, 2016).

**Resultados**

Luego de realizar las entrevistas con los pacientes y el taller con los profesionales de la salud, se identificaron los siguientes códigos, categorías y temas por analizar:

Ilustración 1. Relación de códigos, categorías y temas



Fuente. Elaboración propia, 2022.

**La temporalidad**

La relación entre pasado y presente, como corte de épocas en el desarrollo de las competencias comunicativas entre médicos y pacientes, fue un elemento llamativo que

revelaron los resultados. Los profesionales de la salud detallan que la formación en la RMP requiere de un conjunto de elementos de formación formal como informal y del currículo oculto, pues los cambios en los programas que requieren del desarrollo de estas competencias en estudiantes deben lograrlo con mayor importancia en los docentes de igual forma.

Tres aspectos se ven relacionados con la temporalidad: el primero, el proceso de formación; el segundo, el objetivo que se tiene en la consulta para generar el plan terapéutico, y el tercero, relacionado con los derechos del paciente y los valores reflejados en la relación humana.

Con relación a la formación, en el grupo focal, los profesionales manifestaron que “me hizo percatar algo de mi formación en mi formación como pregrado, nunca se me decían en clases generales de que *‘no, tengo que decirle al paciente así, así, así.’* Por ejemplo, algo que yo he visto como mucho ... con médicos que han sido formados por médicos especialistas de la vieja escuela, que antes no les interesaba el paciente, o sea cómo atender al paciente, a unos que están siendo formados porque, ve preguntarle más al paciente, hay que ser más asertivos” (001 GF).

Por ello, los profesionales de la salud hacen énfasis para que su formación en la RMP “sea algo constante y no solamente en las personas en formación sino en todas las personas que trabajan en un centro asistencial. Eso es fundamental y no solamente incluye a los profesionales de la salud médicos, a enfermeras, sino también por ejemplo a las terapeutas y debe incluir, considero también, a la parte administrativa, desde que el paciente ingresa al sitio, al servicio de salud, pues se deben establecer todas estas estrategias para dar una atención adecuada”(002 GF). Justamente esta variabilidad entre las dinámicas poblacionales demanda una actualización constante de las competencias.

Las REBE como estrategia para fortalecer la RMP se ven fuertemente relacionadas con los nuevos procesos de formación, lo que se manifiesta en la percepción de los pacientes, quienes refieren que los médicos más jóvenes escuchan más, regañan menos y por eso los prefieren para el seguimiento de sus eventos de salud. “Yo, le pregunte algo y él me haga varias preguntas, me dé recomendaciones y que no me regañe porque es que a veces los médicos:

*‘no, es que si usted no, si usted no hace esto, la perjudicada es usted, que no sé qué’, pero yo pienso que esa no es la forma de hablarle al paciente, porque, pues, el paciente ni siquiera vuelve. Entonces a eso le llamo yo médicos que no, que no prestan un buen servicio, porque allá los tuve. Allá tuve también trato de esos médicos, que ya médicos mayores no sé por qué motivo, pero era así y ahorita solo llevo como un año o dos años para acá, que hace como un año y medio que ya solo con médicos jóvenes’.* (002E)

La segunda gran diferencia entre las épocas relacionadas en la RMP (profesional formado hace mayor tiempo y con formación más reciente) y que se enfatizó en el grupo focal, es la importancia que se les da a las habilidades de escucha y de comprensión del contexto en el que los pacientes se desenvuelven y que los pacientes refieren como indispensables en las nuevas relaciones con el equipo de salud. *“Tener en cuenta que es una relación que se construye y no que está dada de forma establecida o normada implica que es un aspecto que se debe saber construir y por ello requiere de un proceso formativo, aspecto que en el pasado solo se esperaba que se comprendiera por un currículo oculto no estructurado”* (001GF).

Un tercer aspecto relacionado con el reconocimiento del paciente como persona sujeta de derechos. *“Lo que nosotros tenemos que entender es que este paciente quiere comentarnos sus inquietudes. Nosotros no tenemos que estar para regañarlos y eso fue algo que siempre me quedó marcado desde mi formación en pregrado y por eso, por eso reconozco y se reconoce desde la atención profesional a un paciente, que es escucharlo, es ser empático con este, con esta persona”* (002GF).

