

Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia*

The Philosophy of Medicine, the need for a critical perspective in Colombia

Filosofia da medicina: a necessidade de uma perspectiva crítica na Colômbia

Fecha de recepción: 25 de julio de 2016

Fecha de evaluación: 2 de septiembre de 2016

Fecha de aceptación: 15 de noviembre de 2016

Publicación en línea: 16 de noviembre de 2016

Eduardo Díaz Amado*

doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2018>

102
Bioética

Cómo citar:

Díaz Amado, E. (2016). Filosofía de la medicina: la necesidad de una perspectiva crítica en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 17(1), 102-123. doi: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.2018>

* Artículo de reflexión.

** PhD en Filosofía, y Magíster en Historia y Filosofía de la Ciencia y la Medicina, Universidad de Durham, Reino Unido. Filósofo con opción en Literatura, Universidad de Los Andes, Bogotá. Especialista en bioética, Universidad El Bosque, Bogotá. Médico, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Profesor Asociado, Instituto de Bioética, Pontificia Universidad Javeriana. Correo electrónico institucional: eduardo.diaz@javeriana.edu.co. ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-9804-548X>. Bogotá, Colombia.

Resumen

La filosofía de la medicina es un interesante campo de estudios que se ocupa de temas y problemas filosóficamente relevantes en la práctica e investigación en medicina. Sin embargo, a pesar de que en otras latitudes la filosofía de la medicina goza de reconocimiento, en Colombia ha recibido poca atención, en particular porque el auge de la bioética ha opacado otro tipo de reflexiones sobre el quehacer médico. En este artículo, partiendo de una mirada general sobre la formación del campo, se argumenta que una filosofía crítica de la medicina debe ser promovida como reflexión amplia y crítica sobre la génesis y posibles salidas a la crisis que el sistema de salud y las profesiones de la salud han experimentado en Colombia en las últimas dos décadas. Esta filosofía crítica de la medicina ha de contribuir entonces a formar médicos y profesionales de la salud para ser capaces de transformar el *ethos* de sus propias profesiones y el de los servicios de salud.

Palabras clave: filosofía de la medicina, educación médica, bioética.

Abstract

Philosophy of Medicine is an interesting field of study concerned with issues and problems that are philosophically relevant in practice and research in Medicine. However, although Philosophy of Medicine enjoys recognition in other latitudes, in Colombia it has received little attention, in particular, because of the rise of bioethics, which has overshadowed other kinds of reflections on the medical task. In this paper, departing from an overview about the formation of the field, it is argued that a *Critical Philosophy of Medicine* should be promoted as a deep and critical reflection on the genesis and possible way outs to the crisis that the healthcare system and the medical profession have experienced in Colombia in the last two decades. A *Critical Philosophy of Medicine* must then contribute to training physicians and health professionals to be able to transform the ethos of their professions as well as of the health care services.

Keywords: philosophy of medicine, medical education, bioethics.

Resumo

A filosofia da medicina é um campo excitante de estudos que lidam com temas e problemas filosoficamente relevantes na prática e investigação em medicina. No entanto, embora em outras instâncias da filosofia da medicina tem reconhecimento, na Colômbia tem recebido pouca atenção, especialmente porque o auge da bioética tem ofuscado outro tipo de reflexões sobre o do-que-fazer médico. Neste artigo, a partir de uma visão geral sobre a formação do campo, argumenta-se que uma filosofia crítica da medicina deve ser promovida como reflexão ampla e crítica sobre a gênese e possíveis soluções para a crise que o sistema de saúde e as profissões da saúde têm experimentado na Colômbia nas últimas duas décadas. Esta filosofia crítica da medicina deve, então, contribuir a formar médicos e profissionais da saúde para serem capazes de transformar o *ethos* de suas próprias profissões e o dos serviços de saúde.

Palavras-chave: filosofia da medicina, educação médica, bioética.

Filosofía de la medicina: delimitación del campo

Los momentos más fecundos de interacción entre filosofía y medicina han estado ligados a periodos de gran crecimiento cultural, avance del conocimiento y desarrollo social. Pensemos, por ejemplo, en los siglos IV y V a. C., época del florecimiento de la cultura griega, cuando se sentaron las bases del pensamiento médico occidental (Jaeger, 1992); de igual manera, los siglos XVI y XVII, en el Renacimiento, cuando se delinearon las actuales ciencias y técnicas, y la medicina se transformó en actividad de carácter científico-experimental. En los dos siglos siguientes surgirá la medicina anatomo-clínica, que llevó a correlacionar síntomas y padecimientos del paciente con estructuras anatómicas particulares y funciones específicas (Díaz Amado, 2002; Foucault, 1989); un paradigma que, aunque sigue vigente en nuestro tiempo, está dando paso a nuevas maneras de entender el cuerpo y la medicina misma, por cuenta de fenómenos como la *molecularización* y *genetización* de la vida (Rose, 2007). Para el siglo XIX vendrán a formar parte del escenario médico el laboratorio, la industria farmacéutica, la salud pública y el desarrollo tecnológico (Porter, 2002), y desde el siglo XX hasta nuestros días la medicina se ha consolidado como profesión respetable, con enorme prestigio y poder (Starr, 1982), cuyas interacciones con otras áreas del saber, la cultura y la sociedad son de tal magnitud que para comprenderlas se requiere necesariamente una aproxima-

ción amplia e interdisciplinaria, lo que trae consigo de nuevo una veta inmensa para la reflexión filosófica.

Los medios de comunicación permanentemente amplifican los adelantos científicos y tecnológicos en biomedicina. No hay noticiero ni programa de variedades que no tenga su propio 'experto médico' para aconsejar sobre la más amplia gama de temas: educación de los niños, alimentación saludable, mejoramiento del *performance* sexual, importancia de lo espiritual en la salud corporal, uso de célula madre, etc. La salud es hoy un bien de consumo y la medicina parece estar orientándose a la satisfacción de clientes, el *tecnolujo* y el *biocapital*, y no simplemente a la curación de enfermedades y la atención de pacientes (Díaz Amado, 2009; Rose, 2007). La *medicalización de la sociedad* es una fuerza poderosa y con más frecuencia diversos aspectos de la vida humana son asumidos como condiciones patológicas y, por lo tanto, susceptibles de ser tratadas médicamente (Conrad, 2007; Engelhardt, 1995, p. 205). Semejante coyuntura justifica el hecho de llevar a cabo un examen sistemático, reflexivo y crítico que contribuya a una mejor comprensión de la medicina en nuestros días; esto es, como profesión, oficio, arte, industria, y sobre todo, como fenómeno cultural (Lupton, 2003). Se trata, entonces, de una tarea de carácter filosófico.

Para E. Pellegrino (1998), uno de los más importantes filósofos de la medicina de nuestro tiempo, las relaciones entre filosofía y medicina pueden darse de cuatro

posibles maneras: filosofía y medicina, filosofía en la medicina, filosofía médica y, finalmente, la que sería propiamente filosofía *de la* medicina. Exponer las características de cada una de estas formas de relación filosofía/medicina traspasa los límites del presente escrito, por lo que me referiré exclusivamente a la última: la filosofía de la medicina.

