

Reflexiones sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, influidos por el pensamiento del siglo XX

*Reflections about Diagnosis, Treatment and Prognosis,
based on the Twentieth Century Thinking*

JAVIER DE LA FUENTE-ROCHA*

MARTHA DOLORES DELGADO-WISE**

Recepción: 8/04/14

Aprobación 27/11/14

Reenvío: 5/12/14

Resumen: En este ensayo se analizan las condiciones actuales del diagnóstico, de la terapéutica y del pronóstico médico; ello permite conformar una reflexión en torno a las repercusiones que ha tenido el pensamiento, a partir del siglo XX, en la vida del ser humano, tanto en lo individual como en lo colectivo. Además, se argumenta sobre la necesidad de propiciar el respeto entre los seres humanos como condición para el desarrollo en el siglo XXI, y se señalan puntos capitales que requieren atenderse en el campo de la salud.

Palabras clave: Humano, Respeto, Salud, Enfermedad, Diagnóstico, Tratamiento, Pronóstico

Abstract: *In this paper an analysis of the current conditions of diagnostic, therapeutic and medical prognosis is made: it helps to build a reflection of the impact the thought has had in the life of human beings in the twentieth century, both individually and collectively. Besides, there is an argument on the need to promote respect among humans as a condition for development in the twenty-first century and capital items requiring care in the health field are indicated.*

Keywords: *Human, Respect, Health, Disease, Diagnosis, Prognosis, Treatment*

* Universidad Autónoma del Estado de México, México, javdelafuente@cablevision.net.mx

** Universidad Autónoma del Estado de México, México, mdlgadow@cablevision.net.mx

Quizá, una de las razones de este movimiento galopante hacia donde se determina cada vez menos lo deseable y cada vez más lo factible, radica en que consideramos que hacer una parada equivale a la estagnación, que el tiempo es dinero, y que su velocidad es sinónimo de plenitud de existir.

Mijail Malishev

INTRODUCCIÓN

Definimos al *diagnóstico médico* como la identificación de una situación de deterioro de la salud respecto de un contenido conceptual, el cual corresponde a una categoría dentro de una estructura teórica interpretativa: a la terapéutica como el conjunto de acciones disponibles que pueden corregir los cambios funestos, presentes en dicho escenario; al *pronóstico* como la situación esperable, consecuente al cambio deletéreo, que se manifiesta según las circunstancias de la transformación y acorde con la estructura teórica, respecto de la cual se establecen los juicios.

En el ámbito de la salud, el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico constituyen tres acciones médicas que interactúan recíproca y continuamente. Tal relación se modifica en la medida que las teorías médicas, las formas culturales y, sobre todo, las formas conceptuales privilegiadas se transforman.

En este artículo nos proponemos enfatizar la influencia que ha tenido el pensamiento de la última centuria a propósito de tales acciones. Por ello, para atender el contexto, debemos situarnos en los hechos que describen el acontecer presente, en donde se ubicarán el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento, así como sus interrelaciones. Luego, cuando sea posible aplicarlas al ser humano, situaremos la influencia del pensamiento de las décadas que nos preceden y sus repercusiones en las acciones médicas actuales.

El mundo progresa de modo incesante, presenta un desarrollo tecnológico y científico, cuyas dimensiones hubieran sido inimaginables en el pasado. El ser humano, lejos de alcanzar entornos propicios para su realización, se encuentra envuelto en condiciones de vida que lo separan —a lo largo de su existencia— de sus más genuinos anhelos existenciales; la salud no se limita al bienestar biológico de los seres

humanos, sino también a la calidad de vida.¹ Las personas se desenvuelven en una cultura que les permite interpretar su existencia,² lo cual puede llevar a sustituir los derroteros de los individuos, por otros que le son ajenos.

Como lo ha señalado Zygmunt Bauman (2005), la existencia humana, en el devenir contemporáneo, se encuentra atada y sometida a intereses que no son propios, y que han decidido el futuro de la persona desde antes de nacer. Sabemos que su tiempo libre será programado para ser convertido en tiempo para el consumo, y este mismo será determinado por sistemas científica y tecnológicamente diseñados para hacerlo actuar conforme a intereses ajenos. La libertad permanece, la mayoría de las veces, reducida a la demostración de una facultad del ser humano que debe ser constreñida en beneficio de los poderes que dirigen el mundo. De ahí que el diagnóstico de salud y la realización del individuo y de la comunidad se pueden entender como una identificación conceptual, en el marco de una perspectiva que aporta al ser humano una interpretación del mundo.

El siglo XXI es escenario de una paradoja en que se desenvuelve la humanidad, en donde la naturaleza es sometida a cambios que nos maravillan, pero que también dejan contaminación y destrucción, de la que incluso participan las mismas universidades.³ El ser humano ha roto las ataduras de las distancias en la Tierra, pero se le impide romper la distancia que lo separa cotidianamente de sus seres queridos.⁴

¹ La calidad de vida tiene que ver con la realización del potencial de vida y ello está relacionado con la filosofía de la vida. No se trata de satisfacer la naturaleza biológica de la persona, sino que se trata de considerar las aspiraciones humanas ubicadas en su contexto evolutivo y ecológico (Ventegodt, 2003).

² “A partir de la afortunada ecuación de Lewin (1943) hay un acuerdo, más o menos generalizado, en afirmar que la conducta humana es el resultado de la interacción entre un organismo y su ambiente. Sin embargo, la psicología cultural añade otra variable a la fórmula, una tercera fuerza, la cultura, que a la vez diseña y organiza el organismo y el ambiente” (Esteban y Ratner, 2010: 118).

³ Eduardo Gasca Pliego y Julio César Olvera García (2011: s/p) hacen ver que incluso las universidades participan en la contaminación del planeta. Dichos autores señalan: “los profesionistas participan activamente en un modelo lineal de explotación de recursos, su transformación en productos, contaminación por dicho proceso, su comercialización a escalas planetarias, y finalmente la producción de desechos que regresan al ambiente. Los universitarios participamos entonces como científicos, como empleados y como consumidores; es así que desde las universidades, al parecer, se reproduce una perspectiva de desarrollo nada sostenible, ni como sociedad ni como especie.”

⁴ Norbert Lechner (1994: 132), hablando de Latinoamérica, señala: “La liberación de mercados,

Existen enormes conocimientos y grandes poblaciones que carecen de una educación que les permita desenvolverse de manera plena.⁵ Los aspectos éticos, propios de la filosofía práctica, son subestimados respecto del valor que se da a la ciencia.⁶ Se trata de condiciones de existencia donde la humanidad acepta, con frecuencia e indiferencia, que al ser humano no le importa el otro que es visto como objeto útil a la luz de la obtención de beneficios particulares.

Este es el gran reto del individuo en nuestro tiempo: implicando al diagnóstico, al tratamiento y al pronóstico médico. He ahí el lugar de reflexión de los pensadores que busquen soluciones viables, así como la oportunidad para que la humanidad reconsidere las perspectivas con las que se conceptúa. Este es el contexto de la medicina. Tales circunstancias pueden situar las relaciones actuales –inmersas y afectadas por dichos contextos– que tratan de mejorar la situación humana, pero que también contribuyen a su destrucción.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Primero situaremos el contexto actual donde se desenvuelve la medicina, pues determina los vínculos entre diagnóstico, tratamiento y pronóstico; posteriormente, abordaremos dichos vínculos desde el punto de vista académico.

