

José Luis González Quirós, Instituto de Filosofía, CCHS-CSIC, Madrid
“Medicina, antropología y política en la formación del médico”

“No hay una “verdad” simple y directa sobre cómo hay que entender la historia de la vida sobre la tierra”.
(Lewontin, 2001:268)

Como casi todo lo que se refiere a las titulaciones universitarias, la educación médica está siendo puesta en cuestión en la mayoría de los países del mundo. Por distinto que sea el caso de la Medicina, no quisiera dejar de subrayar, desde el primer momento, que las discusiones sobre la educación médica, aún dependiendo de muy diversos factores, se vinculan, sobre todo, con el hecho clave de que la medicina ha dejado de ser una profesión liberal clásica y está tratando de redefinirse en un entorno político y económico muy inestable, un entorno definido por la creciente dependencia del sector sanitario, y por tanto, de la profesión médica, respecto de dos poderes que no cesan de crecer: las burocracias y el mercado.

Además de ese tipo de causas, digamos, externas, hay muy variadas razones de otro tipo menos ajeno al corazón de los saberes médicos. Unas y otras prestan su contribución para que se intensifique una conciencia generalizada de que hay una cierta incompatibilidad entre la continuidad de una tradición, llena de aciertos y éxitos, por otra parte, y la necesidad de atender las demandas de tipo sanitario que hoy día se plantean y que imaginamos se van a plantear en las próximas décadas.

Es un tópico del análisis sociológico y cultural de nuestra época señalar que nuestro mundo hace ya mucho que ha dejado de ser simple. Además de ser un tópico, es un tópico ya muy vetusto. Hace poco, leyendo uno de los *Episodios nacionales* de Benito Pérez Galdós, me sorprendió comprobar que la complejidad social era ya una característica que le parecía evidente a un personaje literario a finales del primer tercio del siglo XIX.

El análisis de lo que ocurre con la medicina, una de las más nítidas profesiones de la época moderna, y de lo que se discute sobre la formación de los médicos nos proporciona una de las muestras más elocuentes de la encrucijada social y moral por la que atraviesa nuestra civilización.

Unos y otros nos movemos en un mundo en el que la información es insuficiente, y no precisamente porque escasee. Frente a los análisis que se pretenden fundar en un conocimiento suficiente y completo de numerosas cuestiones hemos de acostumbrarnos a lidiar con problemas frente a los que hay que admitir un alto grado de ignorancia invencible, de incertidumbre. Se trata de una situación que no afecta, por cierto, únicamente a las cuestiones de tipo humanístico, sino al núcleo mismo de cualquier ciencia. Esta dificultad de principio, la insuficiencia del conocimiento junto con una superabundancia de información enteramente inabarcable, no se conforma, como es lógico, con reducirse a un conflicto meramente teórico sino que se muestra también especialmente irreductible en muchas cuestiones prácticas.

Nuestro interés ahora es referirnos a la especial dificultad que esta nueva situación aporta a los planes de educación médica.

Un plan es siempre un diseño del futuro. El pasado nos enseña que el futuro no suele ser respetuoso con nuestras ideas al respecto. Eso es lo que sucede siempre que tratamos de prevenir el futuro, que no es nunca cómo suponíamos que iba a ser. La racionalidad nos proporciona la ilusión de un conocimiento que es inmune al paso del tiempo, pero nuestras acciones y decisiones están siempre en el tiempo y la razón no siempre acierta a entenderlo.

Cuando se habla de educación se habla siempre de cómo afrontar el futuro, de cómo determinarlo. En estos casos, nuestra única guía es la experiencia y el análisis de lo que ha pasado, de lo que creemos que siempre, o casi siempre, pasa. Sea o no así, el hecho es que, como sugirió Herbert Simon (1957) hace ya medio siglo, nuestras decisiones han de enmarcarse en un contexto en el que la racionalidad no es plena, en el que nuestras suposiciones, de la primera a la última, han de estar vinculadas con una información limitada, de manera que hemos de orientarnos no a lo óptimo sino a la satisfacción de una serie de criterios que consideremos mínimos. No se trata, simplemente, de constatar que la razón no es el único apoyo en el que se que inspiran nuestras decisiones puesto que existe una numerosa cohorte de fuerzas, como las emociones o los intereses, que nos condicionan de uno u otro modo, sino de asumir que incluso una decisión tan racional como pudiéramos pretender se mueve dentro de supuestos que ni son estables ni son enteramente transparentes a nuestros análisis.