Como campo específico e independiente del saber, la existencia de la filosofía de la medicina ha sido tema de debate entre académicos, en particular desde los años setenta. En este debate Pellegrino (1998, p. 318 y ss) referencia tres posiciones. La primera, que niega su existencia como disciplina independiente y que la asume, si acaso, como una forma de filosofía de la biología o de la ciencia, como lo hace por ejemplo A. Caplan. La segunda, según la cual la filosofía de la medicina sería una reflexión filosófica sobre diversos problemas y temáticas relacionados con el campo biomédico, y en la que hay un traslape con la filosofía de la biología y de la ciencia. Exponentes de esta perspectiva son H. T. Engelhardt, E. Erde, K. Schaffner y K. Wildes. Finalmente, está la posición “restringida”, encarnada por Pellegrino mismo y Thomasma, según la cual la filosofía de la medicina se ocuparía de *pensar la medicina qua medicina* (Pellegrino y Thomasma, 1981). En este sentido, se trataría de una reflexión sobre el tipo particular de relación en la cual la medicina se realiza: el encuentro clínico entre médico y paciente, y por extensión sobre la relación medicina/sociedad, en cuyo contexto se realizan

acciones tendientes a mejorar la salud de todos en cuanto fin legítimo y deseable (Pellegrino, 1998, p. 327).

Otras aproximaciones interesantes a la filosofía de la medicina incluyen, por ejemplo, entenderla como una filosofía analítica de la medicina, relacionada con la lógica difusa (Sadegh-Zadeh, 2012). Desde un ámbito mediterráneo habría que tener en cuenta la monumental obra de P. Laín Entralgo, en la se realiza un minucioso análisis filosófico e histórico de los fundamentos teóricos de la medicina occidental. Finalmente, para W. Stempsey (2008) la filosofía de la medicina sería simplemente aquello que hacen los filósofos de la medicina; una postura práctica que evitaría partir de idealizaciones o imposiciones.

En general las investigaciones en filosofía de la medicina tendrían que abarcar al menos tres grandes áreas. La primera, una ontología de la medicina, que se ocuparía de cuestiones como cuál es la naturaleza de la medicina y de las instituciones de salud, qué significa ser médico, cuál es la especificidad de la relación médico-paciente, qué tipo de entidades son las enfermedades, entre otros. La segunda, una epistemología de la medicina, desde donde se plantearían preguntas como: ¿qué tipo de conocimiento es el conocimiento médico?, ¿cómo se construye y qué clase de saber es la clínica?, ¿cómo se puede acceder al conocimiento de la enfermedad y del cuerpo?, entre otras. Y la tercera, una ética de la medicina, que implica indagar sobre la regulación de la relación

médico-paciente, cuáles son los objetivos, valores y fines que deben guiar a la práctica médica, en qué ha consistido el paso de la ética médica a la bioética, entre otros (Marcum, 2010).

Aunque esta reflexión a tres niveles ha caracterizado a la medicina desde los tiempos de los hipocráticos (Pellegrino y Thomasma, 1981), hoy desafortunadamente los médicos tienen poco tiempo o muestran poco interés en pensar seriamente su propio quehacer y situación. Sin embargo, ahora que han devenido trabajadores asalariados y explotados, y el sistema de salud se ha vuelto un reglón de producción de capital (Ardila, 2016), pensar la medicina debería constituirse en un imperativo ético y político de primer orden para los propios médicos. Para esto no basta la bioética, que se ocupa principalmente de los problemas éticos traídos por el avance biotecnológico, pero que frente a los aspectos estructurales que caracterizan a la medicina de hoy tiene poca capacidad de transformación; incluso en este sentido la bioética, en vez de retardadora, parece ser más bien funcional al estado actual de cosas. Por eso necesitamos el aporte de una filosofía crítica de la medicina, cuyos rasgos generales se esbozan a continuación.

Hacia una filosofía crítica de la medicina

Una de las preocupaciones más importantes de nuestro tiempo tiene que ver con los efectos negativos de diversos factores sobre el *ethos* médico; entre ellos

quizás los más importantes sean el avance biotecnológico, la mercantilización de la salud, la fragmentación de la atención médica y su creciente deshumanización. En nuestros días el campo de lo médico induce al debate y a la reflexión. Basta con echar una ojeada a los medios de comunicación, en especial la televisión, para constatar que vivimos en una época obsesionada con temas médicos. Los programas y series relacionados con médicos y medicina, que abundan hoy por hoy, están colmados de temas y problemas humanos que emergen o se acentúan en situaciones que se ubican en el ámbito clínico o investigativo, y que urgen una reflexión filosófica (Jacoby, 2009). Pero la filosofía de la medicina apareció mucho antes que las series televisivas. En el siglo XIX la medicina comenzó a dejar de ser un arte que cualquiera podía practicar y entró en un proceso de profesionalización y especialización que continúa hasta nuestros días. Según H. ten Have (2000, p. 21), en este momento de profundas transformaciones en el estatus social de los médicos y cuando, gracias a su creciente efectividad, la medicina se convirtió en un campo respetable con nueva y atractiva imagen, es cuando surge la filosofía de la medicina.

En el caso de un país como Colombia, la filosofía de la medicina debería partir de la tarea que según Hegel tenía la filosofía: el pensar su propio tiempo (Hegel, 1955, p. 35). Si de esto se trata, habrá que adelantar un examen juicioso de las categorías, conceptos, verdades,

prácticas y orientaciones que constituyen el escenario médico actual. La filosofía de la medicina deberá, igualmente, contribuir a la comprensión de diversos aspectos que constituyen nuestra sociedad y nuestra cultura, buscando caracterizar, por ejemplo, la experiencia de vivir y morir en esta época. Al mismo tiempo, deberá preguntarse por la manera como se asumen los procesos de salud/enfermedad en relación con sus determinantes sociales; cómo se entiende el cuerpo, el dolor y el sufrimiento. Este camino de autocomprensión y autocrítica, cuyo quehacer se ubica en el escenario biomédico, pero no se limita a él, constituiría lo que podría denominarse una filosofía crítica de la medicina.

Que sea crítica implica que la filosofía de la medicina se ocupe del quehacer real y cotidiano de los médicos. No debe partir de idealismos o imágenes preconcebidas de ningún tipo, por lo que debe empezar por observar cuidadosamente cómo se constituyen los médicos *qua* médicos; esto es, cómo se da el proceso de construcción de la subjetividad médica. La filosofía de la medicina debe analizar detalladamente las relaciones de poder, los determinantes económicos y el tipo de autoridades que pueblan los diferentes escenarios donde la medicina se realiza y se enseña: hospitales, clínicas, consultorios, institutos, centros de investigación, etc.; así como de examinar las diferentes formas que adopta el discurso médico en los medios masivos de comunicación, las redes sociales, las instituciones gubernamentales y reguladoras, escuelas y

universidades, campañas publicitarias, normas industriales e higiene pública, otras profesiones, ámbitos jurídicos y legales, etc.

Asimismo, se hace necesario analizar qué implicaciones tiene el surgimiento de toda una serie de discursos y nuevas experticias en el terreno biomédico en los últimos años, como por ejemplo el derecho médico, la economía de la salud, administración y gerencia de la salud, auditoría médica y la célebre medicina basada en la evidencia. En el examen histórico-filosófico del surgimiento de estas nuevas áreas o campos de experticia, que también funcionan como nuevas prácticas discursivas, se hace necesario evitar los sesgos. No se puede caer en uno de dos extremos; por un lado, asumir que estos nuevos discursos son invariablemente fenómenos adversos a la medicina, por ejemplo, cuando se alega que el derecho y la economía están “invadiendo” y “destruyendo” valores esenciales de la medicina, y que por lo tanto habría que rechazar o combatir. Por otro lado, aceptarlos acríticamente, como si fueran lo “mejor” que ha sucedido para el buen ejercicio de la medicina, por ejemplo, cuando se aduce que ha sido solo gracias a los aportes del derecho y la economía como la medicina se ha vuelto un terreno más justo y equitativo.

