

EL CUERPO EVIDENCIADO, EL CUERPO DOMINADO. MECANICISMO Y MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA EN RELACIÓN AL CUERPO, LA ANORMALIDAD Y LA ENFERMEDAD¹

Natalia Botero Jaramillo*
Jairo Camilo Guevara**

RESUMEN

El presente artículo discute la medicina como campo epistemológico, en relación con los conceptos de cuerpo, anormalidad y enfermedad. Analiza el papel del mecanicismo, y la medicina basada en la evidencia (MBE), como dos puntos de anclaje, en que se articulan dichos conceptos. Investiga los discursos presentes en un territorio delimitado: la educación médica, y que toma como sujetos de estudio a los estudiantes. En la formación médica, se imparten una serie de conocimientos centrados en un cuerpo biológico, delimitado mediante definiciones y mediciones que constituyen normas que lo evalúan. Este cuerpo, configura su normalidad y anormalidad desde la visión mecanicista y en las últimas tres décadas desde la MBE, con la producción exponencial de literatura médica, y la introducción de las guías de práctica clínica, que han condicionado en varios niveles el quehacer médico enmarcado en la historia de la medicina y en la cultura de occidente. Este trabajo se hizo mediante metodologías cualitativas como grupos de discusión, etnografía, y revisión de fuentes primarias y secundarias.

Palabras clave: Anormalidad, Cuerpo, Enfermedad, Evidencia, Mecanicismo, Medicina.

O CORPO EVIDENCIADO, O CORPO DOMINADO. MECANICISMO E MEDICINA BASEADA EM EVIDÊNCIAS EM RELAÇÃO AO CORPO, A ANORMALIDADE E A DOENÇA

RESUMO

O presente artigo discute a medicina como campo epistemológico, em relação aos conceitos de corpo, anormalidade e doença. Analisa o papel do mecanicismo e da medicina baseada em evidências (MBE) como dois pontos de ancoragem em que tais conceitos se articulam. Investiga os discursos em um território definido: a educação médica, e toma como sujeitos de estudo os estudantes. Na formação médica, se ensina uma série de conhecimentos centrados em um corpo biológico, o qual é delimitado pelas definições e medições que constituem as normas que o avaliam. Este corpo configura a sua normalidade e anormalidade desde a visão mecanicista, e nas últimas três décadas desde a MBE, com uma produção exponencial na literatura médica e a introdução de guias de prática clínica, que tem condicionado em distintos níveis a prática médica, enquadrada na história da medicina e na cultura de ocidente. Este trabalho foi realizado com base em metodologias qualitativas como grupos de discussão, etnografia e revisão de fontes primárias e secundárias.

Palavras chave: Anormalidade, Corpo, Enfermidade, Evidencia, Mecanicismo, Medicina.

THE EVIDENCED BODY, THE DOMINATED BODY. MECHANISM AND EVIDENCE BASED MEDICINE IN RELATION TO THE BODY, ABNORMALITY AND DISEASE

ABSTRACT

The present paper discusses the medicine as an epistemological field, in relation to concepts: body, abnormality and disease. Analysing the role of Mechanism philosophy an Evidence Based Medicine (EBM) as

* Antropóloga, magíster en historia y docente, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (UdeA). Contacto: natalia.boteroj@udea.edu.co

** Médico Interno, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia (UdeA). Contacto: jairo.guevara@udea.edu.co

¹ El presente artículo tuvo como sustrato inicial la ponencia titulada “Debates sobre el cuerpo, la anormalidad y la enfermedad, exploraciones entre los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia”, presentada en la XI Reunión de Antropología del Mercosur, diciembre 2015, Montevideo, Uruguay, el cual se ha transformado a partir de las pesquisas de los autores en el campo de la historia y filosofía de la ciencia.

an anchor points, to try and articulate these past concepts. We investigate the present discourses in a delimited territory: the medical education. Taking as study subjects the students. Medical education teaches knowledge centered in a biological body, bounded by definitions and measures that constitute rules of evaluation. The normality and abnormality of this body are configured by mechanism philosophy and in the last three decades by EBM with the exponential production of medical literature and introduction of practice guidelines. This has been determined in multiple levels the medical practice in history of medicine and history of western culture. This work was built using qualitative methods as discussion groups, ethnography, and primary and second sources reviews.

Key words: Abnormality, Body, Disease, Evidence, Mechanism, Medicine.

INTRODUCCIÓN

Los conceptos de lo normal y lo patológico han sido transversales a la historia de la medicina y a sus embates por ser ciencia, profesión y arte. En todas las épocas y culturas se han definido diversas nociones de la salud y enfermedad, de lo normal y lo anómalo, y su relación con lo patológico, que son inherentes a la formación en medicina y otras profesiones de la salud (CANGUILHEM, 2011, CAPONI, 1997). La medicina moderna ilustrada (siglos XVII y XVIII), tuvo como objeto el ser humano, situado en una naturaleza concebida como una máquina echada a andar por Dios² con unas leyes que lo regían. El mecanicismo en esta escena, definió el cuerpo midiéndolo y matematizándolo, trabajando con la metáfora de máquina y la división dual del mismo, en *res cogitans* y *res extensa* (DESCARTES, 1980). Esta dualidad ha pervivido a lo largo de la modernidad, así por diferentes mecanismos se haya intentado cerrar esta brecha o por lo menos comprenderla.

En el siglo XIX las mentalidades médicas modernas entraron en escena, por medio de la concepción de enfermedad y su asiento en causas específicas. La mentalidad anatomopatológica centró su mirada en la lesión orgánica, la mentalidad fisiopatológica en la materia en movimiento, y la mentalidad etiopatológica en el microorganismo (LÓPEZ, 1985). Estas nuevas miradas, se acompañaron de desarrollos tecnológicos: fonendoscopia y microscopio. Abriendo nuevos espacios medicalizados: el hospital y el laboratorio (FOUCAULT, 1990). La nueva mentalidad, dejó atrás, la teoría humoral de tradición hipocrática galénica revistiéndose de un método científico endurecido por las ciencias exactas positivistas, con la pretensión de hacer de esta *techné*³, un saber objetivo y científico. Sin embargo, pese a este ideal de posicionar la

medicina como una ciencia, la complejidad de la vida se le escapó por sus zonas grises.

Durante el siglo XX a partir del Informe Flexner se organizó la educación médica en ciencias básicas y clínicas, articulando el hospital y el laboratorio con la universidad. Esto permitió la consolidación de las mentalidades médicas modernas (que gravitaron desde Europa a Norteamérica) y el posicionamiento de los estudios en ciencias básicas, como un estadio de la formación previo a la clínica. Asimismo la experimentación en medicina posibilitó el desarrollo de una visión positivista, gobernada por las leyes de la biología, la física, la matemática y la química. En este sentido el laboratorio y la clínica, formaron al estudiante en el método científico aplicado a la práctica y a la investigación (FLEXNER, 1910; LUDMERER, 2010).