Sin embargo, en este transcurso también se encuentra una mayor apropiación de valores y el surgimiento de retos asociados a nuevas modalidades de atención. Según el relato de los pacientes entrevistados, se revela una jerarquía en la RMP con relación a la modalidad de atención. Reconocen que con la pandemia se instauró la teleconsulta como principal medio de comunicación con los usuarios, situación comprendida por los pacientes. Sin embargo, en la actualidad esta modalidad solo permite la solicitud de una reformulación para la obtención de medicamentos, según los usuarios, pues no genera la confianza para comentar sus inquietudes y mucho menos resolver dudas que se presentan con las recomendaciones. *“Uno*

*solicita la cita y le asignan por llamada, uno sabe que es solo para los medicamentos, que no se venzan” (001E).*

### ***Generación de Valores***

En la categoría de generación de valor de la RMP, los pacientes consideran que dentro de los aspectos que generan valor en la RMP con el uso de las REBE se encuentra la comunicación verbal o no verbal. Consideran que es un aspecto importante en la generación de un ambiente adecuado: *“el contacto visual permite que la relación se transforme” (001GF).*

El primer valor manifestado por los entrevistados es la confianza. Los pacientes determinan que se vuelve el detonante para generar un diálogo abierto en donde se permite exponer otro tipo de temas de qué hablar durante la consulta. *“Me siento tranquila. Como si yo, un ejemplo, hubiera estado hablando con o con un padre, por ejemplo, que me tiene esa confianza y cómo descansa cuando uno habla con el padre o hablando de otro tema” (004E).* Esto permite romper los esquemas y dar respuesta a la sobreinformación que tiene el paciente en internet, por medio de elementos orientados a abordar determinados aspectos que los pacientes consideran poco tradicionales. Igualmente, se relaciona, según los usuarios, con nuevas disciplinas como la medicina familiar. *“Es que ahora me ha tocado con el médico de familia y ese si me escucha y me explica” (006E).*

Un segundo valor se relaciona con la autonomía. *“Los pacientes son autónomos, son independientes, ellos asisten a consulta, pero, pues, finalmente lo que nosotros les decimos es una recomendación y ningún paciente está obligado seguir lo que se le da” (001GF).* Esta autonomía se presenta a veces como a un formalismo y en otras ocasiones como una forma de excusarse del profesional por el resultado o evolución del evento y como punto de conversación y entendimiento.

Otros valores que expresan los profesionales de la salud son la confianza y seguridad. Consideran que el médico es quien las debe brindar primero, por medio de un trato adecuado y de ser prudente al conocer el contexto del paciente que le permite fortalecer la

*“humanización y empatía... Primero escuchemos al paciente, tratemos de poner en los zapatos de él, cómo es el contexto social en el que habita y de esta forma podríamos abordar”* (002GF) la patología y contar con herramientas para la comunicación asertiva, que permite desarmar a los pacientes agresivos. Todo esto se va adquiriendo durante el ejercicio profesional.

Asimismo, se describe como valor, por el grupo de profesionales, a la influencia que se tiene en la calidad de vida de los pacientes, que crea la necesidad de convencer para seguir y cumplir unas recomendaciones. En este aspecto, en el grupo focal mostraron cómo en momentos críticos y cómo en las urgencias los pacientes reconocen que no les han dado importancia a las pautas expuestas por los médicos y revelan arrepentimiento o reconocen sus fallas. Sin embargo, es un momento tardío y por ello los profesionales buscan intimidar o presionar las repercusiones, para que generen más temor con el ánimo de lograr modificar comportamientos.

Parte del convencer está relacionada con la influencia que tenga el paciente desde otros medios de información, el sentido que le halla la población a los mensajes. En este campo se encuentra que las REBE compiten con otros mensajes con fines comerciales u otros que al paciente le parecen creíbles, sin que tenga elementos para priorizar o para seleccionar unos o rechazar otros. Por lo tanto, el médico debe poder conversar en este aspecto con el paciente y orientarlo en la comprensión de los mensajes y la identificación de los vacíos que presenta determinada información en contraste con otra basada científicamente y validada. *“Uno le daba las indicaciones y era más fácil tener ese lazo con ellos desde que le ponían fe, como por así decirlo, o le daban el voto de confianza cuando uno estaba tratándolos. Actualmente, esa confianza se ve muy socavada por los, por la sobreinformación que se puede tener en Internet. Entonces, por ejemplo, ahorita ya no viene el paciente como ¿doctor, qué podemos, enfermeras, qué hay que hacer, qué cuidados más? Ahorita es bien, es como que, ‘es que yo leí que teníamos que hacer esto, yo leí que en Internet decía que si tomaba chocolatada con no sé qué vaina, pues se me resolvían, las inquietudes podían hacer’. Entonces es más difícil actualmente empatizar con un paciente para poder generar ese tipo de relación de confianza”* (002GF).