Durante las últimas décadas en Colombia, las Facultades y escuelas que ofrecen carreras en el área de la salud se han multiplicado, aunque esto no ha significado mejor atención o disfrute efectivo de los servicios de salud, y más

bien ha traído consigo un deterioro de la calidad de la educación médica. Al mismo tiempo, los hospitales universitarios han entrado en crisis, pues su naturaleza pugna con el tipo de indicadores que se privilegian en el actual sistema de salud. Las causas, modos de expresión y formas de resolución de esta crisis no se entenderán bien si se apela a enfoques que caigan en más de lo mismo o que repitan lo que ya se sabe hasta la saciedad. En este sentido, sigue pendiente un análisis y una crítica profunda a la manera como se educan médicos y demás profesionales de la salud. Desde la perspectiva de una filosofía crítica de la medicina es necesario poner bajo el lente de la indagación y la crítica no solo los modelos actuales de educación médica, sino también los contextos reales y las condiciones materiales desde las cuales esta se da. Cuando se habla de educación y práctica médicas, hay demasiados idealismos y posiciones políticamente correctas que solo ayudan a mantener el *statu quo*.

En este contexto, hay que enseñar a los profesionales de la salud a *problematizar* y a *problematizarse*.¹ La educación médica

no sería entonces meramente un proceso de adquisición de habilidades técnicas y administrativas, y de conocimientos científicos; sería también el proceso mediante el cual se crean mentes críticas e insatisfechas, que son capaces de comprender cómo funcionan los discursos y prácticas que determinan hoy el ejercicio de las profesiones de la salud y, sobre todo, cómo se disciplinan y domestican mentes y cuerpos para que se sometan “con alegría” a un determinado sistema de producción de capital. Frente a esto vale la pena recordar las palabras de G. Hoyos (2009), uno de los grandes filósofos y educadores de Colombia: “[n]o solo la filosofía, la educación en general y la universidad especialmente deben ser impertinentes y cuanto más impertinentes tanto más críticas y tanto más abiertas a la utopía” (p. 427).

En este camino de desarrollar una filosofía crítica de la medicina, que implica pensar el presente, examinar los modos concretos de ser médico y hacer medicina, considerar el surgimiento de nuevas prácticas y discursos y, sobre todo, *problematizar* a diversos niveles, analizar el contexto es un paso esencial. Así podremos explicar en gran medida por qué la medicina de nuestro tiempo es como es.

personas, cosas o formas de conducta llegan a ser vistas como problemáticas (normas institucionales, requisitos militares, regulaciones legales...); las clases de prácticas divisorias involucradas (enfermedad vs. salud; locura vs. Criminalidad; normalidad vs. patología...)” (p. xi) (traducción del autor).

¹ Inspirado en Foucault, Rose (1999) define problematización como “la emergencia de problemas en relación con preocupaciones particulares de tipo moral, político, económico, militar, geopolítico o jurídico; o en el contexto de prácticas particulares o escenarios institucionales (cortes, ejército, escuelas, prisiones); las autoridades que definen ciertos fenómenos como problemas (educativas, legales, religiosas, políticas...); los criterios en relación con los cuales ciertas

El contexto de la práctica médica hoy

Al pensar en el contexto de la medicina de nuestro presente, lo que se busca es reconocer cuáles son sus *a priori* históricos y filosóficos. Para esto hay que considerar los rasgos esenciales que caracterizan a nuestra sociedad y nuestra época. Para efectos del análisis que se pretende llevar a cabo aquí, se han tomado seis rasgos o elementos: capitalismo, liberalismo, pluralismo, tecno-ciencia, legalismo y bioética. Una filosofía crítica de la medicina debe tener en cuenta necesariamente la manera como estos rasgos o elementos determinan los modos de ser médico y hacer medicina hoy.

Capitalismo

La estructura económica dominante en nuestra sociedad es el capitalismo. Desde los tiempos de K. Marx (1967) sabemos que esto significa, entre otras, que: 1) la riqueza se genera a partir de capital, fuerza de trabajo y medios de producción; 2) todo lo que los seres humanos intercambian puede ser reducido a mercancía; 3) cualquier mercancía se puede reducir a dinero, que es de esta manera un intercambiador universal; 4) el modelo de asociación humana es la empresa, un conglomerado de personas cuyo fin es producir bienes, ya sean tangibles o intangibles y, en últimas, producir dinero, y 5) las profesiones de la salud se desacralizan, pues ellas devienen también un reglón “productivo” inserto en la acumulación de riqueza, en el que médicos y profesionales de la salud son

“trabajadores asalariados” (Ardila, 2016; Marx y Engels, 1997, p. 21).

Por eso la medicina es hoy una actividad empresarial y corporativa, en la cual hay capital invertido, fuerza de trabajo y medios de producción; pero las cosas han ido más allá. Las grandes empresas de salud no solo son dueñas del negocio de la salud y proveen servicios de salud; también practican y definen qué es la medicina; ellas deciden igualmente —y no solo los médicos— qué tratamientos han de recibir los pacientes, cuándo y cómo (Morreim, 2001, p. 9). Desde el siglo XVI la profesión médica había dejado de tener una connotación divina para convertirse en un modo de ganarse la vida (Sigerist, 1974, p. 44), pero en nuestros días se ha llegado a su proletarianización y desprofesionalización, un fenómeno que parece global (Chamberlain, 2011) y que en Colombia ha adquirido dimensiones increíbles de explotación, inmoralidad y abuso (Ardila, 2016, 2012).

En el ámbito biomédico, los medios de producción incluyen hospitales y tecnología, cuya propiedad y control no está ni en manos de los médicos ni de los pacientes, sino de grandes corporaciones. Hoy se habla del complejo médico-industrial (Relman, 1990), porque la medicina es una industria en la que los médicos son apenas el brazo técnico. Se habla de la mercantilización de la salud, es decir, la reducción del bien humano fundamental de la salud al carácter de mercancía, susceptible de ser sometida al proceso de compra y venta.

Si la salud es un bien de consumo, la tendrá aquel que la pueda pagar.

Liberalismo

A partir de las revoluciones burguesas del siglo XVIII y XIX las sociedades occidentales hicieron la transición de gobiernos monárquicos y absolutistas a democracias de carácter republicano y constitucional. En este escenario, surgió el concepto de *ciudadano* y *sociedad civil*, que lleva a la tensión hegeliana entre Estado e individuo, con deberes y derechos para ambas partes. Al Estado moderno le interesará promover las condiciones de salud, no en virtud del respeto a la dignidad humana, como quisieran los bioeticistas, sino porque necesita contar con ejércitos saludables y mano de obra productiva (Heller, 1995). En este nuevo orden de cosas, el Estado podrá limitar las acciones del individuo si estas atentan contra la salud y el orden de la sociedad. Nace así la *biopolítica*, una combinación entre política y medicina, y un nuevo tipo de poder para gobernar en el mundo moderno (Foucault, 1998). Con la biopolítica, la vida entrará en el juego de lo administrable, explotable y modificable (Rose, 2007). Tanto la medicina clínica hospitalaria y la investigación biomédica, como la salud pública encarnan una vocación biopolítica, reglamentando la vida de los individuos en la comunidad y ordenando diversos aspectos de la vida social: los cultivos, la alimentación, el alcantarillado, la ubicación de cementerios y hospitales, la sexualidad, etc. (Foucault, 1989).