En la historia de la educación médica en Colombia, los procesos tuvieron sus propios tiempos. El informe Flexner, y la influencia de la medicina norteamericana, ingresó a los currículos gracias a la Misión Médica Unitaria o Misión Humphreys en 1948 y la Misión Laphan o Tulane en 1953. Misiones que promovieron el énfasis en las ciencias básicas, la organización por departamentos (anatomía, patología, fisiología, farmacología), la modernización de los laboratorios, y un aprendizaje basado en la experiencia del estudiante y su trabajo práctico en el laboratorio, la cama del enfermo y la biblioteca (GONZÁLEZ, 2008; MIRANDA, QUEVEDO Y HERNÁNDEZ, 1993).

Después de la segunda mitad del siglo XX los currículos hicieron un giro hacia el aprendizaje basado en la resolución de problemas, la organización por sistemas, el proceso vital humano, y los determinantes sociales (PINZÓN, 2008). Aun así se mantuvo la visión positivista y mecanicista del cuerpo,

² Desde la tradición judeocristiana.

³ El concepto griego de *Techné*, posicionaba a la medicina como un saber teórico volcado hacia un arte manual. No era solo un saber, sino un saber hacer. Los griegos definieron a la medicina como un conocimiento en relación a una acción productiva, para conocer e intervenir la *Physis*. (ROQUÉ, 2012; PAEZ, 2014).

con el método de experimentación que se adecuó y articuló al más reciente invento de la educación y práctica médica: la medicina basada en la evidencia (MBE). Entre 1970 y 1980 se plantearon los usos de la epidemiología y la bioestadística en la práctica clínica y la toma de decisiones médicas. Lo que permitió el surgimiento de la MBE, en 1991 desarrollada por Gordon Guyatt⁴ de McMaster University, Canadá. La MBE se internacionalizó en 1992 gracias a una serie de publicaciones de la revista JAMA llamadas Guías de Usuarios de Literatura Médica. La MBE dispuso una nueva jerarquía en el conocimiento médico que se volvió determinante en la producción de guías de práctica clínica. Que han llegado a ser determinantes en la educación y práctica médica, y en las orientaciones políticas y legales del quehacer médico en la actualidad. (HENAO y JAIMES, 2009; DUKBEGOVIC, GUYATT y ASHCROFT, 2009; COHEN, STAVRI y HERSH, 2004)

Este trabajo discute la relación entre los conceptos de cuerpo, anormalidad y enfermedad y su posicionamiento en el campo de la medicina. La enfermedad transforma la totalidad del sujeto, impactando la vida del individuo y sus relaciones sociales, así como su estatus productivo en el capitalismo, se comprende en relación a la norma, y al promedio desde una concepción estadística. La anormalidad tiene dos escenarios distintos pero no necesariamente excluyentes, uno próximo a la sociedad, y otro a la enfermedad. En este contexto, la medicina ejerce un poder normalizador para la enfermedad/anormalidad, y realimenta a la sociedad en el mantenimiento de un orden social y económico, que delimita la concepción de lo sano y lo patológico. Al cuerpo comprendido por medio de la metáfora de la máquina se le asigna una finalidad. Si éste se avería debe ser reparado porque su propósito es producir.

Nuestra pregunta epistemológica, busca ir más allá del conocimiento contenido en unos discursos instituidos, al reconocer las múltiples formas en que la medicina configura una experiencia que atraviesa la existencia de los sujetos, los cuerpos, y las enfermedades (que son múltiples, más no fragmentarios) y al explorar la complejidad en las prácticas y espacios (no euclidianos) en las voces y experiencias de los estudiantes: desde el consultorio en el performance clínico, el laboratorio con la

medición y los métodos estadísticos, y el proceso fisiopatológico, que da cuenta de los diagnósticos (MOL, 1999; 2002). A este anexamos un espacio y una práctica más, la educación en medicina.

METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó usando metodologías cualitativas como el trabajo con fuentes primarias, los grupos de discusión y la observación etnográfica. Se aproximó a los sujetos en sus percepciones, discursos, prácticas e interacciones sociales y simbólicas. Éstos fueron los estudiantes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia. La información recolectada fue trabajada utilizando el Software de apoyo Atlas/ti®. Para el análisis se utilizaron algunos elementos de la teoría fundamentada, que permitió crear una nube de datos, para establecer categorías en un proceso de codificación abierta y axial, y de análisis e interpretación bajo el reconocimiento de la teoría social, la historia de la medicina y la educación (HERNÁNDEZ; HERRERA; PAÉZ, 2011; UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, 2015). Para trabajar con las categorías centrales de cuerpo, anormalidad y enfermedad en relación al el mecanicismo, el positivismo y la MBE.

Para esta investigación se realizaron cinco grupos de discusión con estudiantes de medicina de segundo a decimoprimer semestre: dos de ellos en 2015; y 3 en el 2016. La población estudiantil fue convocada en el espacio del curso *Cuerpo, Anormalidad y diferencia*, dictado en la Facultad de Medicina. Los rangos de edad migraron entre los 18 y 28 años⁵. Adicionalmente, se hizo observación etnográfica entre los años 2015 y 2016. Se revisaron algunas fuentes primarias que han determinado la educación médica, como libros de manual, artículos científicos y guías de práctica clínica, además de las fuentes secundarias sobre historia de la medicina, historia de la educación, currículo, y filosofía de la ciencia. El objetivo fue reconocer en las voces de los sujetos de estudio y en nosotros mismos, las posiciones polisémicas de profesor, estudiante, investigador y paciente. Para de allí extraer los disensos y consensos que apuntaran hacia la elaboración de unos conceptos, que proponemos como centrales para pensar la medicina.

⁴ Médico director de medicina interna, profesor de epidemiología y bioestadística.

⁵ Esta investigación se hizo con consentimiento informado desde las consideraciones éticas de la investigación.

Un problema de conceptos, implica un problema hermenéutico, en el que se evidencia un juego de tensiones y fuerzas entre el sujeto, la sociedad, la historia y el lugar en que se sitúan. En este escenario hacemos una distinción entre la definición y el concepto. La definición es aquella que nos remite al consenso social del significado de una cosa y se confronta con el concepto en sus implicaciones teóricas e históricas. Para la investigación nos aproximamos a Hans Gadamer que toma el concepto como la esencia de la filosofía al realizar la pregunta ontológica (GADAMER, 2005, FLÓREZ, 2005). La pregunta por el ser es la pregunta por el concepto, aquí la malla de la definición toma profundidad y entra en juego la hermenéutica y la exégesis con toda la carga histórica del concepto, su trasegar por el tiempo, moldeado por los sujetos, migrando entre los discursos. Tomamos de Koselleck el carácter dialógico del concepto que se corresponde con un contexto histórico y social, inmerso en una red de relaciones y tensiones. Lo que podría verse como una diferencia entre Gadamer y Koselleck es una complementariedad para acercarnos al concepto en sí mismo y en su contexto, como una bisagra entre el mundo habitado y las teorías (KOSELLECK, GADAMER, 1997; KOSELLECK, 2004).