Los profesionales consideran que es parte de su labor el estructurar una RMP con valores y las REBE les permiten conocer las inquietudes de los pacientes teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. *“Yo creo que esa confianza que debe existir siempre en la relación médico-paciente, yo siento que obviamente la tiene que iniciar de la parte médica. El médico tiene que iniciar brindando esa confianza y seguridad, teniendo en cuenta, no quiero que suene así, pero el tipo de paciente que tenemos al frente, no todos son iguales, nos debemos referir a cada uno de cierta manera, con cierta prudencia. Ese tacto nos lo va dando, digamos, yo considero que la experiencia que vayamos teniendo en la práctica, en el día a día de nuestro ejercicio profesional” (001GF).*

### ***Las personas***

Un tercer aspecto que congrega varios resultados es el reconocimiento del otro como persona, sujeto de derechos y con las capacidades y la dignidad para entablar una relación con el médico, tendiente a la toma de decisiones y la comprensión de la situación presentada.

Es así como el tener en cuenta al otro y quién es el otro se vuelve fundamental en la construcción de la RMP. Los profesionales de la salud comprenden que esta competencia varía según la población, el nivel en el que se brinda la atención, el servicio en el que se les atiende y las condiciones propias de educación y cultura de la población. Esa preocupación por el contexto, por sus recursos es lo que da pie para que se estructure una RMP. *“¿Entonces qué es lo que se ha tratado de implementar o lo que se trataba de implementar en su momento cuando yo estaba en esos equipos? Era que primero escuchemos al paciente, nos pongamos, nos tratemos de poner en los zapatos de él, cómo es el contexto social en el que habita y de esta forma podríamos abordar un, digamos, como que muchos aspectos que posiblemente nos pudieran dar, digamos como qué indicios de su manejo, de su prevención, de toda la parte de su calidad de vida relacionada con su patología clínica” (001GF).*

Con las REBE se obtiene mayor conciencia de lo importante para su cuidado, se genera mayor colaboración por parte de los cuidadores, quienes se comprometen más con su colaboración y posibilitan una acción con base a una comprensión del problema y no de un

seguimiento de órdenes a las que en algunos casos no se les halla sentido. Todos estos aspectos generan que lo que se hace por el cuidado se sienta personal, que se les dé una explicación en el contexto y se cumpla por convicción y no por imposición. *“Es que ahora me explica mejor, siento como que, que entiendo y sé qué debo hacer con mi problema. Antes solo hacía caso” (003E). “Me di cuenta de que no me habían preguntado por las piernas. Ya tengo qué preguntarle la próxima cita” (004E).*

Las REBE permiten conversar con el médico, darles un sentido concreto a las recomendaciones. Es así que estas deben pensarse en la particularidad de las poblaciones, por ejemplo, la población privada de la libertad, población con discapacidad visual, etc. *“Ya no está tan fácil obtener la confianza por parte del paciente, por ejemplo, incluso, no sé si sonará sesgado por parte mía, a veces considero que cuando he trabajado con las personas privadas de la libertad y con las personas que no lo están. Las personas que no están privadas de la libertad suelen ser más agresivas y menos receptivas. Cosa que yo pensaría que debería ser diferente. Pero las personas privadas de la libertad tienden a ser más, como más receptivas con la información que se le da, a diferencia de las personas no privadas de la libertad. Ese es mi punto, mi experiencia, lo que yo he tenido, que al continuo información, a la, a la fácil acceso a la información que hay, las personas ya han perdido cierta confianza hacia todo el personal de salud. Ese es mi punto de vista y lo que he podido experimentar en relación con mis pacientes” (002GF).*

Como factores limitantes, se evidencia que la falta de relacionamiento es un aspecto reconocido por pacientes y profesionales que limita los resultados. Esta se ve afectada por las condiciones en que se establece la RMP, por ejemplo, las limitantes del tiempo para desarrollar una consulta. Los pacientes encuentran que el sistema presenta fallas que les impiden mejores condiciones de acceso a los servicios o de programación de una consulta con determinado profesional. *“A veces la limitante del tiempo, pues, dificulta esto, pero siempre es muy importante en el primer momento que llega un paciente que tiene un diagnóstico, que el paciente le diga a uno qué es lo que está entendiendo, qué le preocupa, cuáles son sus dudas y a partir de allí es que nosotros podemos establecer el plan de tratamiento”. “En las IPS se está enfocando mucho más hacia la productividad, o sea como*

*a cuántos pacientes atiende en el menor tiempo posible. Pero esto también se está volviendo entonces una actividad muy monótona, muy estandarizada. Lo que ustedes están preguntando. Dónde tengo un tipo de checklist que se le pregunta al paciente, 'el paciente dice sí o no, ah, listo usted tiene tal cosa, toca hacerle todas las citas, el siguiente'. Sí, entonces la atención ya no está siendo tan personalizada o por ejemplo, ya no se da el tiempo para poder preguntar o para poder escuchar" (001GF).*