En el liberalismo se da al individuo un lugar central como fuente de autoridad moral, por esto la autonomía individual ha de ser reconocida por el Estado y los demás ciudadanos. Pero el encumbramiento de la autonomía y la libertad de acción como principios morales son sobre todo una estrategia para gobernar (Foucault, 2006). Solo se gobierna a personas libres. No es extraño entonces que en el escenario biomédico predomine hoy la idea de la elección libre, en consonancia con la doctrina del consentimiento informado promovida desde la bioética. Desde el liberalismo, el Estado no debe interferir en las decisiones de las personas relativas a su vida y su cuerpo. Un Estado conservador o paternalista se inmiscuye en las decisiones del individuo. Por esto en Colombia, luego de la Constitución de 1991 —más garantista y liberal que la de 1886—, fue posible despenalizar el consumo personal de algunas drogas, la eutanasia y el aborto.

Pluralismo

La sociedad contemporánea es plural, es decir, acepta la posibilidad de diversas concepciones del bien, lo que implica diversidad de éticas. Pero hay que distinguir entre pluralidad y pluralismo. Si la *pluralidad* de visiones morales es un hecho en nuestra sociedad, el *pluralismo* es la aceptación de dicho hecho. Ser pluralista requiere reconocer y, sobre todo, aceptar como una riqueza la pluralidad en un amplio sentido: moral, política, religiosa, cultural, etc. Se habla a veces de *multiculturalidad*, un concepto que

sería equivalente al de pluralidad. Esta pluralidad de visiones éticas ha llevado a la necesidad de contar con una *ética de mínimos*, que facilite la convivencia pacífica y colaborativa en medio de las diferencias (Cortina, 1997). La Declaración Universal de los Derechos Humanos es una expresión clara de una ética de mínimos en nuestro tiempo.

El *factum* de la pluralidad en las sociedades occidentales contemporáneas y la propuesta de unos mínimos éticos han producido en el ámbito de la práctica médica el final de la *uni-visión* ética en la relación médico-paciente. Desde la propuesta principialista norteamericana, respetar la autonomía, ser benéficos, no ser maleficientes y ser justos deben ser los principios rectores del actuar en el mundo biomédico (Beauchamp y Childress, 2009). Para el caso de Latinoamérica, la solidaridad y la protección de las personas vulnerables tienen, sin embargo, una relevancia especial. Para E. Emmanuel se trata de construir en medicina un modelo deliberativo, en el que médicos y pacientes, a partir del diálogo y el consenso, tomen decisiones (Emmanuel y Emmanuel, 1992).

Tecnociencia

El conocimiento, el saber y el obrar modernos están definidos por su carácter tecnocientífico. Desde los albores de la época moderna se instituyó como paradigma de verdad a la ciencia empírico-analítico-experimental, con la consiguiente desvalorización de otros saberes. Desde los tiempos de R. Bacon

se ha asumido, además, que el saber científico y sus aplicaciones son fuente de poder, por esto la ciencia y la técnica son algo que interesa poseer y controlar a muchos.

En el mundo moderno, la concepción esencialista de la enfermedad dio paso a una explicación racional y científica de esta, que despojó al mundo del mito y la magia. La ciencia tomó desde Galileo a las matemáticas como su propia lengua, y en el camino de lograr exactitud y objetividad, se hicieron a un lado las emociones y la subjetividad. El lenguaje de la ciencia es frío y con frecuencia desconectado de la experiencia humana (Feyerabend, 2001). De la astrología se pasó a la astronomía, de la alquimia a la química, de la metafísica a la biología y la psicología. En este camino, la medicina pasó de la teoría de los humores, de la explicación metafísica de la enfermedad y de una nosología esencialista a una ciencia empírico-positiva, basada en el paradigma anatómico-clínico, es decir, en una concepción que liga estructura dañada y función perdida. La medicina que surge en el Renacimiento relaciona síntomas y signos con órganos y cavidades (Foucault, 1989).

En la medicina actual, que apela al universo infinitamente pequeño de la explicación genética y molecular, la racionalidad del paradigma anatómico-clínico se mantiene: la enfermedad sigue siendo una estructura dañada o una función perdida, aunque a un nivel diferente (Díaz Amado, 2002). Además, siguiendo a P. Unschuld (2009, p. 216),

lo que la polis y el sistema sociopolítico significaron para el desarrollo de la medicina en la Antigua Grecia, proveyendo un marco de plausibilidad para las teorías médicas, es lo que la globalización, la economía de mercado y los derechos humanos son hoy para el desarrollo de las teorías moleculares de la enfermedad y la medicina gerenciada (*managed care*).

La medicina de nuestros días es entonces: 1) determinista y homogeneizadora; 2) tiene un gran poder de intervención sobre el cuerpo; 3) ha acabado por desencantar a la sociedad dado su talante reduccionista y frío, y 4) mantiene una profunda interrelación y dependencia con lo político y lo económico en nuestro tiempo (Díaz Amado, 2009).

112
Bioética

Juridificación

La medicina se ejerce hoy en un contexto de mayor control y regulación, y en este sentido el derecho tiene una creciente influencia en el escenario médico (Helle-meyer y Díaz Amado, 2015). El derecho es hoy un instrumento que define formas de relación cuando se trata de salud. Por ejemplo, cuando a través de las normas jurídicas se establece la prohibición de fumar o la utilización de sustancias psicoactivas se está normando un cierto tipo de relación del sujeto consigo mismo. De igual manera, por encima de lo ético, la verdad es que lo legal define hoy las relaciones entre médico y paciente, entre paciente y empresa aseguradora, entre médico y empresa aseguradora, y entre ciudadanos, médicos y Estado.

Ya desde el siglo XVIII se observaban los primeros ejemplos de intervención jurídica en el terreno de las decisiones médicas, en lo que podríamos llamar la *historia del consentimiento informado*. En el mundo anglosajón se introdujo el término *malpractice* con el primer caso documentado de una demanda contra un médico, en 1767: el caso Slater vs. Baker and Stapleton. El señor Slater fue atendido por una fractura en una de sus piernas, pero la fractura consolidó en mala posición por lo que sus médicos, Baker y Stapleton, decidieron refracturar la pierna y colocarle un aparato con el que estaban experimentando a fin de realinear correctamente el miembro. El señor Slater demandó a los médicos arguyendo que estos habían incumplido un “contrato”, y que de esta manera le habían ocasionado un daño al experimentar con su nuevo aparato. Los tribunales le dieron la razón al paciente, señalando que los médicos habían incurrido en una “mala práctica” al no haber pedido la aprobación del paciente para realizar la refractura y usar el aparato experimental.

Después de esto siguieron otros casos más, como el de Carpenter vs. Blake (1871), Mohr vs. Williams (1905) y Rolater vs. Strain (1913), entre otros, en los cuales ya no solo se hablaba de los daños como resultado de una mala práctica, sino además de que el daño había sido ocasionado por una acción “dañosa”, o una “agresión” (*battery*) (Faden y Beauchamp, 1986). La relación médico-paciente comenzó entonces a

reducirse a un “contrato” y se perdió de vista que su fundamento ético más importante era la confianza (Pellegrino y Thomasma, 1981). En el contexto colombiano hay evidencia de demandas contra médicos desde los tiempos de la Colonia, pero hacen falta investigaciones sistemáticas sobre este particular.