Comenzaremos con unas palabras respecto del concepto de “enfermedad” para señalar que la conceptualización, como toda abstracción de la mente, genera variaciones en sus resultados según la manera

la apertura del comercio exterior, la reducción del gasto fiscal y la privatización de empresas públicas provocan una drástica reorganización de la vida social; junto con la acelerada globalización de los circuitos comerciales y financieros así como de los procesos tecnológicos, estilos de vida y ámbitos culturales tiene lugar un acentuado proceso de segmentación en el interior de cada sociedad... Los lazos afectivos y las formas simbólicas de comunidades se disgregan.”

⁵ De acuerdo con Nila Vigil (2005), la alfabetización se concibe como uno de los primeros pasos que se deben dar para el desarrollo de las sociedades. Lo que ocurre es que muchas veces se ha visto que en los países ricos el índice del analfabetismo es nulo o casi nulo y en los países pobres las tasas de analfabetismo son altas.

⁶ Franco Volpi (1999: 324) afirma: “Se puede decir que la aplicación del método a la ciencia concebida como teoría, es decir, la asunción del método como parámetro ideal del saber en el cuadro de una comprensión teórica del saber mismo tuvo un impacto destructor sobre la estructuración del dominio del saber que, tradicionalmente, había sido designado como *philosophia practica* y distinguido, en tanto tal, de la *philosophia theoretica*”.

de contemplar aquello que se conceptualiza, lo que explica la variación de los conceptos según las épocas, los lugares, las preconcepciones, los intereses particulares, etcétera. Eso ha sucedido en la medicina. Frente a ello, surge la pregunta: ¿lo que da el carácter de enfermedad es la naturaleza biológica,⁷ o el reconocimiento de la presencia de una restricción de algo valioso como la salud?⁸ Tal cuestionamiento ha dado lugar a la constitución de las posiciones naturalistas y normativistas en cuanto a tal noción.^{9, 10}

En la enfermedad se presentan variaciones biológicas de diversa índole –las psicológicas y las sociales–, las cuales se caracterizan por deteriorar el equilibrio que sostiene al ser vivo en condiciones apropiadas para el desarrollo de sus funciones.¹¹ La condición es valorada por el humano; sin embargo, el carácter limitante y destructivo de la enfermedad es propio de su naturaleza.

En la práctica, el individuo separa, conceptualmente, lo sano de lo enfermo; distingue aquello que lo perturba y destruye, de lo que le permite permanecer así. Además, identifica las diferencias naturales entre un organismo saludable y otro enfermizo –estén (o no) sujetas a procesos normativos humanos–; por medio de su capacidad de abstracción las delimita, conceptualiza y luego –una vez identificadas aun cuando solo sea elementalmente– las asocia a sus procesos valorativos

⁷ Lo propio de la naturaleza es el perpetuo movimiento de las cosas, el crecimiento y deterioro de lo vivo, la regeneración constante de aquello que se muere. La enfermedad es solo un efecto de ese movimiento intrínseco. Una sucesión constante de finales y comienzos caracteriza el devenir de la naturaleza (Estrada, 2012: 280).

⁸ Temple L. Defining, en Peña y Paco (2002: 229), suscribe la postura normativista, dice: La enfermedad es un estado que, al tomar lugar en un individuo, incrementa el riesgo para consecuencias adversas.

⁹ Mainetti (2008: 438-439) señala dos posiciones filosóficas acerca de la naturaleza de la enfermedad: la naturalista (o descriptivista) que la contempla como proceso natural biológico y, contrapuesta a ella, la visión normativista que la contempla desde el enfoque de lo bueno o lo malo que es para el ser humano. La enfermedad es la condición humana en la que se es consciente de los límites de la voluntad que desea superar las limitaciones que generan los hechos naturales.

¹⁰ Adolfo Peña y Ofelia Paco (2002) hicieron una revisión de las propuestas biológico-naturalistas y las normativistas. Estas últimas consideran la concepción de la enfermedad como algo ligado indisolublemente a un proceso valorativo.

¹¹ “el concepto de salud fue planteado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su carta fundacional de 1946 –y ratificado en la declaración de Alma Ata de 1978– como «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»” (Abadía, 2008: 1).

en función de sus propias metas, con lo cual constituye parte de la categoría de “los males”, que también conceptúa. A partir de ese momento, el sujeto se encuentra ante situaciones naturales que considera “males”; estos, al ser estimados como indeseables (de acuerdo con lo que al hombre parece conveniente a su existencia), serán motivo de atención y análisis con el fin de modificar su curso.

A pesar de que las enfermedades siguen dañando a los seres humanos, la medicina continúa,^{12, 13} como desde sus inicios, combatiendo los males del enfermo.¹⁴ De tal modo que, si el dolor y los daños que limitan al individuo no existiesen, la medicina carecería de sentido. El objetivo, puede verse, ha sido enfrentar y aliviar los malestares; tanto es así que, en la medicina, han aparecido charlatanes que tratan de lucrar con la enfermedad.¹⁵

Si nos concentramos en el contexto actual, notaremos que la manera para entender a la medicina es un corolario, a su vez, de la visión del hombre, es decir, de cómo la filosofía entiende la existencia humana. Así, bajo el amparo de las corrientes actuales del pensamiento —particularmente del relativismo y del pragmatismo— la salud del ser humano ha sido contemplada, con frecuencia, como un medio de satisfacción de intereses económicos y políticos. Asimismo, los objetivos diagnósticos y terapéuticos han sido influenciados para satisfacer dichos intereses, como sucedió hacia 1980, cuando, al tiempo que el cuidado de la salud aumentaba sus costos, los economistas proponían

¹² Canguilhem (1971: 86) dice: “Lo normal no es un promedio correlativo de un concepto social, no es un juicio de realidad, sino un juicio de valor, una noción límite que define el máximo de capacidad física o psíquica de un ser”.

¹³ “Pensamos que la medicina existe como arte de la vida, porque el mismo humano califica como patológicos —por tanto, como debiendo ser evitados o corregidos— a ciertos estados o comportamientos aprehendidos, con respecto a la polaridad dinámica de la vida, en forma de valor negativo” (Canguilhem, 1971: 92).

¹⁴ En el libro uno de la *EN* (Ética a Nicómaco) ya Aristóteles establece un paralelismo entre medicina y política, al definir a ambas como *τεχναι* (arte) que persiguen como fin (*τελος*) un tipo especial de bien. Así dice: “el fin de la medicina es la salud...” (López, 1993: 145).

¹⁵ En México, en el siglo XIX tenemos el ejemplo del charlatán que generó el bautismo con el término de merolico para aquellos que pretenden ofrecer salud sin un sustento real. Al respecto nos señala Guillermo Murillo (2010: 498-500): “Precisamente fue en nuestro país en donde se acuñó el término ‘merolico’, mexicanismo derivado del apellido del ‘médico’ Rafael Juan de Meraulyock, el cual se contó entre los curanderos más famosos de la decimonónica capital del país”.

una atención “gestionada” de la salud para la población;¹⁶ ello favoreció la orientación hacia los intereses económicos, mientras se disminuía la satisfacción de la salud poblacional. Ciertamente es que surgieron mitos como aquel que sostenía que el desarrollo económico mejoraría, por sí solo, la salud de las poblaciones; no obstante, como los hechos han demostrado, es la inversión en salud de las poblaciones la que en realidad mejora la economía.¹⁷

Desde el punto de vista de la filosofía contemporánea, María de los Ángeles Vergara (2007: s/p) señala que, en la postmodernidad, y sin negar las relaciones causales ni los cambios históricos, los males son entendidos en función de relaciones de significación. Si bien tales relaciones no pueden negarse, la enfermedad va más allá de ellas, pues tiene un sustrato real que requiere ser atendido si se desea propiciar la integridad de los individuos y sus posibilidades de realización; no obstante, cuando estas son consideradas como vínculos subjetivos, se les puede adjudicar cierto grado de desconocimiento acerca de los compromisos con “el otro”.