APROXIMACIONES A LAS DEFINICIONES DESDE LA LITERATURA MÉDICA

El conocimiento en medicina se ha escrito históricamente por medio de textos canónicos de carácter prescriptivo que han orientado la educación y la práctica médica. Éstos son escritos por autoridades en el campo, que enseñan a sus estudiantes, a partir de sus conocimientos teóricos, experiencias clínicas y de una deontología de la profesión. Algunos textos canónicos son el *Corpus Hipocrático* en la antigüedad clásica, conjunto de escritos producidos entre el 420 a.c al siglo II d.c (ANDRÉS, 2006). El *Canon* de Avicena de tradición árabe escrito en el siglo XI d.c., rescoge y desarrolla las enseñanzas galénicas e hipocráticas permitiendo la pervivencia en la Edad Media de la teoría humoral y los conocimientos de la medicina grecorromana. *De Humani Corporis*

Fábrica de Andreas Vesalius Escrito en el siglo XVI, con el impulso masificador de la imprenta, revoluciona la anatomía en el Renacimiento (LAÍN, 1978).

Los grandes libros de medicina llegan hasta los libros manuales de la educación médica actual⁶. Sin embargo, en el siglo XIX surgen otro tipo de publicaciones, las revistas científicas especializadas en medicina *The Lancet* (Reino Unido) en 1823, *La Lanceta* (Colombia) en 1852 y doce años más tarde la *Gaceta Médica de Colombia* (MIRANDA; QUEVEDO, HERNÁNDEZ, 1996), con el propósito de difundir el conocimiento científico de investigaciones recientes y novedosas, que permiten un espacio de traducción e introducción de teorías, nuevos desarrollos y debates. El formato de escritura del artículo de revista, permite la difusión de un conocimiento situado en un problema específico, en el que se consignan los procesos y resultados de investigaciones que representan los avances en el campo de la ciencia.

A partir de 1960 se generaliza un tipo de publicación oficial llamado “guía de práctica clínica” que busca estandarizar y masificar los conocimientos y procedimientos médicos para homogenizar la práctica clínica. Éstas dan un marco normativo y legal, regulando los costos en el sector de la salud (WEISZ et. al, 2007). En la década de 1990, con la MBE, se reestructura el conocimiento médico, que propone una nueva forma de investigar y producir conocimientos articulando el experimento y el ensayo clínico, con la estadística. La MBE rápidamente influye en la construcción de guías de práctica clínica, al ordenar la información bajo unos criterios definidos por grados de evidencia y de recomendación basados en las mediciones estadísticas (DJULBEGOVIC, GUYATT, ASHCROFT, 2009).

En los libros manuales contemporáneos, que persisten vigentes en la formación médica, encontramos a las ciencias biomédicas (biología, química, física), fundamentando el corpus conceptual de la medicina en las diferentes materias (Anatomía, fisiología, patología e histología). Los avances técnicos y teóricos de

⁶ Los libros escogidos fueron Fisiología de Guyton 12ª edición (2011), Patología de Robbins 7ª y 9ª edición (2007; 2913), Sinopsis de Psiquiatría de Kaplan (2009; 2015). Estos libros hacen parte de la formación básica de los estudiantes de medicina de la Universidad de Antioquia y dan cuenta de los paradigmas sobre los que se erige el discurso médico.

la ciencia molecular y física dan coherencia a fenómenos biológicos antes inconexos. La fisiología se propone como conexión entre las ciencias básicas y la medicina integrando las funciones celulares individuales y las de los tejidos y órganos en un todo llamado cuerpo que depende de una función global y no solo de una suma de partes aisladas. Se propone que este trabajo conjunto de células, tejidos y órganos trabajando sincrónica y jerárquicamente permite mantener la vida (GUYTON, HALL 2011).

Ante la pregunta “¿cómo se coordinan los distintos órganos y sistemas para mantener una función adecuada del organismo en su totalidad?” (GUYTON, HALL 2011). El discurso fisiológico responde con una red de controles de respuesta y realimentación que permiten un equilibrio sin el cual no sería posible la vida. Nombra a ese control interno “homeostasis” y sitúa la enfermedad en el deterioro del mismo. Si se supera determinado límite se hace imposible la vida. Esta serie de controles permiten proponer al ser humano como un autómatas y a la vida como una secuencia automática. El sostén de este mecanismo automático, que espera ser explicado por la fisiología es la homeóstasis que tiene lugar en un *milieu intérieur* (medio interno) líquido que comunica y limita el organismo. Esta definición separa y delimita el cuerpo y sus mecanismos interiores del medio externo y reconoce una materialidad susceptible de ser medida y comprendida mediante leyes matemáticas y físico-químicas (CANGUILHEM, SAVAGE, 2001).

La patología etimológicamente definida como estudio (*logos*) del sufrimiento⁷ (*pathos*), también se propone desde los libros manual como conexión entre la ciencia básica y la práctica clínica. Estudia los cambios estructurales y funcionales en las células, tejidos y órganos como subyacentes a la enfermedad. A través de técnicas moleculares, microbiológicas, inmunológicas y morfológicas explica los cómo y porqués de los signos y síntomas manifestados por los pacientes

con la intención de proporcionar una base sólida para una terapéutica racional. La patología se autoproclama como el fundamento científico de la medicina (ROBBINS et. al, 2013), el núcleo de ésta se ordena en torno a cuatro aspectos: etiología (causa), patogenia (mecanismo de desarrollo), cambios morfológicos (alteraciones estructurales inducidas en las células y órganos) y significado clínico (consecuencias funcionales de los cambios morfológicos) (ROBBINS et. al 2007; 2013). En el contexto de la formación en medicina, los estudiantes configuran una visión de la enfermedad, de sus causas y de las formas de comprenderlas, a partir de los conceptos de equilibrio y de alteración con una base orgánica que las sustentan. Como vemos en las siguientes citas de los estudiantes:

Hay diferentes posturas frente a causalidad de enfermedad. Cuando se altera una célula y esa alteración es continua, finalmente la expresión de esa alteración ¿va a ser qué? La enfermedad. Pero hay quienes tienen otras posturas de energía, al fin y al cabo eso hace la enfermedad. Aunque descubrimos más y más cosas, a lo que resulta todo es justamente a ese miedo que tenemos frente a una alteración (Grupo de discusión cuatro, 2016).

Enfermedad es desequilibrio. El cuerpo constantemente está haciendo homeostasis. Recombinando sustancias, expulsando toxinas. La enfermedad es un desequilibrio entre sustancias que te hacen daño y acciones del cuerpo para eliminarlas. En el momento en el que una es más que otras aparece la salud o la enfermedad (Grupo de discusión tres, 2016).