Hoy han surgido nuevos discursos de regulación y dominio desde el derecho sobre la medicina; por ejemplo, el derecho médico y la responsabilidad médica. No se trata de simples respuestas a necesidades actuales, sino de complejas expresiones de poder sobre la actividad médica, que encarnan un dispositivo disciplinario que abarca diversas profesiones y oficios, y que en el caso particular de la medicina busca producir “cuerpos dóciles” (Foucault, 1996; Heller, 1995) para el sistema. Podría decirse que estos nuevos discursos tienen la pretensión de administrar la verdad médica desde el escenario jurídico, mediante una particular interrelación entre instituciones y autoridades, por un lado, y necesidades sociales y económicas, por el otro.

En este camino han surgido rentables industrias como la del aseguramiento legal de médicos y profesionales de la salud. Venderles pólizas de responsabilidad civil y asesoría legal genera hoy jugosas ganancias para bufetes de abogados y compañías aseguradoras. Pero, ¿significa esto un mejoramiento de la atención en salud o del ejercicio médico? Tal parece que no. La medicina defensiva, la pérdida de la confianza en la relación médico-paciente y la influencia

de las grandes corporaciones en definir la naturaleza de la medicina son parte del negocio, no aspectos éticos o jurídicos por resolver. Hablamos entonces de la *juridificación* de la medicina, un fenómeno que viene ocurriendo en Colombia desde hace años (Otero Ruiz, 2004), y con consecuencias que no han sido aun suficientemente analizadas.

Pero la juridificación de la medicina es apenas un aspecto de un dispositivo de poder más ambicioso: la *normalización*, que implica homogeneizar, simplificar y controlar mejor. La acción normalizadora en medicina se realiza a través de cuatro mecanismos: control y vigilancia legal de la actividad médica vía jurídica; directrices de las empresas aseguradoras que se realizan a través de la atención gerenciada (*managed care*); protocolos de manejo a partir de la medicina basada en la evidencia que apelan a la autoridad científica y estadística; e invocaciones al discurso ético, que en los últimos años ha adoptado un nuevo nombre: bioética.

Bioética

Para el siglo XIX la moral había recibido todo el influjo de la Ilustración. La *deontología* tuvo un gran auge gracias al brillante trabajo y enorme influencia de Kant. En 1845 este concepto fue introducido en medicina con *Déontologie médicale*, de Maximilien Simon (Engelhardt, 2003, p. 19). Es en este mismo siglo cuando aparecen los primeros códigos de ética médica. El primero y más famoso de todos es el Código de Ética Médica, del médico inglés Thomas Percival,

cuya versión ampliada fue publicada en 1803, y que ha inspirado más códigos en otras partes del mundo, como el de la Asociación Médica Americana en 1847. En Colombia el código de Percival no parece haber tenido influencia y fue solo hasta 1919 cuando se adoptó el primer código de ética médica, propuesto por la Sociedad de Pediatría de Bogotá, en el IV Congreso Médico Nacional, reunido en Tunja el 7 de agosto de 1819, y que se llamó Código Colombiano de Moral Médica (Boletín Clínico, 1935).

Pero mientras los códigos de ética médica han sido preocupación principalmente de los propios médicos, en nuestra época surgió un interés particular de la sociedad por observar, vigilar y hablar de la actividad médica. Por este camino se terminó dando origen a la bioética (Jonsen, 1992, p. 1). Se anunció como una nueva disciplina y un nuevo conocimiento que buscaba integrar a las ciencias biomédicas con las ciencias humanas y sociales (Potter, 1971). El surgimiento de la bioética promovió la discusión sobre los derechos de los pacientes, el consentimiento informado, los comités de ética, las voluntades anticipadas, la defensa de la dignidad humana en el terreno médico, entre otros. Es claro entonces que en sus inicios la bioética fue toda una dinámica transformadora del *éthos* médico.

Pero a pesar de que los bioeticistas en nuestro medio suelen hablar de la bioética como la respuesta a los interrogantes éticos traídos por el avance la ciencia y la tecnología (Llano, 2002), la bioética

es también síntoma de nuestra época. Es síntoma de una crisis en la manera de entender y ejercer la autoridad médica, así como en el proceso de toma de decisiones en el campo biomédico. La bioética es así un efecto de poder (Fox *et al.*, 2008; De Vries *et al.*, 1998). Además, el énfasis que la bioética hace en categorías que reflejan la sociedad norteamericana ha dado pie para sospechar de su universalismo y criticar su desdén por las situaciones particulares de otros países y latitudes. Por esto en América Latina hay un gran movimiento por darle a la bioética un sentido propio, atendiendo a las raíces sociales de los así llamados dilemas éticos en medicina,² lo que implica considerar el potencial emancipador que ella puede tener (Garrafa y Porto, 2003).

En Colombia se requieren más trabajos de carácter histórico-crítico y filosófico que ayuden a superar los discursos autojustificatorios y autoensalzadores que siguen sosteniendo muchos bioeticistas locales (Díaz Amado, 2013). En nuestro medio es frecuente ver, por desgracia, que muchos análisis en bioética parten justamente de lo que tiene que ser pensado y criticado. Se utilizan con demasiada frecuencia conceptos y categorías de manera ahistórica, es decir, se los toma

² Es importante revelar los orígenes sociopolíticos, económicos y jurídicos de muchos de los dilemas éticos en medicina, y evitar así que se tomen simplemente como un conflicto entre dos o más principios éticos abstractos. En este sentido, el trabajo que viene desarrollando en Colombia Ardila (2016, 2012) es un gran aporte.

acríticamente como punto de partida, como lo “dado”, cuando precisamente la tarea es desentrañar lo que hay en los discursos, prácticas y verdades que determinan ese nuevo campo. En este sentido, hay que luchar contra la miopía de la experticia y el cinismo de la sofística que abundan en la bioética colombiana (Díaz Amado, 2007).

Por el contrario, la educación en ética y bioética debe servir para formar un carácter fuerte y adecuado en los médicos y profesionales de la salud, de tal modo que sepan resistir y manejar los influjos del poder y el dinero que han hecho de la atención a los enfermos un negocio que ve cifras en vez de personas y mide la eficiencia con balances financieros más no por el número de personas que recuperaron la sonrisa. Como afirma A. Semberoz (2012):

[...] la enseñanza de la ética médica no es neutral en cuestiones de poder: o bien contribuye al *estatu quo* de las instituciones educativas (que tienden a reproducir las relaciones sociales dominantes) o bien asume una postura crítica para dejar en claro cómo la educación médica privilegia los intereses de ciertos grupos sociales a expensas de otros. (p. 36)

Por lo anterior, una perspectiva filosófica crítica y ética de la medicina debe llevarnos a abordar clara y honestamente los problemas actuales de la profesión médica y de los servicios de salud en Colombia, señalando sus posibles raíces.

El escenario biomédico colombiano hoy: conflicto y esperanza

No hay un escenario donde se experimenten tanto las desigualdades, la corrupción, la ineficiencia del Estado y los problemas de la sociedad colombiana como en el de los servicios de salud. Las noticias sobre los abusos y la desidia que allí ocurren se han vuelto muy frecuentes, y es cada vez más común que los medios de comunicación hagan pública la tragedia de algún paciente que terminó muerto o con complicaciones porque no recibió la atención a la que tenía derecho. Pero no son solo los pacientes las víctimas de una crisis que se ha naturalizado, es decir, que ha perdido la capacidad de indignar y movilizar a las personas, en un claro ejemplo de “indefensión aprendida”; ese estado en el que, según la teoría del psicólogo M. Seligman (1981), los seres humanos se vuelven pasivos y resignados frente a situaciones dolorosas o traumáticas. También los profesionales de la salud son, en este sentido, víctimas de un sistema que, mediante sofisticados mecanismos de poder y control, ha terminado subsumiéndolos a una industria que realmente atiende, no tanto a las necesidades de la población, sino a las agendas globales de industrialización y financierización de los sistemas de salud.