¹⁶ “En los años 80 se revisa la idea de bienestar sanitario por la necesidad de controlar los gastos en salud. La exigencia de justicia chocaba con los escasos recursos de que se disponía en salud, lo que obligaba a enfrentarse a problemas de ‘financiamiento’ y ‘gestión’. Los economistas acusan a los médicos y a los políticos de Irresponsabilidad en la gestión de los recursos de sanitarios y de esta manera nace la ‘economía de la salud’; la cual se propuso introducir la ‘racionalidad económica’ en el campo sanitario, lo cual choca con el principio médico tradicional, cual es el de beneficencia. Surge de esta manera la ‘medicina gestionada’, la cual trata de conjugar ‘eficiencia’ con ‘equidad’” (Celedón, 2009: 39).

¹⁷ Bernardo Kliksberg señala que: “La Organización Mundial de la Salud recogió el guante en el campo de la salud y convocó una Comisión de prominentes economistas y especialistas para analizar las relaciones entre salud y economía. El informe producido ‘Macroeconomía y salud’ echa por tierra suposiciones generalizadas, y demuestra que asignar recursos para la salud no es gastar, sino invertir a altísimos niveles de retorno sobre la inversión. La Comisión indica que el mito dice que el crecimiento económico de por sí mejorará los niveles de salud. Los esfuerzos deberían, por ende, concentrarse en el mismo. El análisis de la historia reciente muestra realidades diferentes. Examinando las economías más exitosas de los últimos 100 años se verifica que los hechos funcionaron a la inversa. Grandes mejoras en la salud pública y la nutrición estuvieron detrás de impresionantes despegues económicos como el del Sur de EEUU, el rápido crecimiento de Japón a inicios del siglo XX o el progreso del Sudeste Asiático entre 1950 y 1960. Fogel muestra estadísticamente que el aumento de las calorías disponibles para los trabajadores en los últimos 200 años (en países como Francia e Inglaterra) ha hecho una importante contribución al crecimiento del producto bruto per cápita. Diamond (2002) señala que las historias de éxito económico recientes, como Hong Kong, Mauritania, Malasia, Singapur y Taiwán, tienen algo en común: han invertido en salud pública y su producto bruto creció al descender la mortalidad infantil y aumentar la esperanza de vida. Los buenos niveles de salud pública no son por tanto una consecuencia, sino un prerrequisito para que una economía pueda crecer” (Kliksberg, 2011: 93).

De ese modo, al ser favorecidos por alguna de esas nuevas visiones filosóficas contemporáneas^{18, 19} o por discursos ad hoc²⁰ en la contemporaneidad, se modificaron las organizaciones de los servicios de salud y fueron entregados progresivamente a corporaciones privadas cuyo objetivo ha sido el lucro. Esto generó, en quien solo contempla el provecho propio,²¹ una carencia o pérdida de interés por la vida y por el bienestar de los otros.^{22, 23, 24} De esta forma, la situación cambió, pues se desarrolló la indiferencia ante el sufrimiento de aquel que no puede satisfacer las ambiciones de quien controla los servicios de la salud, ya sea de manera privada o pública. Así, los objetivos que sirvieron para marcar el rumbo de la organización de los servicios de salud fueron alejándose del interés médico, convirtiendo la medicina en un objeto de lucro²⁵ o

¹⁸ “Un giro importante en la relación de la salud como derecho de los ciudadanos y los Estados-nacionales ocurrió en la década de los ochenta con el desmantelamiento de los sistemas de bienestar y con la caída del bloque socialista europeo y su reemplazo por el modelo global neoliberal” (Abadía-Barrero, 2008).

¹⁹ Abadía-Guerrero (2008: 1) señala que “proponer que la nueva fase de acumulación capitalista en la salud ...refiriéndose a Colombia... está sustentada por:

1) La racionalización de la gestión y los servicios en el mercado de la salud

2) La individualización del ciudadano como consumidor y productor

3) La homogeneización del plano organizacional en las entidades hospitalarias y en el sistema

4) La hegemonización social del nuevo discurso y las prácticas en salud”

²⁰ Celia Iriart (2000: 103), refiriéndose a los discursos que subrayan las deficiencias de los servicios socializados de salud, señala: “Esto posibilita la modificación del sentido común sobre el proceso salud/enfermedad/atención, poco a poco se naturaliza una concepción que pretende mercantilizar todas las relaciones que se establecen en dicho proceso”.

²¹ Lidia Girola (2005) nos dice que la anomia y el individualismo son dos características habitualmente consideradas como típicas de las sociedades modernas... La falta de normas específicas, la no vigencia de un marco normativo legal, o la imposibilidad por parte de las sociedades contemporáneas de hacer valer el Estado democrático de derecho, o de sancionar las transgresiones de las convenciones e ideales sociales, son formas de anomia”.

²² Iriart (2000) señala que la reforma de los sistemas de salud latinoamericanos se inscribe en la lógica impuesta por el capital financiero multinacional, a partir de la reconfiguración capitalista que sobrevino luego de la crisis de mediados de la década del setenta.

²³ Nadie pudo captar de mejor forma esta mutación de las prácticas curativas que León Tolstói en *La muerte de Iván Ilich*. El escritor ruso relata el desdén que el médico manifiesta ante el dolor, la muerte y la existencia. Iván Ilich, al buscar certezas y consuelos ante la infatigable maldad de la enfermedad, se encontraba frente a la lejanía y displicencia de la ciencia encarnada en su médico (Estrada, 2012: 282).

²⁴ El enfermo, en realidad, no es algo tan importante. Como dice Georges Canguilhem (1971: 283) “El tratamiento hospitalario de las enfermedades en una estructura social reglamentada contribuyó a desindividualizarlas”.

²⁵ “La propuesta neoliberal en salud –como fase actual del capitalismo– se relaciona con las nuevas formas de acumulación de capital y se ha afianzado gracias a su estrecha vinculación

de ostentación política. La producción de medicamentos de la industria farmacéutica ha dado muestras claras de la presencia de intereses financieros sobre la salud de los usuarios (como el caso del medicamento llamado Vioxx).²⁶ En todo ello ha participado una transformación en la concepción antropológica del ser humano y del médico; por ejemplo, Diego Alejandro Estrada (2012: 279) menciona:

La clínica moderna es, justamente, el lugar donde se reparan los cuerpos dañados. El fin de la medicina, antes que sustentarse en un noble deseo altruista, se dirige hacia la reparación de cuerpos averiados. La búsqueda última sería restablecer las funciones somáticas para efectos de traer a los hombres a su rutina productiva de todos los días... Esta forma de comprender el arte de contrariar la enfermedad resulta ajena para la medicina gestada en el mundo griego del siglo V a. C.

Además, surgieron prácticas en algunas instituciones privadas que favorecieron la multiplicación del uso indiscriminado de diagnósticos. Sergio Néstor Osorio García (2008) señala el abuso tecnológico.²⁷ Es verdad que los estudios de gabinete actuales, cuando son empleados con un buen criterio diagnóstico, resultan beneficiosos, pero se convierten, cuando se abusa de ellos, en dispendio de recursos para quien

con algunos organismos financieros internacionales, principalmente el Banco Mundial –con sus postulados sobre cómo los Estados deben invertir en salud expresados en su informe de 1993–; gracias a las compañías de seguros de Estados Unidos y su necesidad de expandir los mercados” (Abadía, 2008: 1).