La psiquiatría define normalidad con la misma definición que usa la OMS para salud: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”⁸ (OMS, 1946). El bienestar

⁷ Llama la atención que la patología tenga en su etimología el concepto de sufrimiento. Más adelante se discutirá sobre el este y sus implicaciones en ámbitos que desbordan los alcances de la medicina y la ciencia básica.

⁸ “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948” (OMS, 1946).

mental se define como la ausencia de un trastorno mental descrito por el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM IV. El cual propone cuatro acepciones controversiales de normalidad: normalidad como salud (en tanto mayoría estadística), como utopía (mezcla óptima de componentes del aparato mental que culmina en una funcionalidad también óptima), como media (campana de Gauss y desviaciones estadísticas como lo anormal) y como proceso (resultado de sistemas interactivos a través del tiempo) (KAPLAN; SADOCK 2009).

Kaplan el libro clásico de psiquiatría propone cuatro pasos para definir enfermedad mental que podrían extrapolarse a la concepción general de enfermedad 1. “Media” no es salud 2. La salud a veces depende de la geografía, la cultura y el momento histórico 3. Hay que aclarar si algo es un rasgo o un estado (según la permanencia en el tiempo) y 4. Hay que apreciar el doble peligro de la “contaminación por valores”. (KAPLAN; SADOCK 2009). A la visión de cuerpo orgánico construida desde la medicina, se impone la necesidad de conceptualizar la mente, y en consecuencia la salud mental desde el campo de la psiquiatría:

La psiquiatría lo que busca [es] darle explicación a todo eso, a punta de neurotransmisores busca con ellos legitimar su práctica, yo creo que la psiquiatría no se puede desligar de su origen, yo creo que la psiquiatría surge como una estrategia de control social.

Ahora hay una mayor incidencia de enfermedad mental, de alteraciones de la salud mental, pero bueno, entonces ¿Se justifica porque ahora las medimos más? Pero ¿Qué pasa? Realmente a la enfermedad mental le quieren buscar el componente biológico (Grupo de discusión cinco, 2016)

Los textos manuales de medicina proponen los conceptos de cuerpo como mecanismo en homeostasis automática, que le da la categoría de vivo. De enfermedad como desequilibrio con

una base molecular y celular que repercute en la función pero que es susceptible de ser relativizada. De anormalidad como un concepto escurridizo que no queda del todo contenido en la campana de Gauss y que se contrapone a normalidad, la cual tiene por lo menos cuatro significados distintos. Para los estudiantes la división cuerpo-mente/alma se enmarca en la creación de unas especialidades clínicas deudoras de dichos temas como la psiquiatría y la neurología, en contraste con los demás campos de la medicina como la ortopedia y la cirugía. La búsqueda de explicaciones a la enfermedad mental desde lo orgánico (la molécula, la estructura y la alteración fisiológica) nos remite a un intento de cierre del dualismo cartesiano donde la *res extensa* se impone sobre la *res cogitans*, midiéndola en sus términos corpóreos.

LO MEDIBLE: CUERPO, ANORMALIDAD Y ENFERMEDAD

En la Ilustración el hombre burgués, ocupó una nueva posición en el mundo que requirió desplazar a Dios a un lugar externo sin eliminarlo. Esto le permitió a éste disponerse productivamente en el centro de un mundo que le había sido otorgado. El resurgimiento de la “experimentación” en Europa y el florecimiento de la matemática, la geometría y la física fueron el contexto en que René Descartes realizó las preguntas que dieron forma a su obra. Descartes buscó un método para acceder a la verdad partiendo de una premisa paradójica en la cual para llegar a la verdad, se debía dudar metódicamente de todo, excepto de la existencia de Dios (DESCARTES, 2010). El filósofo propuso el pensamiento (cualidad del alma humana) como “herramienta” que aprehendía el mundo en una interrelación estrecha con el cuerpo, sin llegar nunca a tener iguales características y condiciones.

Antes de proponer su método, Descartes estableció una brecha entre el alma (pensamiento, razón) y el cuerpo. Ambos conformando al hombre en tensa vecindad. El cuerpo compartido en esencia con

⁹ Dice al respecto que por un lado la antropología cultural enseñó lo falseable, que cualquier definición sobre enfermedad mental puede ser y que por otro lado se cuestiona el sentido de bondad o maldad de la enfermedad. Para ¿sociedad? ¿para sí mismo? ¿Para la felicidad? ¿Quién lo determina? (KAPLAN; SADOCK 2009)

los animales, sería una máquina viviente que por su diseño ordenado y subordinado a unas leyes naturales cognoscibles, tendría una disposición orgánica (órganos) que sería causa y efecto del movimiento (DESCARTES, 2010). Por otra parte, el alma con sus cualidades de pensamiento y razón podría ser guiada con un método derivado del álgebra, la geometría y la lógica a la verdad única de las cosas, o al menos muy cerca de ella. El método cartesiano se asentó en cuatro principios: evidenciar, analizar, graduar y sintetizar. Estos principios generales y directrices de la razón, serían susceptibles de ser aplicados a cualquier ámbito donde se buscara la verdad, pues permitirían evadir el engaño de los sentidos producto de la cercanía con el cuerpo.¹⁰ Esta visión cartesiana y mecanicista del cuerpo, que propone la metáfora de la máquina, sentó las bases para que la ciencia lo postulara como su objeto de experimentación, explorándolo y midiéndolo. Sobre el cuerpo, los estudiantes afirman:

El cuerpo es la maquinaria que hace al ser. Porque el cuerpo no solo es el de los humanos, también está el de los animales. Una maquinaria que lo lleva a uno a hacer sus movimientos y las cosas en sí y al funcionamiento como tal.

El cuerpo es un continente de diferentes órganos y viene a ser el efector final o el medio por el que la mente actúa. La mente es un concepto muy abstracto, pero dentro de lo que compone a la mente está el cerebro. Entonces. El cerebro viene a ser el pensador y el cuerpo el efector. Hay una armonía entre ellos dos para hacer o no hacer diferentes cosas (Grupo de Discusión tres, 2016).

Esta disposición metodológica del pensamiento y mecánica de la naturaleza (en nuestro caso específico del cuerpo) sería la base sobre la cual se asentaría el corpus teórico matematizador de las ciencias que “desentrañaría” las leyes naturales. Un mundo y un cuerpo codificado por los axiomas matemáticos,

comprobados con la experimentación. Al respecto dice Koyré de Newton:

Vemos que una buena filosofía natural, empírica y experimental, no excluye de la estructura del mundo y de la decoración del cielo a las fuerzas inmateriales o transmateriales. Ella simplemente renuncia a discutir su naturaleza, ocupándose solamente de las causas y efectos observables, tratándolos –en tanto se trata de una filosofía natural matemática– como causas o fuerzas matemáticas; es decir, como conceptos o relaciones matemáticas (KOYRÉ, 1973, p: 256).