El sistema de salud en Colombia es, desde su implementación mediante la Ley 100 de 1993, un tremendo reglón de negocios, cuyo núcleo es el “aseguramiento” (Peña, 2001). Es un sistema que

degrada a pacientes y profesionales de la salud mediante múltiples mecanismos, entre ellos la violencia estructural que opera a diversos niveles y grados (Rueda *et al.*, 2010).

Frente a este panorama, los llamados que piden el cambio del modelo económico y administrativo que sustenta al sistema no han cesado, pero a su vez poco se ha dicho del papel de los profesionales de la salud en la situación actual. Algunos autores han señalado que la activa y adecuada participación de los médicos es fundamental para la transformación de un sistema de salud (Porter y Teisberg, 2007). De hecho, la reforma de la salud de 1993 en Colombia no se hubiera podido implementar sin su activa adhesión.

En el caso colombiano, ¿cómo puede esperarse una transformación, tanto del sistema de salud como de la práctica médica, si no se realiza un cambio en los modos de pensar y proceder de los profesionales de la salud? ¿Será acaso posible que estos sean distintos mientras los espacios donde podría gestarse el cambio siguen, en alto grado, controlados por los mismos que, directa o indirectamente, contribuyeron en la implementación del actual sistema de salud? Los profesionales de la salud serán un factor decisivo en la transformación del sistema de salud cuando se les forme “para el cambio” y no “para el sistema”.³

³ En 2016 se conformó la Comisión para la Transformación de la Educación Médica en Colombia (Ministerio de Salud y Protección

Y esto sucederá cuando se empiecen a examinar seriamente los modelos de educación médica predominantes en el país, más preocupados por lograr promociones de médicos que se ajustan a estándares internacionales que a las necesidades de la sociedad. No es raro entonces que los sueños de la mayoría de estudiantes de medicina, por ejemplo, sean acceder a una residencia clínica aquí o en el exterior, pero no la transformación del sistema de salud y la construcción de una sociedad justa. Cambiar los sueños y los comportamientos depende de lograr un nuevo tipo de médico para el país.

La necesidad de un nuevo tipo de médico para Colombia

La educación médica en Colombia ha terminado por convertirse en los últimos años en una fuente de “buenos obreros” o, mejor, de “médicos-zombi”, seres sin alma, carisma, ni voluntad; completamente plegados al sistema y que deambulan por los pasillos de hospitales, clínicas y centros de salud lamentándose por la situación en la que

Social, 2016), por iniciativa de los Ministerios de Salud y Protección Social, y de Educación, en la que participarán “expertos de la mayor prestancia”. Sin embargo, sin poner en duda la probidad y las excelentes hojas de vida de tales expertos, habrá que estar muy atentos para no permitir que se adelante una reforma a la educación médica que sirva más a los intereses de los “negociantes de la salud” que a las necesidades de salud y de adecuada atención profesional de la población.

viven. Explotado, sometido, apático e ignorante de cómo funcionan las estructuras y las instituciones sociales, este médico es un peón efectivo en el ajedrez que saben jugar bien las grandes corporaciones y los inversionistas del negocio de la salud, los verdaderos ganadores en el actual sistema. Aún no logramos contar con una educación médica integral y comprometida con la formación de un médico técnica y científicamente bien preparado, a la vez que política y éticamente bien formado. Este problema apunta a la manera como se construye la subjetividad médica, esto es, cómo se moldean mentes, cuerpos y corazones para que, en tanto médicos, sean capaces de gobernarse a sí mismos, so pena de terminar siendo gobernados por otros.

En Colombia quizás debamos pensar en contar con un “médico renacentista”, es decir, competente en diversas áreas del saber allende la sola medicina, comprometido con la investigación en un sentido amplio, humanista, políticamente activo y dispuesto a jugar plenamente el rol de ciudadano con alto grado de compromiso. Lastimosamente los que tienen el poder de decidir qué se incluye y qué no en el currículo de las Facultades de Medicina creen que basta con rellenar dicho currículo con clases de Bioética, o cualquier otra cosa que les parezca “humanidades” (Díaz Amado, 2008). Además, tenemos el problema de que la educación médica ocurre menos en las aulas de clase o mediante el desarrollo de los programas oficialmente ofrecidos,

y sí mucho más a través de lo que acontece en pasillos de hospitales, reuniones informales y otros escenarios que hacen parte del “currículo oculto” (Semberoiz, 2012; Suárez Obando y Díaz Amado, 2007). No es de extrañar que las cosas sigan igual, pues este currículo oculto ha permanecido intocado en las reformas académicas que diversas facultades de medicina han anunciado con bombos y platillos en los últimos años.

La obligación moral de los educadores médicos del país es proveer a la sociedad de “buenos médicos”, es decir, médicos que entienden que su obligación ética no es solo la de brindar atención técnica de calidad, sino también la de luchar porque el sistema de salud deje de ser un sistema bancario disfrazado y se convierta en realidad en una oportunidad para prevenir la enfermedad y recuperar la salud, de manera efectiva, eficiente, justa y universal. Pero, ¿están los profesores que tenemos hoy en dichas Facultades preparados para asumir este reto? Me temo que no. Lamentablemente muchos de ellos están llenos de prejuicios, permanecen acomodados en su poltrona de poder y son, con frecuencia, apáticos a lo que sucede, convencidos de que su experticia técnica los habilita moral y políticamente en todos los campos sin admitir críticas. Estos profesores han olvidado que, en los orígenes de la medicina occidental, con los hipocráticos, esta estaba siempre sujeta al debate público, pues los médicos no eran los dueños de la medicina, sino la sociedad, ante la cual debían justificar

su arte; esto es, frente a los ciudadanos ilustrados que constituían la polis.⁴

Pero al examen de las prácticas, discursos, racionalidades y presupuestos que estructuran el escenario de la medicina no se le invierte mucho hoy en los programas de educación médica. Lo dado, lo ya instituido, se suele tomar como autoevidente y obvio. Sin embargo, se ha de insistir en que los estudiantes de Medicina necesitan tener la oportunidad, como parte de su formación, de llevar a cabo una reflexión juiciosa sobre su propio quehacer. Todo programa de pregrado en medicina debería incluir un escenario formal para indagar sobre qué es la medicina y qué es ser médico. Muchos profesionales pasan más de cinco años en una Facultad y luego ejercen por años sin haberse interesado siquiera una vez por la historia y los fundamentos teóricos y prácticos de su propia profesión. La manera como típicamente piensan y actúan los médicos es desconocida incluso para los propios médicos (Fox, 1999).

Si los médicos mismos no tienen claridad sobre sus orígenes, su ser y quehacer, ¿por qué extrañarse de que profesionales de otros campos, como economistas, administradores y abogados, por citar algunos, sean los que definan el modo de entender y ejercer la medicina? Si la

mayoría de edad en términos de Kant es ser capaz de pensar por sí mismos (Kant, 2004), en Colombia el estamento médico parece no haber llegado aún a ella: vive lamentándose de la situación actual, no logra liderar el cambio que se necesita, no sabe exactamente por dónde tomar y espera que algún día un tercero, quizás el Estado, solucione los problemas del sector y garantice el respeto que los propios médicos han sido incapaces de ganar.