Los dos hacen un llamado a la longitudinalidad, a tener un equipo estable y los profesionales aún más, a contar con otros profesionales de la salud para lograr un seguimiento a las condiciones de los pacientes o brindar una mejor explicación de las recomendaciones. Entonces estos aspectos no dependerían únicamente del contacto con un médico, sino del múltiple contacto con el equipo de salud. *"Entonces cuando uno tiene la oportunidad de un paciente todos los días es más fácil hacer una atención personalizada, porque al verlo todos los días, pues uno entiende un poco más del contexto del paciente, sus creencias, los familiares que van y lo visitan, uno entiende un poco más y al momento, por ejemplo de establecer un plan de salida es un poco más fácil establecer esa relación con el paciente y de sentir que realmente el paciente va a seguir esas recomendaciones" (001GF).*

Con relación a la comunicación, los pacientes manifiestan que se sienten integrados a sus servicios, que las acciones son más pertinentes para ellos. Los profesionales de la salud sienten que con mejores herramientas de comunicación se les facilita la labor de educación del paciente y la toma de decisiones conscientes por parte de los pacientes, el sentir una RMP más personalizada y más aceptable para la cultura del paciente. *"Porque lo tratan bien a uno. Le dice que tiene que tomarte la droga como tienes que hacer. Entonces, lo que para uno es satisfactorio" (004E); "Entonces, está esta parte de lo que (002GF) comenta que se debe realizar una humanización en salud, pues esto es lo que tiene que ser y tiene que ser algo que es importante y es crucial. Recordemos que hay diferentes, digamos, como que ya las definiciones de enfermedad, de paciente no es solamente como tal una enfermedad, como que una patología clínica, sino que es que esta enfermedad se ve reflejada en diferentes aspectos sociales, económicos, culturales, que es donde se ve la mayor complejidad para poder tratar a un paciente" (001GF).*

Finalmente, el tener estructuras jerárquicas anula la RMP, lo que despersonaliza la atención. *“Yo he visto muchas de mis compañeras frustrarse y criticar al paciente y poner en duda sus creencias, que obviamente eso fractura de una forma total la relación, sino que eso sería más como empezar a empatizar y a informar. O sea, a dar información lo más acertada posible para que si el paciente nos llega informado, sepa de forma o haya tenido acceso a una información lo más adecuada, que se promulgue la información, pero que sea la información más idónea para ellos, generarle mucha empatía” (001GF)*. Sin embargo, para los pacientes, el médico tiene un rol específico. No lo asocian con las demás condiciones de la prestación, como la consecución de los medicamentos, el agendamiento de las citas o la continuidad de la atención. En este sentido, se encuentra que la jerarquización también es un aspecto del sistema que presenta unas oportunidades diferentes por el tipo de población. *“Lo tercero es escuchar sin juzgar, como les estaba diciendo, pues nosotros nos estábamos enfocando, era solamente a escuchar o tratar de entender a este paciente y de esta forma poder recolectar la información más completa y ya posiblemente, digamos como que más adelante ya era poder sentarnos en un equipo y hablar de todo este contexto para poder tomar una decisión y llegar a un objetivo con estos pacientes” (001GF)*.

### ***Relación Ideal***

Dentro de los aspectos que fueron valorados durante las entrevistas y grupos focales en la RMP se encuentran la jerarquía, la toma de decisiones, la comunicación y la confianza. En este estudio, el lazo de confianza, *“es una relación bidireccional la cual el paciente también es partícipe y es el actor principal” (001GF)* y se construye con el médico que con mayor frecuencia ha venido tratando, que conoce el manejo y con quien puede preguntar sobre inquietudes o recomendaciones recibidas.

Pero esta conexión se puede perder debido a la limitación que se tiene con la agenda, lo que genera que los pacientes sean valorados en consulta por otro médico diferente y que termina provocando confusión con el tratamiento recibido. *“Me va a volver a ver el médico que siempre me ve, entonces ahí ya con la confianza que le tengo, entonces ya le voy a preguntar*

*las inquietudes que de pronto me quedaron con la médica de hace 8 días” (006E). En algunas ocasiones la RMP se ve afectada por la comunicación no verbal que tiene el médico durante la consulta. “Por ejemplo, cada vez que uno va a consulta, el médico mirando 100% el computador, muy rara vez lo voltea a mirar a uno, entonces eso genera desconfianza” (002GF).*

Los profesionales de la salud concuerdan en que el diálogo con el paciente es importante. Refiere que al escucharlos les pueden *“dedicar más tiempo a darnos pautas para poder brindar una mejor educación al paciente y humanización” (001GF)* y además llegar a *“un consenso para establecer las metas y trabajar en equipo con el paciente, ya que, pues la actividad médica no es una actividad en la que nosotros solamente damos indicaciones el paciente las recibe y las aplica, sino que debemos tener en cuenta que es una relación bidireccional la cual el paciente también es partícipe y es el actor principal del acto médico” (001GF)*. Por medio de esto, se pueden tomar decisiones para el tratamiento médico, junto con el apoyo de las recomendaciones previamente suministradas.