²⁶ El caso de Vioxx, de la compañía Merck, es uno de los ejemplos que muestra cómo la industria manipula y falsifica datos de ensayos clínicos, y presiona a la agencia reguladora de medicamentos de EE.UU. (FDA, por sus siglas en inglés) para que los apruebe. En 1999, a pesar de las dudas que habían expresado algunos de sus científicos, la FDA aprobó el Vioxx. Cinco años después, en octubre de 2004, luego de que se reportara un número elevado de muertes y eventos cardiovasculares y ante la inminente retirada del mercado de Vioxx, por parte de la FDA, Merck decidió retirarlo voluntariamente (Ugalde y Homedes, 2011: 137).

²⁷ Sergio Néstor Osorio García (2008: 193) señala: “Así, las circunstancias antes mencionadas han conformado en los países capitalistas, donde coexisten la medicina pública y la privada, un modelo de atención a la salud que en determinadas circunstancias, y con mucha frecuencia conduce al abuso tecnológico. Este es un problema complejo, en el cual inciden tanto la política racionalista y pragmática del mercado, como la falta de preparación tecno-científica de los sujetos que la emplean, todo lo cual redundando en perjuicio tanto para el paciente como para el país en su conjunto, al tener fuertes consecuencias económicas, políticas, éticas y sociales. Y es que en la mayoría de las veces, la tecnología de punta se emplea de modo indiscriminado, a veces sin la preparación necesaria por parte del cuerpo médico, paramédico o técnico”.

sufra los costos de la atención en beneficio de quien fomenta que se apliquen, aun cuando su indicación no esté justificada.²⁸ En algunas instituciones, al médico se le considera poco productivo cuando no da a los medios de diagnóstico el movimiento que desea la organización.

Se pregunta Bulger (1987) si el nuevo esquema industrial habrá de destruir al médico de vocación hipocrática, al convertirlo en empleado de una corporación con ánimo de lucro y hacerlo abandonar su misión primaria que es la defensa de los intereses del paciente (en Patiño, 2001).

El diagnóstico contemporáneo se enriqueció de recursos técnicos que permitieron discriminar entre situaciones médicamente similares, lo cual permite una terapéutica más específica y la posibilidad de un mejor pronóstico. Sin embargo, el uso racional de los métodos tecnológicos de diagnóstico fue remplazado por la aplicación de conjuntos de estudios, aportados por la tecnología y acompañados de algoritmos discriminativos. Marco Taché Jalak (2000: 35) nos recuerda a Harvey Cushing quien, a principios de siglo, advirtió: “Por un exceso de métodos de análisis, la medicina ha sido arrastrada a los métodos industriales, ésta es una nueva encrucijada y necesita buscar una nueva senda”. Se trata de una desatención de la información clínica, la cual es sustituida por rutas diagnósticas, determinadas por resultados de estudios de laboratorio o gabinete.

Las condiciones actuales de la terapéutica tienen una fuerte influencia económica. La investigación farmacéutica multiplica cientos de veces sus ganancias con relación a sus costos de operación. Antonio Ugalde y Núria Homedes (2009: 306) señalan que la industria farmacéutica ha tenido los más altos niveles de rentabilidad; se otorgan beneficios a quienes contribuyen con sus investigaciones al encuentro de distintas modalidades terapéuticas que permitan obtener nuevas patentes explotables, aun cuando se trate de productos que deben ser

²⁸ los datos... muestran el rápido crecimiento de la participación del capital financiero multinacional en las reformas sectoriales latinoamericanas. Así como el hecho de que esta penetración se está realizando a partir de su ubicación en el sector privado, desde el que generan diferentes acciones que, como vimos, lo van posicionando como administrador de fondos de la seguridad social médica y de instituciones estatales; este es el punto a considerar, porque las experiencias en Estados Unidos, donde inicialmente operaron e instalaron la atención gerenciada, no muestran resultados satisfactorios, ni para la población ni para los prestadores estatales y universitarios. (Iriart, 2000: 103).

retirados debido a efectos deletéreos.²⁹ Podría decirse que en la actualidad un investigador farmacólogo está obligado a actuar en función de los intereses de la industria farmacéutica.³⁰ Para Ugalde y Homedes (2009: 309), existen laboratorios importantes que han cambiado su tradicional orientación científica por una mercantilista; además, según dichos autores, Gilles y Thoren señalaron que tres cuartas partes, de los más de mil medicamentos que la *Food and Drug Administration* aprobó entre 1989 y 2000, no añadieron valor al arsenal terapéutico del mercado.

En el ámbito público existen lugares donde se ejerce, eficazmente, una medicina, pero también donde la administración se interesa en el número de consultas de las que dará cuenta a sus superiores, con la pretensión de aparentar ante el público una eficacia que no corresponde a los hechos.³¹ Lo anterior lleva a establecer tiempos de atención, que si bien son compatibles con problemas de salud de fácil identificación, resultan inapropiados para aquellos casos que presentan mayores grados de dificultad diagnóstica y en donde una consulta precipitada termina en una falta de orientación que se traduce en multiplicación de estudios que se solicitan buscando substituir las deficiencias de la

²⁹ Describen el caso de la introducción de nuevos antiinflamatorios que tratando de desplazar a los llamados AINEs desataron una campaña promocional de cientos de millones de dólares, que incluían publicaciones en revistas prestigiosas como *JAMA*, las que destacaban mejor tolerancia gastrointestinal. Sin embargo, como fue publicado por la revista *The New England Journal of Medicine* luego se demostró que propiciaban una mayor frecuencia de infartos del miocardio, en comparación con los viejos fármacos. Más tarde en “agosto de 2004, el Dr. David Graham, subdirector de la oficina de seguridad de medicamentos de la FDA presentó los resultados de un estudio patrocinado por la FDA, que documentó que los pacientes tratados con Vioxx tenían triple riesgo de sufrir un infarto del miocardio o una muerte súbita que los tratados con AINES tradicionales y estimó que unas 28000 personas podrían haber muerto o haberse visto gravemente afectadas por el Vioxx” razón por la que un mes más tarde Vioxx fue retirado del mercado (Ugalde y Homedes, 2009: 307).

³⁰ “Hace más o menos una década que la humanidad está sufriendo una clara lucha social, manifiesta en un tema de vital importancia: la salud de millones de enfermos que no tienen acceso a medicamentos adecuados, sea por la falta de recursos económicos, sea por la falta de medicamentos para atender sus enfermedades o más comúnmente por ambas razones. El papel de la ciencia y la tecnología es crucial en esta lucha. Todos los bandos reconocen que no se investiga, o no se investiga suficientemente, o no se culminan las investigaciones en aquellas enfermedades cuyos portadores no tienen poder de compra de medicinas. Esta es una clara demostración de que la ciencia y la tecnología en materia de producción de medicinas no se destina a satisfacer las necesidades de la mayoría de los enfermos del mundo, sino solamente de los países y sectores más ricos” (Foladori, 2003: 59).