La matematización de la razón y del mundo mecánico que ésta descubría, atravesó las diferentes mentalidades médicas y propuso en cada una las condiciones de lo evidente y lo cognoscible a la par de la práctica diagnóstica y terapéutica. Pasó de la anatomopatológica (descriptivamente geométrica), a la fisiopatológica (discurso del movimiento de la geometría), hasta llegar a la etiopatológica, y posteriormente a la genética y la molecular (que asomándose al microscopio en el laboratorio descubrió un mecanismo perfecto de dimensiones diminutas subyacente al mecanismo mayor, pero sujeto a las mismas leyes). En este recorrido los cambios de paradigma del discurso médico occidental nunca se alejaron del mecanicismo científico-matemático que paulatinamente iba refinando la ciencia.

Quedaban los cabos sueltos de la brecha alma-cuerpo que Descartes había zanjado para disponer sus teorías. La medicina con la teoría de mecanismos moleculares sutiles tendió un puente para una teoría de la mente (alma, psiqué, pensamiento) desde la psiquiatría y neurología, que superarían la mera ubicación geográfica del alma, hace siglos asignada al cerebro.

La psiquiatría es esa especialidad a la que le dejamos lo otro, lo que no podemos explicar,

¹⁰ “1. No admitir como verdadera cosa alguna, como no supiese con evidencia que lo es (...) 2. Dividir cada una de las dificultadas que examinare en cuantas partes fuere posible y en cuantas requiriese su mejor solución 3. Conducir ordenadamente mis pensamientos, empezando por los objetos más simples y más fáciles de conocer, para ir ascendiendo poco a poco, gradualmente, hasta el conocimiento de los más compuestos (...) 4. hacer en todos unos recuentos tan integrales y unas revisiones tan generales que llegase a estar seguro de no omitir nada” (DESCARTES, 2010, PARTE 2).

lo que no podemos ver, lo que no podemos objetivizar, entonces se lo dejamos... [Con] ese montón de estudios moleculares [que] tratan de poner sobre el papel. (Grupo de discusión cinco, 2016)

Esta búsqueda de cerrar la brecha extendiendo la *res extensa* hasta los dominios antes exclusivos de la *res cogitans* coincidió con la propuesta de una nueva práctica médica más “precisa, exacta y comprobable” (más “matematizable”): La MBE, que ha pretendido disminuir la incertidumbre en la toma de decisiones, reduciendo a una serie de algoritmos la complejidad de la enfermedad y por tanto el cuestionamiento a la organización de la vida que representa la misma.

ANTE LA PREGUNTA POR EL CUERPO

El cuerpo, como objeto de estudio de la medicina es afrontado mediante la segmentación en moléculas, células, tejidos, órganos y sistemas (MOL Y LAW, 2004, p: 2). Elementos sin los cuales sería imposible pensarlo en el engranaje de la máquina: “Desde que estoy acá, creo que el cuerpo lo han planteado como una máquina, que debe funcionar de cierta manera, y si no funciona así, está mal y debemos arreglarlo, es nuestro deber como médicos arreglarla” (Grupo de discusión dos, 2015). Estas definiciones del cuerpo gravitan en torno a las concepciones mecanicistas del mismo:

[El cuerpo] Es esa cosa material (...) con la que nos relacionamos con el otro, nos permite, nos acentúa en un momento de la vida, de la historia, de la relación con las demás personas, con nuestros instrumentos, con nuestros trabajos. Sí, yo lo vería más como un instrumento. Por ejemplo, nosotros ¿qué somos? somos materia -que tomó conciencia- que está viajando lo suficientemente lento, y ésta tiene una injerencia de ciertas fuerzas y somos temporo-espacialmente una casualidad muy rara. Para mí sigue siendo una materialidad que está ligada a una productividad (Grupo de

discusión cinco, 2016).

Durante el proceso de formación en los primeros semestres, se aprende el cuerpo desde lo molecular. Lo cual abre un nuevo horizonte de significación en los estudiantes “en básicas, vemos el cuerpo como algo más molecular”, “El concepto de cuerpo cambia a medida que avanzamos en la carrera, primero lo vemos como algo muy bioquímico, luego, en clínicas te encuentras con una persona que sufre y siente” (Grupo de discusión dos, 2015). En un segundo momento de la formación, los estudiantes ingresan a la clínica y enfrentan la teoría aprendida con la realidad hospitalaria. El lenguaje construido constituye en la semiología un nuevo orden de la mirada. Que se posa ahora sobre los cuerpos, leyéndolos en un código de signos y síntomas que componen síndromes y enfermedades. Estos nuevos lentes marcan una manera particular de encontrarse con el otro. Sin embargo, el contacto con los pacientes presenta otra dimensión del dolor humano, que interpela al estudiante por sus conocimientos, en búsqueda de un alivio¹¹. El cuerpo objeto se encuentra con el cuerpo sujeto, el primero puede ser medido, censado y expuesto públicamente. En cambio el segundo, es privado, va antes del lenguaje y más allá. Es el nosotros encarnado, experimenta dolor, sufrimiento y placer (MOL; LAW, 2004).

Yo creo que el hecho de ser paciente es algo muy complejo, porque aparte de uno de estar sufriendo como tal todos los síntomas y signos de la entidad que padezcamos; uno está en un estado de vulnerabilidad tanto biológica como social [...], uno no sabe cuánto puede estar sufriendo el paciente. Y se suma que uno está haciendo eso es para mejorar una condición, entonces son un montón de cosas que se entrecruzan (Grupo de discusión dos, 2015).

ANTE LA PREGUNTA POR LA ENFERMEDAD

Cuando indagamos por la enfermedad, surge su “contraparte”, la salud en tanto

¹¹ Durante los ejercicios de Grupo de Discusión y la experiencia etnográfica, es el sufrimiento (lo que aqueja al paciente) lo que más interpela al estudiante y lo que éste resalta cuando habla de cuerpo y enfermedad.

concepto definido por una instancia superior, la Organización Mundial de la Salud (OMS). Para 1946 ésta la define en términos de bienestar y calidad de vida y la adopta en sus políticas desde 1948. Los estudiantes presentan la enfermedad como un desequilibrio que va más allá de lo biológico y que afecta la calidad de vida y el bienestar del sujeto.

[Enfermedad] es una condición que de alguna manera incapacita a la persona en su percepción subjetiva de las cosas, puede no ser algo muy fuerte o muy delicado pero hace que esa persona se sienta convaleciente y ya no pueda continuar con su vida diaria (Grupo de discusión uno, 2015).

El concepto de enfermedad es un desequilibrio en las funciones corporales, pero pienso que es muy importante que ese desequilibrio lleve a dificultades en el desarrollo o bienestar de la persona. Antes pensaba que enfermedad era cualquier alteración, ahora pienso que para que sea enfermedad, debe tener un impacto fuerte en la calidad de vida de las personas (Grupo de discusión dos, 2015).