La historia reciente nos muestra que en los últimos cincuenta años la situación de la sanidad ha experimentado unos cambios realmente radicales. En este terreno, casi nada es ahora en ninguna parte como lo era hace a comienzos de la segunda mitad del siglo XX. Sin embargo, en más de un sentido, la enseñanza de la medicina sigue siendo básicamente la misma y, como ocurre en la totalidad de los sistemas educativos que, de una u otra manera, se fundan en la pretensión de la estabilidad y exactitud del saber, se resiste a asumir las muy diversas reformas que se pueden sugerir y que seguramente sería razonable emprender. Tal vez la certeza de que habrá siempre una inadecuación entre lo que ahora se planea y lo que será necesario una década más tarde actúa como freno a cualquier clase de cambios.

Lo que aquí se trata de analizar es cuáles son las consideraciones esenciales que habría que tener en cuenta a la hora de reformar el currículum académico de la formación médica en función del contexto político, cultural y científico en el que nos movemos. Como es obvio, hay multitudes de ramas del conocimiento científico que resultan relevantes para este fin y nada que no sea una obviedad se puede apuntar desde fuera de los círculos de especialistas correspondientes en lo que se refiere a esa clase de enseñanzas. Ello no debe hacernos que perdamos de vista que la medicina, por mucho que precise de muy diversos saberes científicos, no es estrictamente una ciencia, sino, por encima de todo, una función social. Si las ciencias que debía conocer un médico formado hacia 1910, por citar la fecha del informe de Abraham Flexner, se han hecho increíblemente más poderosas que entonces, no menos radicales han sido los cambios sociales de todo tipo que afectan de manera sustancial al ejercicio de la profesión médica.

Vamos a hablar de la formación médica desde fuera de lo que podríamos llamar el paradigma de la medicina clásica, y vamos a hacerlo para ver como ese esquema puede ser singularmente insuficiente desde el punto de vista de las funciones sociales de la medicina. Creo que en lo que podríamos llamar la *teoría médica* hay también, al menos desde hace unas décadas, un consciencia creciente de que, puesto que el sistema de conocimientos y el esquema ético y político en el que habría de descansar una comprensión suficiente de los problemas de la salud dista mucho de ser indiscutible, no resulta fácil definir ni el papel del médico ni sus funciones esenciales.

La medicina es una de las más viejas funciones sociales e, incluso como profesión, en el sentido moderno del término, de las más consolidadas. Su objetivo ha podido ser y parecer muy nítido en las épocas en que pervivía buena parte del antiguo prestigio, casi sagrado, del menester del médico y se completaba con el nuevo prestigio derivado del progreso de la ciencia. Ahora mismo se ha perdido casi por completo cualquier atisbo de respeto sagrado hacia la profesión médica y pasa algo muy peculiar con el prestigio de la ciencia y de la tecnología que se asocia con ella: o se exageran sus poderes hasta la fantasía, lo que produce frustración, o se huye de ellas como quien se aleja de dioses crueles e insensibles al sacrificio humano.

Creo que es muy importante subrayar el aspecto social de la función médica pues me parece que el médico, en especial el médico de atención primaria, aunque no solamente él, se encuentra en el día a día de su trabajo mucho más con problemas de tipo social o ético que con difíciles cuestiones científicas. Sería insensato, desde luego, descuidar la formación científica y clínica, pero no parece muy razonable que el médico obtenga su acreditación sabiendo responder correctamente un enorme número de cuestiones técnicas pero sin haberse enfrentado nunca de manera medianamente seria con las nociones que le podrían ayudar a entender mejor que les está pasando a las personas que acuden a su consulta, a sus enfermos. No creo que nadie haya negado de manera tajante, la importancia de que los estudiantes de medicina puedan adquirir una formación humanística suficiente, pero la verdad es que esas materias no sido bien atendidas en los planes de estudio convencionales.

La razón de ser de esa desatención reside, muy probablemente, en el hecho de que la formación humanística se ha hecho normalmente por aposición, añadiendo una o más asignaturas, de suyo perfectamente consistentes en otros contextos, al programa académico y sin que existan fórmulas inequívocas que establezcan cómo deberían ser integradas en el conjunto de la formación médica y sin que se haya discutido a fondo qué es exactamente lo que los médicos deberían *saber* a ese respecto.

También cabe pensar que la solución de los *problemas no científicos* que se plantean a los médicos en la consulta deberá quedar a su arbitrio o a su conciencia. Se podría argumentar que estamos ahí en el reino de la libertad en que no hay ciencia pues, como bien ha escrito Eugenio Trías¹ (2000: 76) no hay ciencia alguna del bien y del mal. Ahora bien, para poder llegar a esa conclusión y que esa conclusión no sea un cheque intelectual en blanco, y, en cualquier caso, sin fondos, hay que haberse enfrentado con muchas cuestiones, con muchas maneras de entender el bien, el mal y la libertad. Es obvio que ese recorrido no es el de una de las ciencias al uso, pero no debería ser menos obvio que la meta sin el camino apenas vale nada.