La toma de decisiones se establece como un resultado de la mejor combinación de modalidad, medio y valor empleado, en otras palabras, forma de atención, comunicación y generación de confianza. *“Se siente con la buena energía y como que él le desea a uno suerte y uno como paciente le desea suerte al médico. Y pues si me siento bien, me siento. Y a pesar de que tiene el tapabocas, pues no, no, no se le ve la cara, pero igual la forma de hablar y como lo trata uno se siente como si hace rato lo hubiera conocido uno a él” (005E)*. Ese ejercicio de tomar decisiones se ve estimulado con las REBE al reconocer aspectos que no se preguntan o examinan habitualmente y que hacen parte de signos de control, que, al no tener exploración frecuente del médico, no estaban en las consideraciones del paciente para su adecuado manejo del evento de salud. Por un lado, el profesional comprende las dificultades del paciente y su particularidad, mientras que por el otro el paciente gana confianza y dominio de lo que debe incorporar en su diario vivir. *“Pero estos objetivos tenían que ser también digamos que consensuados, ¿sí? Como tratar de llegar a acuerdos con nuestros pacientes, porque, pues, como les decía, a veces los contextos no son tan, digamos como que tan digamos que similares, entonces teníamos pacientes de diferentes tipos de por ejemplo*

*estratos socioeconómicos, entre otros tipos de calidades de vida que obviamente dificultaban a veces las tomas de decisiones que a veces no se tenían muy presentes, a veces no se tenían como, ay, esto es súper importante para este paciente, él no puede tomar este medicamento así tan fácilmente o no es fácil el acceso” (002GF). “Bueno, sí, en cambio, sí. Porque por ejemplo, ahora hago ejercicio, que tomo más agüita, que la doctora me dice hago otras cosas que no sea el hogado. Entonces uno ya sabe y comparte con otras personas. He ido por ahí a talleres, así otras cositas que antes no hacía, o sea, ella me motivó para que yo haga otras cosas” (001E).*

Dentro de los grupos focales realizados, los participantes refieren, frente a la enseñanza del trato y manejo del paciente, que *“enseñen en pregrado y posgrados cómo conectar con los pacientes de una forma orgánica y que ahí generaríamos más confianza con los pacientes”* (002GF) y que estas actividades se programen durante toda la formación, estructurando equipo de salud con una comunicación asertiva que permita a través de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad lograr una educación con el paciente más empática y que favorezca la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

## **Discusión**

Durante este estudio se busca identificar cómo la relación médico-paciente contribuye en la toma de decisiones al tener conocimiento por medio de las REBE. De acuerdo con la experiencia de los participantes de esta investigación, este conocimiento incentiva habilidades de comunicación en la formación de los profesionales de la salud con el fin de transmitir y acompañar en los procesos de salud-enfermedad.

Discutimos los resultados de este estudio mediante narrativas que los comparan metafóricamente con películas que representan de mejor manera el significado de las experiencias de los entrevistados y que se construyeron en torno a la pregunta de investigación.

El primer hallazgo se relaciona con la temporalidad a través de la película *El pasado no perdona*. La metáfora con esta película es la relación que tiene el pasado en los contextos de vida presentes y cómo se deben superar para responder a las nuevas circunstancias. Durante toda la historia de la medicina la forma de relacionarse con el paciente ha sido el factor diferencial de los resultados, lo que afecta la postura de cada uno de sus integrantes, desde la dependencia a la interacción y de la relación en sí (Lázaro, J., & Gracia, D, 2006) desde el paternalismo a la democracia concretada en la toma de decisiones por un agente empoderado, revestido de derechos y autonomía (Lázaro 2006).

Esta transformación no deja de inquietar frente a la forma en que se debe establecer y qué resultados se deben obtener de ella, donde unos elementos estructurantes son la generación de confianza, el no generar temor con las indicaciones, el permitir la expresión del paciente, las actitudes del paciente, el humanismo y la formación que ha tenido el médico. También se incluyen factores del sistema como el tiempo o el rol que se debe ejercer para garantizar mejores desenlaces, elementos que están diagramados en los modelos de percepción del médico y el paciente sobre la RMP estudiados por Girón y Col, 2002 (Girón, 2002).