El qué es o no la enfermedad fue un tema central de debate en los grupos de discusión. La idea de la enfermedad como algo que emerge sólo cuando el paciente manifiesta una afectación, fue contrastada por otros para quienes la alteración del organismo biológico, independiente o no de su manifestación, era ya una enfermedad y por lo tanto era susceptible de ser diagnosticada e intervenida. El comienzo de la enfermedad y su expresión (por el paciente o por las ayudas diagnósticas por ejemplo) es un disenso. La pregunta que subyace a este debate es ¿Existe la enfermedad antes que pueda ser diagnosticada por manifestaciones clínica o ayudas diagnósticas?

Los estudiantes hablan de enfermedad diferenciándola del estado de salud, y muy suspicazmente sitúan estos términos como una construcción de la medicina moderna, que busca la medida y la clasificación como principios ordenadores del conocimiento. Algunos identifican este orden con un rango matemático

expresado por el laboratorio y la epidemiología. En la que se trabaja con variables medibles. Situamos estas concepciones históricamente con más fuerza durante el advenimiento de la MBE. La cual ha permeado la investigación, la producción de literatura médica, la práctica y la enseñanza. En este proceso necesariamente se somete la enfermedad a una serie de algoritmos que definen unos límites y unas condiciones establecidas.

Yo cuando entré a la Facultad veía la enfermedad como algo más abierto, era muy curioso porque cuando uno se enfermaba uno escuchaba diferentes versiones y todas se unían y así se lograba explicar lo que uno tenía. Pero cuando entré a la facultad y me enseñaron las partes básicas, me encerraron el horizonte a lo que debe ser una enfermedad, que hay unos valores muy establecidos de lo que es y lo que no es (Grupo de discusión uno, 2015).

Definir unos límites claros entre lo que es y no enfermedad disminuye la incertidumbre, sin embargo, cuando se indaga más por cada una de las categorías que orientan y nutren estas definiciones, parece perderse la claridad. Lo que determina lo sano y lo enfermo se torna difuso.

Yo creo que es normal que un niño de ocho meses que tiene una infección, presente fiebre. Pero es anormal que un niño de ocho meses tenga una infección y no presente fiebre ¿Cuándo está enfermo y cuando no? Pues uno puede decir que ambos están enfermos, o puede decir que el que no presentó fiebre, no está enfermo, solo tiene una infección. (Grupo de discusión uno, 2015).

Si tengo una mutación genética o biológica, que no está repercutiendo sobre la fisiología normal de mi cuerpo ni causándome ninguna alteración funcional o en el desarrollo, ¿Puede considerarse enfermedad? (Grupo de discusión dos, 2015).

Kleinman (1978) propone tres escenarios en los que la enfermedad se disputa: el subjetivo,

el clínico (objetivo) y el social. La enfermedad que en español se representa principalmente en una palabra, en inglés tiene tres términos que están claramente diferenciados: *disease*, *illness* y *sickness*. *Disease* encuentra su representación en las anormalidades estructurales y funcionales identificadas por el clínico. *Illness* en la experiencia de sufrimiento del paciente y *sickness* en el fenómeno colectivo del enfermar. Esta diferencia de conceptos en la teoría anglosajona se corresponde con las discusiones dadas por los estudiantes que identifican la heterogeneidad del proceso de la enfermedad, en la que puede haber un malestar sin evidencia de alteración fisiopatológica y una alteración fisiopatológica sin malestar. La concepción social de la enfermedad tanto como los problemas sociales se debaten en la pregunta por la anormalidad.

ANTE LA PREGUNTA POR LA ANORMALIDAD

Los estudiantes ubican el concepto anormalidad en una dimensión social, y la diferencian del concepto de enfermedad el cual ubican en una dimensión científica y médica. Hablan de normalidad en términos de límites impuestos por la sociedad y de anormalidad en términos de transgresión de esos límites. Ligan también el concepto de anormalidad y normalidad a términos estadísticos y a mecanismos de poder y control social.

La normalidad es algo que se cumple siempre y tiene que ver con la palabra “norma” y eso correspondería a la mayoría de veces que un evento ocurre [...] pero el hecho de que el concepto “normal” se halla asociado al concepto de “obligación” es lo que ha dado las discusiones de qué es lo que se debe hacer y lo que no (Grupo de discusión dos, 2015)

La norma es definida como un imperativo de lo que debe ser y lo que no, y se superpone al discurso médico y social, como un ejercicio de poder. Obligando al sujeto a reconocerla y a ajustarse a la misma modificando sus prácticas. El concepto de anormalidad para los estudiantes tiene significado en lo social a partir de sus

experiencias de vida y percepciones, más que desde su formación profesional. En contraste la enfermedad se presenta como un campo que se ha construido principalmente acorde a la educación en medicina, mientras que lo anormal, es considerado un concepto difuso próximo a fenómenos de rechazo, exclusión y discriminación social.

Yo creo que “anormalidad” es un concepto más bien subjetivo, en cambio en “enfermedad” uno debe tener unas bases fuertes para poder dictaminar que alguien tiene tal enfermedad. Si hablamos en el contexto social, podemos decir que anormalidad es todo lo que está fuera de esas normas que son socialmente aceptadas; pero en cuanto a la medicina, es una manifestación clínica que no debería darse.

Anormalidad es algo que no es normal, valga la redundancia, que es diferente o que se sale del concepto de lo que la gente cree que es normal, depende de cómo lo vean las otras personas y el concepto de normalidad de cada quien. Voy a poner un caso, mi familia no ve como normales a los homosexuales y yo los veo como algo normal, entonces me dicen que ellos son anormales y enfermos, y yo no veo lo anormal. (Grupo de discusión dos, 2015)

Otra relación establecida por los estudiantes sitúa la epidemiología que trata la normalidad y la anormalidad en términos estadísticos y ponen estos conceptos como categorías que pueden contener la enfermedad. En consecuencia, la enfermedad entendida como un desequilibrio, posee un orden que está dado en tanto se inscribe en un discurso médico que la nombra, la clasifica, le da un curso y una regularidad. La enfermedad posee una normalidad propia en tanto corresponde a una medida, a una tendencia estadística (GANGUILHEM, 2011).

Una de las ciencias que estudian la normalidad y la anormalidad es la epidemiología (...) El concepto de “normal” es algo más bien estadístico, mientras que el concepto de “enfermedad” se asocia más con el daño

puntual que está ocasionando la entidad.

En el contexto social es muy libre y subjetivo el término normal; mientras que en medicina, hay un progreso desde hace muchos años en el que se ha visto cómo funciona el cuerpo humano y cuáles son los parámetros que normalmente la gente sigue, cómo se comporta el cuerpo ante tal enfermedad, cómo se comporta el cuerpo si no está enfermo. Entonces cuando dice “anormal” en medicina es cuando se sale de esos parámetros que siguen las personas (Grupo de Discusión dos, 2015).