Sin una verdadera formación humanística, sentido de crítica, compromiso político, claridad conceptual y firmeza de espíritu las nuevas generaciones de médicos están en riesgo de terminar viviendo como los personajes de la cueva de Platón (2002): confundiendo las sombras con la realidad. Para que esto no ocurra, o al menos para mitigar los efectos que produce el aparato domesticador de la sociedad, el objetivo de la educación médica no puede ser solamente la formación tecno-científica, sino también una adecuada formación ético-moral y política (Semberoiz, 2012; Escobar Melo *et al.*, 2010; Escobar Melo y Díaz Amado, 2010). Los médicos están llamados, desde sus orígenes en la Antigua Grecia, a ocuparse de la salud de los miembros de la polis, y no a hacer de la enfermedad una oportunidad de negocio, pues como lo sugiriera el mismo Platón (2002), el lugar del médico en la polis no es el hospital, sino la escuela.

En el debate sobre la crisis de la educación médica se ha dicho que los hospitales universitarios fueron también

⁴ El profano representa en la Grecia Antigua al individuo no experto, y que sin embargo es ilustrado, cuya existencia hizo parte del desarrollo de la medicina hipocrática. Es frente al profano que el médico hipocrático debe probar su arte (Jaeger, 1992, p. 792).

víctimas de la reforma de la salud de 1993 —no solo pacientes y médicos—, pero poco o nada se dice de la responsabilidad de las Facultades de Medicina en el desbarajuste de la salud. La contribución inadvertida de los médicos para que el sistema de salud haya llegado a ser lo que es lleva necesariamente a pedir que el papel de los educadores médicos del país sea sometido a crítica. La responsabilidad de los profesores de medicina en el estado actual de cosas no se puede soslayar. Si el perfil promedio de los médicos, por cuanto sujetos éticos y políticos, fuera diferente del que es hoy, el actual sistema de salud ya habría sido radicalmente reformado o abolido a instancias de los propios médicos.

Transformar el *ethos* médico y lograr “masa crítica” entre médicos y profesionales de la salud requiere el aporte de las humanidades, pues como afirma M. Nussbaum (2010), “[...] las artes y las humanidades enseñan a los jóvenes el pensamiento crítico necesario para que logren ser independientes y puedan resistir de manera inteligente el poder de la tradición y la autoridad ciegas” (p. ix),⁵ y entre las humanidades en el campo biomédico vale la pena resaltar a la filosofía de la medicina. No se trata de que médicos y demás profesionales de la salud se conviertan en filósofos profesionales (aunque no estaría mal si lo hicieran), sino de que incorporen en su quehacer la perspectiva y las herramientas de la filosofía, lo que les permitiría

realizar una reflexión crítica, sistemática y propositiva sobre el fenómeno de lo humano frente al cual muchos de ellos permanecen ciegos o ajenos. Igualmente, les ayudaría a pensar radicalmente la manera como hoy están planteadas las relaciones medicina/sistema de salud/sociedad y frente a las cuales los profesionales de la salud tienen obligaciones especiales que implican, entre otras, trabajar por su transformación.

Finalmente, la filosofía de la medicina ayudaría a compensar el efecto del *bioeticismo* que permea el *ethos* biomédico de hoy (Díaz Amado, 2013) y la reducción de lo ético en biomedicina a simples dilemas, tanto en el ámbito clínico, como en el investigativo. Sin duda, la filosofía no solo puede contribuir a salvarle la vida a la “buena medicina”, sino también a la bioética (Hoyos, 2012).

Conclusiones

Con el ánimo de contribuir a una transformación positiva y urgente, tanto del *ethos* médico como de los servicios de salud en Colombia, se ha propuesto integrar la filosofía de la medicina como parte de la formación médica. Para esto se ofreció un esquema general de cómo está constituido el campo y el tipo de reflexiones que este incluye. Se argumentó que es necesario analizar la medicina contemporánea a partir de elementos centrales que hacen parte de la sociedad y cultura actuales: capitalismo, liberalismo, pluralismo, tecno-ciencia, legalismo y bioética.

⁵ Traducción del autor.

Desde una perspectiva filosófica se enfatizó en la importancia de *problematizar* el saber y las prácticas médicas, así como la propia subjetividad médica (lo que los médicos son y cómo se perciben a sí mismos), por cuanto es un paso necesario hacia la construcción de un mejor modelo de atención en salud, cuyo prerrequisito es un nuevo tipo de médico para Colombia, capaz de entablar una relación crítica con su propia profesión y con el sistema de salud en el cual debe ejercerla. Este médico podrá defender su profesión sobre la base de argumentos claros y sólidos frente a las deformaciones ideológicas, estructurales y organizacionales impuestas por diferentes actores, en particular corporaciones y multinacionales dedicadas al negocio de la salud. Será capaz de identificar los estados de dominación a los que ha sido sometido, no solo él, sino también todos los miembros de la sociedad; de revelar los condicionantes institucionales del quehacer médico y caracterizar los discursos y racionalidades que pueblan el espacio de lo médico.

El análisis filosófico de la medicina puede significar, sobre todo en Colombia, una perspectiva novedosa que, sin coonestar con el *statu quo*, contribuya a una verdadera comprensión y transformación del presente y sobre todo que complemente, e incluso critique, los aspectos desatendidos por la bioética, en cuanto disciplina dominante hoy en el debate sobre lo ético en medicina.

Referencias

- Ardila, A. (agosto-diciembre, 2012). Dilemas médicos: una forma de expresión del capitalismo. *Anamnesis*, (7), 16-22.
- Ardila, A. (2016). *Neoliberalismo y trabajo médico en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. De la profesión liberal al trabajo explotado* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.
- Beauchamp, T. y Childress, J. (2009). *Principles of biomedical ethics* (6ta. Ed.). Nueva York: Oxford University Press.
- Revista Mensual (1935). *Boletín Clínico*, II(2), 60.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Cortina, A. (1997). *El mundo de los valores "ética mínima" y educación*. Bogotá: El Búho.
- Chamberlian, J. (2010). Governing Medicine: Medical Autonomy in the United Kingdom and the Restratification Thesis. *EA -Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 1(3), 1-16. Recuperado el 28 de mayo de 2012, de <http://www.ea-journal.com/es/numeros-antteriores/59-vol-1-n-3-abril2010/199-indice-de-contenidos-vol-1-no-3-abril-2010>
- DeVries, R. y Conrad, P. (1998). Why bioethics needs sociology. En R. DeVries y J. Subedi (Eds.), *Bioethics and society. Constructing the ethical enterprise* (pp. 233-257). Upper Saddle River: Prentice Hall.