³¹ Resultados: se encuestaron 104 hombres y 276 mujeres. La atención médica fue evaluada como excelente por 123 usuarios (32.4%) y apenas suficiente por 157 (41.3%) (Guzmán, 2006).

consulta, pero carentes de criterios que sustenten la necesidad de su solicitud. Ello sucede porque el médico, al que legalmente se le hace responsable de los efectos deletéreos de cuya atención se genere, procura suplir los diagnósticos que no tuvo tiempo de realizar con estudios de laboratorio y gabinete.

Vélez-Atehortúa (2010: 118-120) remarca que, en la actualidad, el paciente puede ser atendido por un ingeniero que maneja el equipo de resonancia magnética; por, el tomógrafo que use el axial computarizado; por una física, hábil para la tomografía de emisión de positrones; por numerosos profesionales que no han sido formados como médicos; o bien, por todos ellos al mismo tiempo. En este contexto, también existen casos donde, los pocos médicos generales que participan, fungen como secretarios médicos de los especialistas. El autor agrega: “Alguien con sarcasmo dijo que a la enseñanza de la Medicina actual le falta hombre y le sobra máquina” (: 123).

INFLUENCIA DEL PENSAMIENTO CONTEMPORÁNEO EN EL HACER MÉDICO

El diagnóstico de la salud es la identificación de una situación propicia o difícil para la vida en su contenido biológico, también para la realización del individuo o de la comunidad. Tal identificación, de carácter conceptual, se realiza en el marco de una perspectiva que aporta al ser humano una interpretación del mundo. Sin embargo, lo propicio para la vida del individuo puede definirse desde conceptos derivados de teorías o cosmovisiones que, con cierta pretensión de verdad, sitúan al ser como resultado de juicios de valor.

Friedrich Nietzsche, a quien se le atribuye ser antecesor del postmodernismo –concediendo sin aceptar que así sea y siguiendo las interpretaciones corrientes–, examinó que no hay verdades,³² sino solo interpretaciones. Por ello se le ha considerado predecesor del pensamiento filosófico que pretendía entender el mundo en función de un sistema de reflexión que ha tomado su expresión más acabada en el postmodernismo.

³² “Pero todo ha devenido; no hay datos eternos, lo mismo que no hay verdades absolutas.”
Primera parte: De las cosas primeras y últimas. Aforismo segundo (Quintero, 2000: 75).

Nietzsche (2009: 35) explica: “¿Qué significa el nihilismo? Que los valores supremos pierden validez. Falta la meta; falta la respuesta al ‘por qué’”, y agrega: “El nihilismo radical es el convencimiento de la insostenibilidad de la existencia, cuando se trata de los valores más altos que se reconocen, añadiendo a esto la comprensión de que no tenemos el menor derecho a plantear un más allá o un en-sí de las cosas que sea ‘divino’ que sea moral viva. Esta comprensión es una consecuencia de la veracidad altamente desarrollada, y por ello, incluso, una consecuencia de la creencia en la moral”.

Años después, el pensamiento contemporáneo buscó dichas verdades, a partir de la investigación de la posibilidad para alcanzar el conocimiento fenomenológico de esencias, como en el caso de Edmund Husserl;³³ sin embargo, su labor se encuentra aún en proceso y en manos de sus seguidores.

Para Heidegger existe un acercamiento hermenéutico a la realidad primordial en virtud de la vivencia del sujeto ante la *facticidad*, la cual es un residuo de la objetividad que escapa al absolutismo subjetivista; aunque tal objetividad solo acerca de manera indirecta al conocimiento del ser. Esta constituye el fundamento de toda mostración y es condición de posibilidad para que los seres emerjan en la experiencia. Es expresión de la exterioridad del mundo que no es posible cambiar. En ella también se encuentran las posibilidades del ser (Bech, 2001: 463-465). La autenticidad se da en el compromiso existencial del individuo.

Heidegger opone al concepto de *verdad* –apodóticamente “directa” y concebida por Husserl–, una verdad entendida como redescubrimiento (Bech, 2001: 286). Esto surge de lo incontrovertible, en la mostración del ser. Para Sartre, la existencia es construcción hecha que da sentido.³⁴ Según él, la verdad es una creación totalizadora de la conciencia

³³ Harry Reeder (2011: 137) dice: “Para Husserl, el cambio de mirada que llamó *epojé* hizo posible la reducción trascendental, es decir la reducción que despliega la fundamentación de cualquier evidencia posible sobre todo objeto: en este encuentro del ego con el objeto, los dos son igualmente correlatos trascendentales de este, ninguno de los polos puede anteceder o ser primario. Esto no significa que la *epojé* y la reducción trascendental son distintas, sino que la ‘ruptura’ de la *epojé* con el mundo cotidiano es lo que hace posible ver ego y mundo como tales correlatos trascendentales”.

³⁴ Adrián Bertorello y Cols (2000: 170-171), en su ensayo sobre la verdad señalan que para Sartre: “la verdad es vista como parte de un proceso de totalización humana en el que la acción y la conciencia individual tienen una función creadora y motora. Desde esta perspectiva se

en la praxis que está dimensionada por el hombre en esa acción. Ya en su juventud, Sartre (1980: 9-10) expresaba estas ideas:

El hombre, desde hacía largo tiempo, había producido sus pensamientos como su vida, y éstos se adherían a su cuerpo como los animales egipcios modelados por el sol en el limo del Nilo, a medio nacer y hundiendo en el fango sus patas inacabadas. No tenían otro vínculo con las cosas que la gran simpatía universal, ni otra acción sobre ellas que la magia. No se les asemejaban como un retrato a su modelo, sino como una hermana a su hermano, por un aire de familia... El vulgo, más inclinado, en general, a atribuir el valor a la materia que al trabajo, dio una sustancia preciosa y sutil a nuestras ideas. Ellos la llamaron la Verdad, y pensaban que si por el uso continuado o por las llamas se borraba toda traza del producto de nuestros afanes, la verdad recuperaría su lugar sin perder nada de su muy alto valor³⁵.

Otros han negado incluso el principio de la identidad, como sucedió con Deleuze (1968),³⁶ para quien, en la naturaleza no existe la identidad, puesto que todo cambia de forma continua. También considera que en la “representación” y en el sentido común se ha fundamentado esa identidad; sin embargo, el pensamiento moderno considera que la “representación ha fracasado”. La reflexión del intelectual es la siguiente: por ser infinito el cambio continuo de objetos, los conceptos tendrían que ser infinitos para que la verdad fuese coincidencia de

comprende que Sartre haya desembocado en sus últimos años en una concepción libertaria... La subjetividad existencial se vuelve praxis, el individuo encuentra su verdad en la Historia, la dialéctica social redescubre el valor trascendente de la acción individual y del grupo activo. La verdad, diría Hegel, es el todo. Sartre completaría esta afirmación diciendo que la verdad se encuentra en cada una de las dimensiones donde se define la existencia humana”.

³⁵ La leyenda de la verdad es un ensayo de juventud de Sartre terminado en 1939; publicado por Teorema. Traducido, originalmente, por recomendación de Paul Nizan en la revista *Bifur*, núm. 8, junio de 1931, pp. 77-96.

³⁶ “El primado de la identidad, cualquiera sea la forma en que esta sea concebida, define el mundo de la representación. Pero el pensamiento moderno nace del fracaso de la representación, de la pérdida de las identidades y del descubrimiento de todas las fuerzas que actúan bajo la representación de lo idéntico. El mundo moderno es el de los simulacros. Un mundo en el que el hombre no sobrevive a Dios, ni la identidad del sujeto sobrevive a la de la sustancia. Todas las identidades sólo son simuladas, producidas como un ‘efecto’ óptico, por un juego más profundo que es el de la diferencia y de la repetición” (Deleuze, 1968: 1).

objeto y concepto. Existen acontecimientos infinitos y objetos diferentes que interactúan con ellos, de tal interacción se busca el significado, solo cuando esta se da, pues de otra manera nos resultaría incognoscible. Por ello, las esencias que trascienden la interacción nos resultan vacías.