El siguiente hallazgo se relaciona con la película *El mundo de los quien*. Esta metáfora relaciona cómo muchas veces se ignora el mundo de otros, lo que impide reconocer a las personas como tal. Sin embargo, la escucha atenta transforma una realidad y descubre un nuevo universo en el que las cosas tienen un nuevo significado, lo que lleva a reconocer luchas particulares.

Este estudio involucró el uso de herramientas como las REBE para modular estas relaciones, lo que permitió la participación del paciente en su manejo y en las adaptaciones en su vida, para que sean efectivas y sobrellevar cualquier condición que afecte la salud (Saturno, 2009). Estas recomendaciones deben estructurarse a partir de las características de cada población (Reynaldos-Grandón, Javiera Achondo, & Azolas-Valenzuela, 2017), que influyen en la RMP (Reynaldos-Grandón, 2017). Los hallazgos de esta investigación respaldan que la confianza es el principal valor que se debe establecer para cimentar otros valores como la

autonomía, la comunicación empática, la toma de decisiones compartida e informada y la posibilidad de “ir más allá” e influir en las condiciones de vida del paciente y la familia.

Las REBE tuvieron un impacto en la transmisión de mensajes claros a las personas dentro de sus contextos cercanos y la capacidad de cualificar los conocimientos que los pacientes tienen sobre los cuidados de salud. Algunas características de la racionalidad, como la percepción selectiva, el procesamiento secuencial, la memoria y la habilidad computacional limitados y la capacidad de adaptación que lleva a solucionar sus problemas referenciando casos, por ejemplo, demuestran la necesidad de esta orientación. (Gambara H, 2019). Sin embargo, esto solo es posible si se hace un ejercicio formativo estructurado, integrado en un plan formal de estudios y no se le deja a un currículo oculto sin supervisión y evaluación. Los estudiantes no reconocen muchas veces a los docentes como ejemplo de “ética profesional” (Alonso, 2022). Fue un llamado urgente de estos pacientes y médicos establecer un desarrollo de competencias que valore las diferencias, posibilite un diálogo de respeto, permita un seguimiento efectivo a los trayectos de vida según los eventos identificados y genere unos resultados en salud que no se limiten en la productividad y el rendimiento, más bien que se transformen en construcción de saberes y condiciones de vida positivas.

La identificación del otro, del paciente, de la persona como sujeto, es la pieza angular de la transformación. Para ello se requiere de un grupo de expertos que orienten y desarrollen las temáticas y metodologías necesarias para su verdadero impacto de la RMP. Una nueva práctica profesional debe, por lo tanto, incorporar a las personas como pares y cooperantes según contextos específicos y recursos que se convierten en elementos por modular en los planes terapéuticos y en los esquemas de seguimiento que acercan al médico con la realidad de las personas y las comunidades. Este aspecto se respalda con la Teoría de la Comunicación Humana, principalmente los axiomas que rescatan que la comunicación tiene dos aspectos, uno de contenido y otro de relación. (Rodríguez-Arias, 2001) También se rescata la valoración de la secuencia de comunicaciones y que las relaciones pueden ser simétricas o complementarias según el reconocimiento de similitudes o diferencias (Rodríguez-Arias, 2001).

Dentro de los valores identificados en el análisis de las entrevistas, dado que el paciente se vuelve autónomo frente a la toma de decisiones cuando ya conoce sobre su enfermedad, se generó un espacio de confianza como si estuviera en una confesión sacerdotal, donde se estableció una empatía con su médico tratante. Por lo anterior, estos hallazgos se comparan metafóricamente con la película *Intensamente*, que se basa en la explicación de cómo el ser humano se encuentra constituido por diferentes valores y cualidades que le permiten en su momento tomar decisiones que pueden afectar la vida personal, familiar y a su entorno.

Uno de los aspectos que se identificaron frente a la autonomía del paciente fue la dualidad en este concepto, ya que, por un lado, la autonomía representa el reconocimiento a la dignidad de la persona que acude a un servicio de salud como parte del ejercicio de sus derechos y, por el otro, a la asignación de responsabilidad total por el usuario, cuando el profesional de la salud considera que se brindó la información y que la responsabilidad total de dar continuidad al tratamiento es del paciente. Esto representa una forma de evadir responsabilidades. El paciente tiene la posibilidad de realizar su propia elección, la mejor opción para su tratamiento si cuenta con la información necesaria para tomar la decisión de acuerdo con la situación a la que se enfrente. Por lo tanto, se sugiere que en los procesos formativos de los médicos se trabaje de forma conjunta en “valores, principios y actitudes éticas que faciliten el abordaje del cuidado brindado, y desde esta perspectiva se tenga en cuenta la libertad para decidir del propio paciente” (Visbal, s. f.).