- Díaz Amado, E. (2002). La crisis del paradigma anatomo-clínico: de las metáforas de la enfermedad. En G. Cely (Ed.). *Dilemas Bioéticos Contemporáneos* (pp. 99-115). Bogotá: 3R.
- Díaz Amado, E. (2007). Crítica a la Bioética si ha de ser instrumento para la construcción de paz en Colombia. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 7(12), 92-101.
- Díaz Amado, E. (diciembre, 2008). La arrogancia médica se cura con poesía. *Anamnesis*, (2), 8-12.
- Díaz Amado, E. (2009). Medicina, biotecnopolítica y bioética: de la anatomía a la autonomía. *EA -Revista de Humanidades Médicas & Estudios Sociales de la Ciencia y la Tecnología*, 1(2), 1-35. Recuperado el 28 de mayo de 2012, de <http://www.ea-journal.com/es/numeros-anteriores/58-vol-1-n-2/161-indice-vol1-n2>
- Díaz Amado, E. (enero-julio, 2013). Los discursos de la bioética en Colombia. *Anamnesis*, (8), 15-27
- Emmanuel, E. y Emmanuel, L. (1992). Four models of the physician-patient Relationship. *JAMA*, 267(16), 2221-2226.
- Engelhardt, D. V. (enero-marzo, 2000). La ética médica en su perspectiva histórica. *Labor Hospitalaria*, XXXII(255), 2000.
- Engelhardt, H. T. (1995). *Los fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Paidós.
- Engelhardt, H. T. (2000). The philosophy of medicine and bioethics: An introduction to the framing of a Field. En H. T. Engelhardt (Ed.), *The Philosophy of Medicine. Framing the Field* (pp. 1-15). Dordrecht: Kluwer.
- Escobar Melo, H.; Díaz Amado, E.; Páramo Cely, L.; Suárez Obando, F. y León Guevara, C. (2010). Caracterización del razonamiento moral en la práctica clínica en relación con el proceso de formación médica en una Facultad de Medicina, categoría altruismo y dignidad, beneficencia, confidencialidad y deber de cuidado. *Revista Colombiana de Bioética*, 5(1), 34-56.
- Escobar Melo, H. y Díaz Amado, E. (2010) *Dilema morales y práctica clínica. Reflexiones a partir de un estudio de campo*. Bogotá: Iberoamericana.
- Faden, R. y Beauchamp, T. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. Nueva York: Oxford University Press.
- Feyerabend, P. (2001). *¿Por qué no Platón?* Madrid: Tecnos.
- Foucault, M. (1989). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. México, D. F.: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1998). *The will to knowledge. The history of sexuality*. London: Penguin.
- Foucault, M. (2006). *Seguridad, territorio, población*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Fox, E. (1999). Rethinking Doctor Think: Reforming Medical Education by Nurturing Neglected Goals. En M. Hanson y Callahan (Eds.), *The Goals of Medicine* (pp. 181-197). Washington: Georgetown University Press.
- Fox, R., Swazey, J. y Watkins, J. (2008). *Observing bioethics*. Oxford, New York: Oxford University Press.
- Garrafa, V. y Porto, D. (2003). Intervention bioethics: A proposal for peripheral countries in a context of power and injustice. *Bioethics*, 17(5-6), 399-416.

- Ten Have, H. (2000). Bodies of knowledge, philosophical anthropology, and philosophy of medicine. *Philosophy and Medicine*, 64, 19-36.
- Hegel, G. W. F. (1955). *Filosofía del Derecho*. Buenos Aires: Claridad.
- Hellemeier, A. y Díaz Amado, E. (2015). Entre ética y derecho: tensiones en el campo biomédico a propósito del respeto de la autonomía. En R. Andorno y V. Ivonne (Eds.), *Casos de bioética y derecho* (pp. 64-74). Valencia: Tirant lo Blanch.
- Heller, A. (1995). *Biopolítica, la modernidad y la liberación del cuerpo*. Barcelona: Península.
- (2009). Educación para un nuevo humanismo. *Magis*, 2, 425-433.
- Hoyos, G. (enero-junio, 2012). Sociedad, política y bioética. ¿Cómo debe salvar la filosofía a la bioética en Latinoamérica? *Anamnesis*, (6), 34-42.
- Jaeger, W. (1992). *Paideia. Los ideales de la cultura griega*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Jacoby, H (Ed.) (2009). *House and philosophy. Everybody lies*. Hoboken: Wiley.
- Jonsen, A. R. (1992). *The new medicine and the old ethics*. Cambridge: Harvard University Press.
- Kant, I. (2004). *¿Qué es la ilustración? y otros escritos de ética, política y filosofía de la historia*. Madrid: Alianza.
- Lupton, D. (2003). *Medicine as culture: Illness, disease and the body in western societies*. London: SAGE.
- Marcum, J. (2010). *An introductory philosophy of medicine. Humanizing modern medicine*. Texas: Springer.
- Marx, K. (1967). *El capital*. Barcelona: Orbis.
- Marx, K. y Engels, F. (1997). *Manifiesto del Partido Comunista*. Bogotá: Panamericana.
- Ministerio de Salud y Protección Social (26 de julio de 2016). Nuevos pasos para la transformación de la educación médica. *Ministerio de Salud y Protección Social*. Recuperado el 6 de octubre de 2016, de <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Nuevos-pasos-para-la-transformacion-de-la-educacion-medica.aspx>
- Morreim, E. H. (2001). *Holding health care accountable: law and the new medical marketplace*. Oxford: Oxford University Press.
- Nussbaum, M. (2010). Not for profit. Why democracy needs the humanities. New Jersey: Princeton University Press.
- Otero Ruiz, E. (2004). Palabras del Dr. Efraím Otero Ruiz, presidente del Tribunal Nacional de Ética Médica, durante la celebración de los diez años del Tribunal de Ética Médica de Risaralda y Quindío. *Gaceta del Tribunal Nacional de Ética Médica*, 8(1), 7-11.
- Pellegrino, E. (1998). What philosophy of medicine is. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 19, 315-336.
- Pellegrino, E. y Thomasma, D. (1981) *A philosophical basis of medical practice. Towards a philosophy and ethic of the healing professions*. New York: Oxford University Press.
- Peña, G. (25 de febrero de 2001). A dónde va el dinero de la salud. *El Tiempo*. Recuperado el 18 de mayo de 2016, de <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-604245>

- Platón (2002). *Las leyes*. Madrid: Alianza.
- Porter, M. y Teisberg, E. (2007). How physicians can change the future of health care. *JAMA*, 297, 1103-1111.
- Porter, R. (2002). *Breve historia de la medicina. De la Antigüedad hasta nuestros días*. Bogotá: Taurus.
- Potter, V. R. (1971). *Bioethics bridge to the future*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Relman, A. (1990). The new medical-industrial complex. En P. Conrad y R. Kern (Eds.), *The sociology of health and illness: critical perspectives* (3ra. Ed., pp. 209-217). Nueva York: St. Martin's Press.
- Rose, N. (2007). *The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century*. Princeton: Princeton University Press.
- Rose, N. (1999). *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Free Association Books.
- Rueda, E., Hoyos, G., Suárez, E., Castañeda, N. et al. (2010). La violencia estructural en el sistema de salud colombiano como problema ético: bases de un programa de investigación. En *Violencia, bioética y salud pública* (pp. 69-90). Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fondo de Población de las Naciones Unidas.
- Sadegh-Zadeh, K. (2012). *Handbook of analytic philosophy of medicine*. Dordrecht: Springer.
- Seligman, M. (1981). *Indefensión en la depresión, el desarrollo y la muerte*. Madrid: Debate.
- Semeroiz, A. (2012). *El momento ético. Sensibilidad moral y educación médica*. Buenos Aires: Biblos.
- Sigerist, H. (1974). *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Guadalupe.
- Starr, P. (1982). *The social transformation of American medicine*. Nueva York: Basic Books.
- Stempsey, W. (2008). Philosophy of medicine is what philosophers of medicine do. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(3), 379-391.
- Suárez Obando, F. y Díaz Amado, E. (2007). La formación ética de los estudiantes de medicina: la brecha entre el currículo formal y el currículo oculto. *Acta Bioethica*, 13, 107-113.
- Unschuld, P. (2009). *What is medicine? Western and eastern approaches to healing*. Los Ángeles: University of California Press.