Para Deleuze (1968: 42), el contenido de los entes es intrascendente, no existen particularidades empíricas, y lo que se considera universal y abstracto también difiere. Para él, la ley moral es un producto humano que consiste en conceptos y representaciones obligatoriamente repetibles que tratan de ser puestas sobre la ley natural, pero la ley es lo común en la pluralidad (podríamos entenderlo como una abstracción).

Jean-Francois Lyotard (1992: 5), autor de *La condición postmoderna: Informe sobre el saber*, plantea el alejamiento de la influencia de los “grandes relatos” en favor de la pluralidad de los seres humanos y sus diversas inclinaciones, pues los considera utopías que pretenden la homogenización humana (Vásquez, 2011: 3). Este pensador dice: “La tradición occidental afirma que lo que es justo deriva de lo que es verdadero, pero ahora sabemos que no es así”. Y señala: “Lo que el capitalismo hace hoy es explotar una fuerza que hasta ahora había desperdiciado la del lenguaje gracias al desarrollo de los media, de las técnicas de información y con la perspectiva de la informatización de la sociedad en su conjunto, es decir, de todos los cambios de frases de importancia para la sociedad”.

En el postmodernismo se rechazaron los llamados grandes relatos, interpretaciones que trataban de explicar el mundo por medio de un sistema coherente y universal; sin embargo, antes del postmodernismo se les veía como propuestas de sentido a la realidad, gracias a lo cual ayudaron a la legitimación, tanto de prácticas como de proyectos humanos. Actualmente, se prefieren las pequeñas y variadas interpretaciones plurales y locales que darán sentido a un individuo o a un grupo epistémico en particular, sin que necesariamente carezcan de contradicciones internas, solo cuando respondan a un criterio pragmático; se vive un relativismo cultural que requiere de comprensión inter- y transcultural con tolerancia a la diversidad. “La filosofía tiende a ser pluralista y fragmentaria, se resguarda en la destrucción de la unidad del lenguaje. La cultura posmoderna acentúa un individualismo extremo y apunta la nueva ética permisiva y hedonista” (Vásquez, 2011: 8).

La *Revista de Crítica Cultural* de Chile publicó el pensamiento sostenido por Derrida en 1995, en el curso de una visita que hizo a las universidades de Santiago de Chile. En un apartado, el autor señala que la hermenéutica que trata de descubrir lo verdadero es dudosa al pensamiento desconstruccionista; pero acepta la “multiplicidad de significaciones diferentes y conflictuales” (Derrida, 1997: 6-7). El pensamiento derridiano propone fragilizar la autoridad de la crítica e imponerle límites; además, evitar dogmatismos esencialistas e institucionalizados, sin dejar de considerar alternativas:

Entre lo indecible y la decisión no hay contradicción: lo indecible es la condición de la decisión. Cada decisión supone una evaluación de la situación singular en la que se toma la responsabilidad de articular y negociar estos dos gestos contradictorios. No hay regla general ni garantía preestablecida. Estamos siempre atrapados en un espacio que es, a la vez, el de la subjetividad crítica y el de la subjetividad funcionaria o institucional... No se trata entonces de levantarse contra las instituciones sino de transformarlas mediante luchas contra las hegemonías, las prevalencias o prepotencias en cada lugar donde éstas se instalan y se recrean (Derrida, 1997: 7-8).

Vásquez Rocca (2011: 4) señala que la episteme moderna de Foucault se caracteriza por deconstrucción, descentración, discontinuidad y dispersión. Rechaza el *cogito* y mira hacia los fragmentos. Asimismo, recuerda que fue Gianni Vattimo (1985) quien formuló el concepto de *pensamiento débil*, el cual no pretende explicar la realidad de manera total ni transgredir los límites del microrelato, pues considera que los megarelatos son pretensiones de dominio (Vásquez, 2011: 6).

En la actualidad se habla del “parque humano” de Peter Sloterdijk.³⁷ En la concepción de este autor, aquel que se impone es quien define y domestica a los otros. En tal visión del pensamiento, el humanismo ha sido una fórmula más de domesticación.³⁸

³⁷ Dice Sloterdijk (2000: 13): “La fraseología de una pastoral filosófica ya no tiene nada que ver con esto. Donde hay casas, ahí debe ser decidido qué ha de pasar con las personas que las habitan; en los hechos y por los hechos, deberá ser decidido qué tipos de construcción llegarán a la supremacía. En el claro se muestra por qué prendas luchan los hombres tan pronto como sobresalen como constructores de ciudades e instauradores de reinos”.

³⁸ Señala Sloterdijk (2000: 14): Desde la perspectiva de Zaratustra los hombres del presente

Previo a ello, Michel Foucault acentuó el hecho de que en 1942 el Plan Beveridge, que en Inglaterra y en otros muchos países sirvió de modelo a la organización de salud después de la Segunda Guerra Mundial, estableció el derecho a la salud; aunque señala que este tipo de acuerdos ya existían.³⁹ Este autor evidencia la estrecha relación entre la medicina y la economía.⁴⁰

Asimismo, Foucault (1976: 15) resalta la importancia que ha tenido la medicina en las condiciones de la época contemporánea, por presentarse como un campo atractivo para el mercado:

En la actualidad la medicina encuentra la economía por otro conducto. No simplemente porque es capaz de reproducir la fuerza de trabajo sino porque puede producir directamente riqueza en la medida en que la salud constituye un deseo para unos y un lucro para otros. La salud en cuanto se convirtió en objeto de consumo, que puede ser producido por unos laboratorios farmacéuticos, médicos, etc., y consumido por otros –los enfermos posibles y reales– adquirió importancia económica, y se introdujo en el mercado... El cuerpo humano se introdujo dos veces en el mercado: la primera por el asa-

son una sola cosa: criadores exitosos que han tenido la capacidad de hacer del hombre salvaje el último hombre. Se sobreentiende que esto no podía haber ocurrido tan solo por medios humanísticos, doméstico-adiestro-educadores. La tesis del hombre como criador del hombre hace estallar el horizonte humanístico, en la medida en que el límite del pensar y obrar humanista estará siempre dado por la cuestión de la domesticación y la educación: el humanista se da al hombre como pretexto, y aplica en él sus medios de domesticación, de doma, de formación, convencido como está de la relación necesaria entre el leer, el estar sentado, y el amansamiento.

³⁹ "... hasta mediados del siglo XX la función de garantizar la salud de los individuos significaba para el Estado, esencialmente, asegurar la fuerza física nacional, garantizar su capacidad de trabajo y de producción, así como la de defensa y ataques militares" (Foucault, 1976: 1-2).

⁴⁰ "... desde el siglo XVIII la Medicina y la salud fueron presentadas como problema económico... La Academia de la Medicina en Francia nació de una epizootia, no de una epidemia, lo que demuestra que los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de esta medicina... la gran neurología de Duchenne de Boulogne, de Charcot, etc., nació con los accidentes ferroviarios y accidentes del trabajo ocurridos alrededor de 1860, en el momento en que se planteaba el problema de los seguros, la incapacidad para el trabajo, la responsabilidad civil de los empleadores o los transportadores, etc. La base económica de la medicina moderna estuvo presente en su historia... En otro momento lo que se exigía a la medicina era el efecto económico de dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la Medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna" (Foucault, 1976: 4-14).

lariado, cuando el hombre vendió su fuerza de trabajo, y la segunda por intermedio de la salud.