De acuerdo con otros estudios realizados, la empatía se encuentra presente durante los primeros semestres de formación de medicina y se va disminuyendo durante los últimos semestres debido a la transición de las clases teóricas a las prácticas clínicas, lo que sustenta la importancia de contar con una formación transversal durante todo el tiempo de estudio. Adicionalmente, se cuentan con algunos factores endógenos (personalidad, estrés) y exógenos (modelos de salud, exigencia académica) que afectan al desarrollo de la habilidad de la empatía (Alonso-Palacio et al., 2020).

Frente a la RMP se identificó la importancia de tener una conexión durante la consulta y que se brinde el tiempo y se genere un contacto visual con el paciente, brindando espacios de

confianza que permitan construir un diálogo que establezca un consenso y logre que las recomendaciones se tomen en cuenta para generar cambios en los estilos de vida de los pacientes. Estos hallazgos se relacionan metafóricamente con la película *Pacht Adams*, donde se analiza la forma de poder lograr una relación ideal al vencer la indiferencia. Allí se involucra el paciente y se rompen las barreras de la jerarquía con el fin de dirigir la atención hacia la persona y no hacia la enfermedad. Es por esto que es importante fomentar los aspectos que puedan conectar con el paciente a través de una comunicación abierta que sirva como instrumento principal para obtener información y construir una relación de confianza que permita tomar la mejor decisión de acuerdo con el contexto del paciente, familiar e institucional.

Con base en nuestros hallazgos, para una RMP ideal se debe tener en cuenta lo siguiente:

- Dentro del proceso de formación de los profesionales de la salud, fortalecer el desarrollo de competencias en la comunicación interpersonal, “el manejo de conflictos, la inteligencia emocional, la relación con los pacientes y con los colegas y el trabajo en equipo constituyen elementos actuales considerados con el mismo rango de importancia que las dimensiones técnicas y clínicas de la competencia profesional médica”. Al lograr esta formación integral se fortalecerá la RMP, donde se refleja la satisfacción del paciente (Sánchez-Angarita, 2017).
- La RMP ha venido cambiando de la toma de decisiones exclusiva del médico (relación vertical), a una interacción donde la “tolerancia, la beneficencia, la equidad y no maleficencia, cuya base es el respeto a la persona y a la autonomía de esta como paciente” da al paciente la capacidad de decidir por sí mismo para intervenir directamente en su proceso de salud (Bont, 2010). De esta forma se logra un consenso de acuerdo con las recomendaciones previamente suministradas.
- Dedicar el tiempo suficiente para poder escuchar e indagar si el paciente tiene alguna inquietud frente al tratamiento.
- Respetar las creencias, el contexto social, familiar, personal, laboral para lograr una empatía desde el primer contacto.

## **Conclusiones**

El mundo actual demanda una nueva visión de la RMP, construida desde la confianza y el reconocimiento del otro (la persona) como sujeto fundamental para una buena toma de decisiones en salud. Las REBE son herramientas que median y facilitan esta labor y deben adecuarse a contextos específicos y articularse con modelos de atención basados en equipos que posibiliten un seguimiento oportuno, efectivo y aceptable a las características culturales de cada población.

El proceso de RMP ha venido transformándose con el cambio generacional, en donde el profesional de la salud tiene mayor apertura a la comunicación, pero encuentra limitaciones para convencer al paciente que dar continuidad al tratamiento, lo que lo lleva a utilizar herramientas de persuasión y susto.

En el momento en que los pacientes comprenden sobre sus patologías, inician un proceso para empoderarse en la toma de decisiones frente a la misma. La mayoría de los pacientes consideran que la relación con el médico se va construyendo y depende del trato por parte del médico desde que inicia la atención. El médico debe generar un espacio de diálogo en donde comparten información que pueda, al finalizar, establecer el mejor plan de manejo.

Para el logro de este cambio se debe contar con una propuesta formativa en la educación médica que integre a la RMP como un desarrollo transversal de competencias, en el que se reconocen las diferencias en las que viven las personas y en las que se generan las respuestas de salud. Este nuevo proceso es el eje para lograr los resultados en las propuestas de modelos o sistemas de actuación de comunidades y trabajadores de la salud. Este proceso no solo debe incluir a estudiantes sino también al personal administrativo para generar una cultura de servicio humanizado por medio de una comunicación asertiva que permita empatizar con el paciente e integrarlo como parte de los resultados.

Superar viejas prácticas jerárquicas de atención; el establecer una comunicación en la que medien los valores, los derechos y la dignidad; el transformar los miedos de la interacción a

la satisfacción del seguimiento y la orientación de procesos de vida, y el superar las diferencias de roles y las demandas a una productividad sin impactos en la calidad de vida son los retos de las reformas educativas en pre y posgrado de medicina.