La medicina como discurso ordenador define la enfermedad y le asigna normas para darle un lugar y una explicación al organismo en desequilibrio. Si bien la sociedad interpela a la medicina para que reconozca su normalidad y anormalidad, y para que se manifieste sobre ellas como discurso científico normativo del cuerpo ¿Qué tanto la medicina forma a sus profesionales para abordar problemas en que estén inmersos la diversidad y la alteridad? La relación entre normalidad/anormalidad y enfermedad, es el diálogo tenso entre la sociedad y la medicina. La medicina interpela a la sociedad desde la enfermedad para que la reconozca como anormal en su discurso popular. A su vez la sociedad le exige a la medicina explicar desde su discurso de enfermedad problemáticas que surgen en la interacción social. Es decir la sociedad le dice a la medicina reconozca lo anormal como enfermo y la medicina le dice a la sociedad que reconozca lo enfermo como anormal. En este proceso de doble vía emerge el problema y la relación entre enfermedad y anormalidad, y entre el cuerpo individual y el social, como escenario de comprensión del ejercicio del poder/saber que la medicina propone. Este es un proceso en el que no sólo se piensa la medicalización de la sociedad, sino la “socialización” de la medicina.

LO EVIDENCIABLE: LA GUÍA. CONSIDERACIONES FINALES

En la década de 1970 los usos de la epidemiología y de la bioestadística comenzaron

a ganar terreno en la práctica e investigación clínica. Los conceptos de eficacia y eficiencia se enlazaron a este discurso con lo que a comienzos de 1990 sería una propuesta metodológica de investigación, formalizada con el nombre de Medicina Basada en la Evidencia. En 1995 la editorial de la British Medical Journal con ocasión del lanzamiento de la revista Evidence Based Medicine escribió:

Evidence based medicine is rooted in five linked ideas: firstly, clinical decisions should be based on the best available scientific evidence; secondly, the clinical problem - rather than habits or protocols - should determine the type of evidence to be sought; thirdly, identifying the best evidence means using epidemiological and biostatistical ways of thinking; fourthly, conclusions derived from identifying and critically appraising evidence are useful only if put into action in managing patients or making health care decisions; and, finally, performance should be constantly evaluated (DAVIDOFF et al, 1995, p:1085-1086)

Con esta definición se sentaron las bases de la metodología de la investigación y de la práctica médica actual. Desde su aparición la MBE ha sido objeto de múltiples críticas como las hechas por Cohen, Stavri y Hersh: 1. Está basada en una malinterpretación del empirismo con una visión pobre de la filosofía de la ciencia. 2. La definición de evidencia que da la MBE es estrecha y excluye información importante en la clínica. 3. No hay evidencia de la medicina basada en la evidencia. 4. La utilidad de la MBE aplicada a pacientes individuales es limitada. 5. La MBE limita la autonomía e interfiere en la relación médico paciente (2004, p: 37).

El principio rector de la MBE es “la mejor evidencia disponible”, sin embargo, ¿Qué es lo evidente y en consecuencia la evidencia? Para la MBE el investigador es un observador que mediante el método científico es capaz de liberarse de sesgos alcanzando mayor objetividad y neutralidad. Así estamos ante un investigador que asume que hay una realidad que es susceptible de ser evidenciada, si se usa el método correcto de manera correcta. Ésta

evidencia “objetivamente” pesquisada, debe ser introducida en un corpus de datos, que finalmente ofrecerá respuestas “acertadas” a los problemas en la clínica, que estandariza una práctica antes regida por la experiencia y la experticia. Los estudios realizados con este método, publicados en revistas científicas, son evaluados bajo ciertos criterios que proponen los niveles de evidencia, para nutrir las guías de práctica clínica. Éstas están modificando el quehacer médico, incidiendo en la toma de decisiones en la clínica y en la educación médica.

Tejiendo algunos hilos finos con la historia, esta visión de la MBE como método; guarda estrecha relación con el mecanicismo cuatro siglos antes, y con el posicionamiento del positivismo en las ciencias a partir del siglo XIX. No sólo el cuerpo mecanicista, y su concepción dual ha pervivido en la medicina. También lo ha hecho el método científico positivista para llegar a una verdad supuesta. El imperativo de la medida, de aplicar las matemáticas y las ciencias exactas a la *res extensa* equiparando lo humano a la máquina, incluye la *res cogitans* a su engranaje y encuentra una nueva arista en la MBE, al introducir un nuevo campo matemático: la estadística.

La estadística que en un principio se sitúa en medicina como instrumento para medir poblaciones, controlar epidemias e instaurar políticas públicas, desde la historia del higienismo, la salud pública y los procesos de medicalización de la sociedad. Permitió la creación de un cuerpo social, la población, y unas nuevas tecnologías de poder, la epidemiología (FOUCAULT, 1976, 2007). Sin embargo, la MBE con el uso e importación de los métodos epidemiológicos y bioestadísticos logró que este cuerpo social, en tanto mayoría estadística determinara la norma y en consecuencia lo anormal y la enfermedad. Imponiéndose al ámbito íntimo de la relación médico-paciente, a través de la estandarización de la práctica clínica con guías y lineamientos específicos, que se dispondrían ya no sobre un cuerpo social, sino sobre un cuerpo individualizado en los términos de lo evidenciable para la MBE, reduciéndose a variables extrapoladas de ensayos clínicos aleatorizados.

Toda la educación médica, no toda pero esta en particular, tiene un elemento religioso muy marcado, desde la bata que usamos, hasta la forma en que hablamos, las jerarquías que hay dentro de la carrera, todos esos son elementos religiosos, las guías se convierten en elementos sagrados, estar actualizados y estar con ellas es estar en contacto con la palabra divina. – Ah sí, lo que dice la literatura- [Comenta otro compañero] -El nuevo testamento- [Alguien más responde] -Es análogo a lo que dice la palabra de Dios- [Vuelve otro a responder]. Exacto, es análogo completamente. Es que psicológicamente es el mismo fenómeno. -Las guías, le dicen a uno, se van a estar actualizando, entonces a uno le queda la duda si esta va a estar bien- [Alguien más comenta]. Dios va a cambiar de opinión, pero siempre va a haber un Dios [Risas], pero usted queda tranquilo con Dios, dice “huy una guía 2016, y salió en junio –ufff- [Vuelve otro a responder, se escucha esta onomatopeya en la sala y risas] (Grupo de discusión cinco, 2016).

Las guías de práctica clínica diseñadas en un principio, para orientar la toma de decisiones del médico, rápidamente sufrieron dos procesos. Se convirtieron en celosas directrices de la práctica clínica y se introdujeron en la educación médica como un nuevo método de abordar los conceptos médicos, con su propia manera de tamizar, estandarizar y ordenar el conocimiento y en consecuencia de comprender lo normal y lo patológico. Estas “colonizaciones” de la MBE a través de las guías de práctica clínica, tienen el tinte de un nuevo escolasticismo, en el que para la comunidad médica la aplicación de la guía se hace sin duda y sin cuestionamiento a pesar de que se ofrezca oficialmente, solo como un apoyo a la toma de decisiones. El alto nivel de evidencia parece encubrirlas de un halo divino, en el que la mejor evidencia disponible funciona disminuyendo la incertidumbre propia de la práctica médica. Ofreciendo un territorio de seguridad en la toma de decisiones (independientemente de los resultados) guiado por algoritmos y diagramas de flujo en los que siempre hay una salida. Aunque esta sea la circularidad de volver a iniciar el algoritmo.