La medicina, considerada como producto del mercado —aplicada sin una racionalidad que apunte a la realización de la humanidad, tanto en lo individual como en lo colectivo—, se desvía hacia el beneficio de pequeños grupos. Dice Foucault (1976: 15): “Desde el momento en que el cuerpo humano entra en el mercado, por intermedio del consumo de salud, aparecen varios fenómenos que causan disfunciones en el sistema de salud y de la medicina contemporánea”. Es claro que no es la búsqueda de la salud lo que hay que rechazar, sino la organización irracional de la misma desde una perspectiva humanista de la medicina. Al respecto, Foucault (1976: 18) señala: “La medicina no debe ser rechazada ni adoptada como tal... la medicina forma parte de un sistema histórico [Hay que considerar que] no es una ciencia pura y que forma parte de un sistema económico y de un sistema de poder, y que es necesario determinar los vínculos entre la medicina, la economía, el poder y la sociedad para ver en qué medida se puede rectificar o aplicar el modelo”.

Por otro lado, Zygmund Bauman (2005: 78) apunta que existen quienes propician la cultura para la satisfacción de necesidades y quienes buscan verdades trascendentes.

Alain Badiou (2004) trata de alcanzar una concepción de la ética en la acción fiel y consistente, con una verdad que ha sido puesta en evidencia en una experiencia de la vida, que nombra “acontecimiento de la verdad”. En la ética de las verdades, el autor se pregunta ¿cómo ligar de manera consistente lo que sé con sus efectos? Plantea que no hay ética general, sino ética relativa a una situación y las relaciones que se presentan, donde el acontecimiento decide su valor, pues modifica la estructura del sujeto y subsiste una vez desaparecido el acontecimiento; considera que la potencia de la verdad “agrieta” los saberes establecidos, pues los fuerza o violenta, a través de la recomposición de las situaciones. Para Badiou, en la actualidad predomina la lógica de la necesidad económica, según la cual se organizan las naciones; cuando una verdad aparece, divide la posición de los individuos en lugar de encontrar un consenso; para los grupos dominantes, la división causa horror y no hay ideas positivas de humanidad. Las leyes de los derechos

del hombre en el fondo se fundamentan en una identidad conservadora. El ejercicio de la fidelidad al simulacro es el terror que lleva a la violencia y a la muerte. Entonces, en respuesta a tal contexto, ha surgido una ética donde algunas comisiones de bioética pueden decidir la eliminación de un ser humano con fundamento en la denominada “dignidad humana”.

Como vemos, el postmodernismo propicia el rechazo a fundamentos que han sido piedras angulares de la medicina moderna. José Rodríguez (2008: 66) advierte que esta medicina se basó en la existencia de una verdad que puede ser conocida, comprendida y controlada por medio de la razón y la capacitación; acepta lo objetivo, la causalidad y la importancia de la observación, además cuenta con una base teórica en donde se ha acumulado una comprensión objetiva de su tema.

CONCLUSIONES

En la actualidad, la medicina, con sus acciones diagnósticas, terapéuticas y pronósticas, pasa por una situación crítica, no en lo tecnológico, sino en lo humano. Se requiere una reconsideración filosófica de la enfermedad en las condiciones actuales, que abarque al ser humano, a la sociedad y a la humanidad, tal vez el pensamiento pueda mejorar algunas de sus debilidades.

El postmodernismo y el relativismo han propiciado maneras de ver, en lo que a la salud concierne, que desdeñan la importancia de responder a las necesidades reales del ser humano y han dado lugar a formas de medicina que solo buscan la explotación de la enfermedad.

En cuanto al respeto, se puede ver que el pensamiento propició posiciones de salud que han abandonado el interés genuino del ser humano en la creación de una medicina que permita condiciones biopsicosociales, de las cuales pueda derivarse la realización, ya sea del individuo o de la colectividad, para convertirla en un producto de mercado, cuyo fin, en lo económico, es el enriquecimiento, y en lo político, un instrumento para satisfacer las demandas del capital internacional. En este sentido, existe una falta de respeto al ser humano y a su integridad, tanto en lo individual como en lo colectivo.

BIBLIOGRAFÍA

01. Abadía-Barrero, César Ernesto *et al.* (2008), “Perspectivas inter-situadas sobre el capitalismo en la salud: desde Colombia y sobre Colombia”, <http://sedlocal.sedbogota.edu.co/cdlusme/images/stories/saludalcolegio/perspectivas.pdf>. Consultado el 16 de mayo de 2014.
02. Badiou, Alain (2004), *La ética. Ensayo sobre la conciencia del mal*, Raúl J. Cerdeiras (trad.), México, Herder.
03. Bauman, Zygmunt (2005), *La vida líquida*, Albino Santos Mosquera (trad.), Barcelona, Paidós.
04. Bech, Josep María (2001), *De Husserl a Heidegger: la transformación del pensamiento fenomenológico*, Madrid, Universidad de Barcelona.
05. Bertorello, Adrián *et al.* (2000), *Ensayos sobre la Verdad*, Buenos Aires, Ediciones del Signo.
06. Canguilhem, Georges (1971), *Lo normal y lo patológico*, Buenos Aires, Siglo XXI, originalmente publicado en francés, http://books.google.com.mx/books?id=-VAEXA33g10C&printsec=frontcover&dq=Canguilhem+G.+%2B+Lo+Normal+y+lo+Patol+%C3%B3gico+%2B++Siglo+XXI+%2B+++%22vista+previa%22&hl=es&sa=X&ei=2mGeUj8LKqi2QX5u4CYAg&redir_esc=y#v=onepage&q=Lo%20normal%20no%20es%20un%20promedio%20correlativo%20de%20un%20concepto%20socia&f=false. Consultado el 27 de septiembre de 2014.
07. Celedón, Carlos (2009), “Ética de la medicina gestionada”, *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, vol. 69, núm. 1, pp. 37-40, http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162009000100007&lng=es&nrm=iso. Consultado el 17 de agosto de 2014.
08. Deleuze, Guilles (1968), *Diferencia y Repetición*, María Silva Delpy y Hugo Beccacese (trad.), Buenos Aires, Amorrortu, edición autorizada por Presses Universitaires de France.
09. Derrida, Jacques (1997), “Una filosofía deconstructiva”, *Zona Erógena*, núm. 35, <http://imago.yolasite.com/resources/DERRIDA,%20Una%20Filosofia%20Deconstructiva.pdf>. Consultado el 22 de agosto de 2014.
10. Esteban, Moisés y Carl Ratner (2010), “Historia, conceptos