### **Consideraciones éticas**

La investigación se ajusta y respeta los principios éticos para la investigación médica en seres humanos e investigación académica desde la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su versión del 2013. Igualmente se adhiere a las disposiciones de la Resolución 8430 de 1993, a la Política de investigación Institucional, al Código de Conducta, y a las normas y recomendaciones del estándar de investigación institucional del Comité de Investigaciones y del Comité de Ética para la investigación en Salud de la Secretaría Distrital de Salud.

### **Financiamiento**

Beca otorgada por el proyecto Vector Salud.

### **Declaración de conflicto de intereses**

El estudio estuvo enmarcado en el proyecto Vector Salud, declarando como conflicto de interés.

### **Agradecimiento**

Agradecemos la colaboración del Doctor John Vergel por el apoyo recibido durante el proyecto, a Diego Bejarano, quien contribuyó en el análisis de datos y los participantes de las entrevistas y grupos focales del proyecto Vector Salud.

## Referencias bibliográficas

- Alonso-Palacio, L. M., Ríos-García, A. L., Cervantes, M., Arcila-Calderón, C., Alonso-Cabrera, J., Brown-Ríos, M., & Díaz-Narváez, V. P. (2020). Empatía en estudiantes de medicina de la Universidad del Norte, Colombia. Comparación de dos grupos (2012 y 2015). *Revista de la Facultad de Medicina*, 68(2). <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n2.70493>
- Bont, M. (2010). Dimensión bioética-legal y espiritualidad en los confines de la vida humana. *Comunidad y Salud*, 8(1), 046-057.
- Estrada-Acuña, R. A., Arzuaga, M. A., Giraldo, C. V., & Cruz, F. (2021). Diferencias en el análisis de datos desde distintas versiones de la Teoría Fundamentada. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*, 51. <https://doi.org/10.5944/empiria.51.2021.30812>
- Fernández, I. B., Míguez, R. P., Martín, P. G., Alarcón, F. F., Lázaro, G. A., & Castro, F. L. de. (2004). La información al paciente y su participación en la toma de decisiones clínicas. *Atención Primaria*, 33(7), 361-365. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)78886-1](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)78886-1)
- Girón, Manuel,. (2002). Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: Un estudio con grupos focales. *Revista Española de Salud Pública*, 76(5), 561-575.
- Johnny Saldaña. (2016). *The coding manual for qualitative reserchers* (Tercera). Sage Publications.
- Lázaro, J., & Gracia, D. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29(Supl. 3)(7-17). [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137)
- Pedro J. Saturno. (2009). Estrategias para la participación del paciente en la mejora continua de la seguridad clínica. *Revista de Calidad Asistencial*, 24(3), 124-130.
- Ramón Córdoba Palacio. (2005). *Elementos para el juicio bioético. Serie Bioética I: Vol. I*. Universidad Pontificia Bolivariana.
- *Regaliasbogota.sdp.gov.co*. (s. f.). Recuperado 4 de septiembre de 2021, de <https://regaliasbogota.sdp.gov.co/es/proyectos/fcti/2016000100037/general>

- Reynaldos-Grandón & K. L., Javiera Achondo, O., & Azolas-Valenzuela, V. (2017). Factores influyentes en la satisfacción usuaria de la Atención Primaria en Salud Latinoamericana: Revisión integradora. *Revista De Salud Pública*, 21(2), 67-78.
- Roberto Hernandez-Sampieri. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixtas*. Mc Graw Hill.
- Sánchez-Angarita, J. (2017). La dimensión comunicativa en la formación del médico: Una propuesta para fortalecer la relación médico-paciente. *Revista de la Facultad de Medicina*, 65(4), 641-648. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n4.59892>
- Saunders, B., Sim, J., Kingstone, T., Baker, S., Waterfield, J., Bartlam, B., Burroughs, H., & Jinks, C. (2018). Saturation in qualitative research: Exploring its conceptualization and operationalization. *Quality & Quantity*, 52(4), 1893-1907. <https://doi.org/10.1007/s11135-017-0574-8>
- Toma de Decisiones Compartida. (s. f.). *PyDeSalud*. Recuperado 4 de septiembre de 2021, de <https://pydesalud.com/toma-de-decisiones-compartidas/>
- *Toma de decisiones compartidas*. (s. f.). Recuperado 4 de septiembre de 2021, de [https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias\\_attachs/47/documentos/14821\\_60-64-HI-33-2-2BARANI\\_A.pdf](https://www.hospitalitaliano.org.ar/multimedia/archivos/noticias_attachs/47/documentos/14821_60-64-HI-33-2-2BARANI_A.pdf)
- Visbal, G. (s. f.). *Autonomía del paciente frente a su enfermedad*. 9.