La MBE modificó la educación y la práctica

clínica. Aunque se autoproclamó en un primer momento (por la gran acogida que tuvo y la aparente revolución en la teoría, investigación y práctica) como un nuevo paradigma médico (GUYATT, 1992), en esencia no modificó la visión mecanicista-positivista del cuerpo, configurada por las mentalidades médicas modernas. Al contrario le dio un nuevo impulso al enfoque positivista del conocimiento médico. El pensamiento abductivo con la formación de un juicio y criterio propio, cedió ante los porcentajes e interpretaciones normativas de los mismos. La MBE dispuso sobre el cuerpo la estadística como la nueva visión de lo matematizable de éste, pasando la teoría fisiopatológica a un segundo plano, anteponiendo una nueva concepción de lo evidente en términos bioestadísticos, donde la relación matemática engulló el poder discursivo de las formas de hacer medicina hasta este momento. Las relaciones se modificaron, el promedio se instauró como la forma de medida, y dejó la materialidad del cuerpo máquina como un telón de fondo, en el que la abstracción numérica instauró las condiciones de verdad para legitimar lo evidente.

BIBLIOGRAFIA

ANDRÉS, R. O legado hipocrático e sua fortuna no período greco-romano: de Cós a Galeno. **Scientle Studia**. 2006. 4(1): 45-82.

CANGUILHEM G. **Lo normal y lo patológico**. México, siglo XXI Editores, 2011.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, 1997, IV (2): 287-307.

CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN. **Teoría Fundada: arte o ciencia**. Universidad de Antioquia, Facultad de Ciencias Sociales y Humanas, Centro de Estudios de Opinión. [Documento consultado el 17 de abril de 2015] Disponible en: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/ceo/article/viewFile/1632/1285>

COTRAN, R.S; KUMAR, V y COLLINS, T.

Patología estructural y funcional. 7. ed. España: Elsevier, 2007. XII, 877p.

DESCARTES, R. **Tratado del hombre**. Madrid: Editorial En Nacional, 1980.

DESCARTES, R. **El discurso del método**. Madrid: Colección Austral- ESPASA CALPE, 2010.

DJULBEGOVIC, B; GUYATT, G; ASHCROFT, R. Epistemologic inquiries in Evidence-Based Medicine. **Cancer Control**. 2009 16(2): 158-169.

FLEXNER, A. **Medical Education in the United States and Canada. A Report to the Carnegie Foundation for the advancement of Teaching**. Bulletin No.4. Boston, Massachusetts: Updyke; 1910

FLÓREZ C. La filosofía del concepto de Gadamer. **Endoxa**. 2005, (20): 137-152.

FOUCAULT, M. Historia de la Medicalización. **Educación médica y salud**. 1977, 11 (1): 3-25.

FOUCAULT, M. **La vida de los hombres infames: ensayos sobre desviación y dominación**. Madrid, La Piqueta, 1990.

FOUCAULT M. **Los anormales**. México: Fondo de Cultura Económica, 2002.

FOUCAULT, M. **Defender la sociedad**. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2008.

GADAMER, H. **Verdad y método**. España: Editorial Sígueme, 2002, 2004, 2005.

GONZÁLEZ, A. **La modernización de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia 1930-1970**. Medellín: Universidad de Antioquia, 2008.

GUYTON A.C; HALL J.E. **Guyton y Hall. Tratado de fisiología médica**. 12. ed. Barcelona: Elsevier Saunders, 2011. XIX, 1092 p.

GUYATT, G. Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. **Jama** 1999 (268): 2420-2425.

- HERNÁNDEZ J.G; HERRERA L; MARTÍNEZ R; PAÉZ J.G; PAÉZ M.A. **Seminario: Generación de Teoría Fundamentada**. Puerto Ordaz: Universidad de Zulia, 2011.
- KAPLAN, H.I; SADOCK, J; ALCOTT, V. **Kaplan and Sadock: Sinopsis de psiquiatría**. 10. ed. Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2009. XV, 1470 p.
- KAPLAN, H.I; SADOCK, J; ALCOTT, V. **Kaplan and Sadock: Synopsis of Psychiatry**. 11. ed. Filadelfia, PA: Lippincott Williams & Wilkins, 2015.
- KLEINMAN, A; EISENBERG, L; GOOD, B. Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. **Annals of Internal Medicine** 1978 (88): 251-258.
- KOSELLECK, R; GADAMER, H. **Historia y hermenéutica**. Barcelona: Ediciones Paidós, Pensamiento Contemporáneo 43, 1997.
- KOSELLECK, R. "Historia de los conceptos y conceptos de historia". **Ayer** 2004, 53 (1): 27-45.
- KUMAR, V; ABBAS, A; ASTER, J. **Robbins patología humana**. 9. ed. Filadelfia: Elsevier Saunders, 2013. XII, 910 p.
- LAÍN, P. **Historia de la medicina**. Barcelona: Salvat Editores, 1978.
- LÓPEZ, J. **Ciencia y enfermedad en el siglo XIX**. Barcelona: Ediciones Península, 1985.
- LUDMEDER, Kenneth. Understanding the Flexner Report. **Acad Med**, 85: 193-196.
- MOL, A. Ontological politics. A word and some questions. **The Sociological Review**. 1999. 47 (1): 74-89.
- MOL, A. **Embodied multiple: ontology in medical practice**. Durham and London: Duke University Press, 2002.
- MOL, A; LAW, J. Embodied Action, Enacted Bodies. The Example of Hypoglycaemia. **Body & Society**. 2004, 10 (2-3): 43-62.
- OMS. ¿Cómo define la OMS la salud? Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la **Conferencia Sanitaria Internacional**, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948. Consultado el 10 de agosto de 2016. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- PAEZ, Y. Phýsis, téchnê, epistêmê: Una aproximación hermenéutica **Eidos: Revista de Filosofía de la Universidad del Norte**. 2014, (20): 38-52.
- PINZÓN C. Los grandes paradigmas de la educación médica en Latinoamérica. **Acta Médica Colombiana**. 33 (1): 33-41
- Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. **RAE**. [Actualización 2014, Consultado 10 de octubre de 2015] Disponible en: <http://www.rae.es/>
- ROQUÉ, M.V. Relación y mutua influencia entre la filosofía y la medicina hipocrática. **Ontology Studies/Cuadernos de Ontología**. 2012, (12): 167-181.
- WEISZ, G; CAMBROSIO, A; KEATING, P; KNAANPEN, L; SCHLICH, T; TOURNAY, T. The emergence of clinical practice guidelines. **The Milbank Quartely**. 2007, 84(4): 691-727.