- fundacionales y perspectivas contemporáneas en psicología cultural”, *Revista de historia de la psicología*, vol. 31, núm. 2-3, junio-septiembre, pp. 117-136.
11. Estrada, Diego Alejandro (2012), “Hacia una fenomenología de la enfermedad”, *Iatreia*, vol. 25, núm. 3, julio-septiembre, pp. 277-286.
 12. Foladori, Guillermo (2003), “La privatización de la salud. El caso de la industria farmacéutica”, *Revista Internacional de Sociología*, Tercera Época, núm. 34, enero-abril, pp. 33-64.
 13. Foucault, Michel (1976), “La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina”, *Educación médica y salud*, vol. 10, núm. 2, <http://hist.library.paho.org/Spanish/EMS/4451.pdf>. Consultado el 3 de enero de 2015.
 14. Gasca-Pliego, Eduardo y Julio César Olvera-García (2011), “Construir ciudadanía desde las universidades, responsabilidad social universitaria y desafíos ante el siglo XXI”, *Convergencia*, vol. 18, núm. 56, http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S1405-14352011000200002&script=sci_arttext. Consultado el 17 de junio de 2014.
 15. Girola, Lidia (2005), *Anomia e individualismo: del diagnóstico de la modernidad de Durkheim al pensamiento contemporáneo*, Barcelona, Anthropos/UAM Atzacapotzalco.
 16. Iriart, Celia, Merhy Emerson y Howard Waitzkin (2000), “La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma”, *Cad. Saúde Pública*, Río de Janeiro, vol. 16, núm. 1, jan-mar, pp. 95-105, <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1568.pdf>. Consultado el 12 de marzo de 2014.
 17. Kliksberg, Bernardo (2011), “Hacia una nueva visión de la política social en América Latina: desmontando mitos”, *Sociedad y Economía*, núm. 3, octubre, pp. 77-105.
 18. Lechner, Norbert (1994), “La (problemática) invocación de la sociedad civil. Perfiles latinoamericanos”, *Revista de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales*, Sede México, vol. 5, núm. 1, pp. 131-144.
 19. López Salvá, Mercedes (1993), “De la índole común de la ética y la política de Aristóteles y la Medicina”, *Cuadernos de Filología clásica. Estudios griegos e indoeuropeos*, Universidad Complutense de Madrid, núm. 3, pp. 142-169.
 20. Lyotard, Jean Francois (1992), “Qué es lo Posmoderno”,

- Zona Erógena*, núm. 12, <http://inabima.gob.do/descargas/bibliotecaFAIL/Autores%20Extranjeros/P/Postmodernidad/Lyotard,%20Jean-Fran%20ois/Lyotard,%20Jean-Francois%20-%20Que%20es%20lo%20Posmoderno.pdf>. Consultado el 17 de septiembre de 2014.
21. Murillo Godínez, Guillermo (2010), “Dr. Rafael Juan de Meraulyock, el merolico original”, *Medicina Interna de México*, vol. 26, núm. 5, septiembre-octubre, pp. 498-500.
 22. Nietzsche, Friedrich (1996), *Humano, demasiado humano: un libro para espíritus libres*, vol. I, Madrid, Akal.
 23. Nietzsche, Friedrich (2009), *La voluntad de Poder*, Anibal Froufe (trad.), Madrid, Biblioteca Edaf, 17ª ed.
 24. Osorio García, Sergio Nestor (2008), *Bioética y pensamiento complejo: estrategias para enfrentar el desafío planetario*, Bogotá, Universidad Militar de Nueva Granada.
 25. Patiño Restrepo, José Félix (2001), “Paradigmas y dilemas de la medicina moderna en el contexto de la atención gerenciada de la salud. Un dilema ético y un imperativo social”, *Revista Médica*, vol. 23, núm. 3, diciembre, [http://www.anmdocolombia.net/medicinacompletas/MEDICINA%20vol%2023%20\(57\)%20Diciembre%202001.pdf](http://www.anmdocolombia.net/medicinacompletas/MEDICINA%20vol%2023%20(57)%20Diciembre%202001.pdf). Consultado el 7 de abril de 2014.
 26. Peña, Adolfo y Ofelia Paco (2002), “El concepto general de enfermedad. Revisión, crítica y propuesta. Primera parte”, *Anales de la Facultad de Medicina*, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, vol. 63, núm. 3, pp. 223-232.
 27. Reeder, Harry (2011), *La praxis fenomenológica de Edmund Husserl*, Germán Vargas Guillén (trad.), Bogotá, San Pablo.
 28. Rodríguez Portales José (2008), “Postmodernismo, ciencia y medicina”, *Boletín de la Academia Chilena de Medicina*, núm. XLV, pp. 59-72, http://www.institutodechile.cl/medicina/publicaciones/Boletin_Academia_2008.pdf#page=59. Consultado el 24 de enero de 2014.
 29. Sartre, Jean Paul (1980), “Leyenda de la verdad. Teorema”, *Revista Internacional de Filosofía*, vol. 10, núm. 1, pp. 5-24.
 30. Sloterdijk, Peter (2000), “Normas para el parque humano: una respuesta a la carta sobre el humanismo de Heidegger”, *Revista Observaciones Filosóficas*, pp. 1-21, <http://musioniorufo.zip.net/>

- parque-humano.pdf. Consultado el 27 de marzo de 2014.
31. Taché Jalak, Marco (2000), “Uso de los exámenes complementarios en la clínica”, *Ateneo*, vol. 1, núm. 1, pp. 32-37.
 32. Ugalde, Antonio y Nuria Homedes (2009), “Medicamentos para lucrar. La transformación de la industria farmacéutica”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 5, núm. 3, septiembre-diciembre, pp. 305-322, http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/ugalde_homedes__medicamentos_para_lucrar.pdf. Consultado el 14 de febrero de 2014.
 33. Ugalde, Antonio y Nuria Homedes (2011), “Cuatro palabras sobre ensayos clínicos: ciencia/negocio, riesgo/beneficio”, *Salud Colectiva*, Buenos Aires, vol. 7, núm. 2, pp. 135-148.
 34. Vásquez Rocca, Adolfo (2011), “La Posmodernidad. Nuevo régimen de verdad, violencia metafísica y fin de los metarrelatos”, *Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, vol. 29, núm. 1, pp. 285-300, http://dx.doi.org/10.5209/rev_NOMA.2011.v29.n1.26807. Consultado el 12 de septiembre de 2014.
 35. Ventegodt, Soren, Joav Merrick y Niels Jorgen Andersen (2003), “Quality of Life Theory II. Quality of Life as the Realization of Life Potential: a Biological Theory of Human Being”, *The Scientific World Journal*, vol. 3, pp. 1041-1049.
 36. Vergara Quintero, María de los Ángeles (2007), “Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad”, *Salud*, vol. 12, núm. 1, junio-diciembre.
 37. Vélez-Atehortúa, Hernñan (2010), “Reflexiones acerca de la enseñanza de la Medicina en la Postmodernidad”, *Revista Ces Medicina*, vol. 24, núm. 2, pp. 117-124.
 38. Vigil, Nina (2005), *Pueblos indígenas y escritura*, Portal aula intercultural, <http://aulaintercultural.org/2005/02/25/pueblos-indigenas-y-escritura/>. Consultado el 28 de noviembre de 2014.
 39. Volpi, Franco (1999), “Rehabilitación de la filosofía práctica y neo-aristotelismo”, *Anuario Filosófico*, Alejandro G. Vigo (trad.), vol. 32, núm. 63, pp. 315-342.

JAVIER DE LA FUENTE-ROCHA: Doctor en Humanidades: Filosofía Contemporánea por la UAEMéx, Maestro en Antropología Filosófica por la Universidad del Tepeyac. Cuenta con la especialidad en Medicina Interna por la UNAM y en Gerontología Clínica por la Universidad París VI, Francia.

MARTHA DOLORES DELGADO-WISE: Doctora en Humanidades: Filosofía Contemporánea por la UAEMéx, Maestra en Antropología Filosófica por la Universidad del Tepeyac. Además, estudió Actuaría matemática en la UNAM.