De la misma manera que se admite que un entrenamiento físico básico es imprescindible para practicar con oficio cualquier deporte, debería reconocerse que, sin una familiaridad con las cuestiones básicas de la antropología, la ética y la política, un médico puede perderse con mucha facilidad en el mundo en que vivimos, más allá de sus virtudes clínicas o meramente científicas.

¿Cuáles deberían ser las cuestiones en las que se entrenase un estudiante de medicina en este amplio campo de problemas? La tendencia actual, que me parece que está especialmente vigente en la educación médica, a hacer un listado de capacidades que debería tener el profesional que adquiere una determinada titulación favorece enormemente la entronización de vaguedades que, en ocasiones, resultan o inquietantes o cómicas. Es verdad que también resultan vagas las enunciaciones que se refieren a los campos clínicos o propiamente científicos, pero la diferencia entre estos y las humanidades consiste precisamente en que en aquellos existe un consenso relativamente amplio sobre lo que significan, mientras que el tipo de formación que sería necesario para enriquecer la capacidad de los médicos en el campo de la antropología, de la sociología, de la ética y de la política requerirían un tipo de preparación histórico y filosófica que se da de bruces con el *positivismo* reinante en la educación médica.

Habría que hacer un esfuerzo por precisar los ejercicios intelectuales que un médico debería superar en el campo de las humanidades para obtener una titulación que no falle estrepitosamente por ese flanco.

¹ La referencia exacta es la siguiente: "La existencia de la libertad hace imposible esa "ciencia". O *hay ciencia del bien y del mal o hay libertad*. Como decían los escolásticos: *tertium non datur*".

1. Antecedentes sociológicos de un paradigma en crisis

La crisis de fondo que afecta a las funciones profesionales del médico comenzó hace ya unas cuantas décadas. Keneth M. Ludmerer (1999: 237) escribió que

“if medical educators operated under any single illusion after World War II, it was the illusion of autonomy”.

En su opinión, el continuo y rápido crecimiento de las facultades de medicina fue la causa de que persistiera esa percepción errónea que, finalmente, entró en crisis en la década de los setenta a consecuencia de las convulsiones sociales del momento: la lucha contra la guerra, la rebelión estudiantil, los conflictos raciales, la lucha por los derechos civiles y la erosión del autoritarismo son algunos de los nombres que pueden darse a esa clase de convulsiones que afectaron a los Estados Unidos y que también, aunque con una serie de peculiaridades, se hicieron presentes en Europa y en España.

El sistema sanitario en su conjunto se vio afectado por el descrédito del orden establecido y también por una serie de fenómenos sociales de aspecto más monótono pero de efectos no menos revolucionarios: la explosión demográfica centrada en las ciudades, la espiral de crecimiento de los costes y la crisis financiera de los sistemas de salud que trajo consigo la creciente autoridad de los gestores sanitarios, la cronificación de determinadas enfermedades, la tecnificación de la medicina, la medicalización de un gran número de problemas de conducta, la creciente presencia de pacientes de edad muy avanzada, y un buen número de fenómenos dependientes de estos.

Uno de estos fenómenos tuvo una importancia decisiva en el prestigio de la profesión médica. El avance rapidísimo de las tecnologías aplicables al diagnóstico y a la terapia trajo consigo la pérdida de prestigio de los grandes maestros de la clínica que, poco a poco fueron siendo eclipsados por el avance de la medicina tecnológica. Lógicamente este cambio tuvo una consecuencia decisiva en el atractivo de la medicina como carrera profesional. En palabras de Edward C. Atwater (1992: 38)

“As the technology of medicine increased in complexity, the status of the senior generalist consultant was further eroded. In the early part of the twentieth century the state of medical art was predominantly that of bedside physical diagnosis, which had evolved during the preceding century. The use of the x-ray was hardly common, and laboratory medicine was in its infancy. The great advances that characterized research prior to 1960 were accomplished largely in the clinical laboratory: assaying cellular, molecular, ionic, electrical, hormonal, and antibody elements and developing vaccines, replacement hormones and fluids, and antibiotics. The scope of these innovations, however, remained within the comprehension of any physician who chose to attain competence. This was soon to change. The trend toward specialism was further accelerated in the years of post-World War II prosperity and subsidies for research. The developments of many effective pharmacological agents, chemical manipulation of body fluids, improved anaesthesia, assisted ventilation, extracorporeal cardiovascular support, blood (“renal”) dialysis, reconstructive and transplantation surgery, microsurgery, and the application of the computer to radiology greatly increased diagnostic and therapeutic versatility, as well as the costs of health care. As medicine became dependent on complex technology, what had to be learned during training changed. Unlike the classical physical examination, the ward laboratory, and even the early radiographic machines, the new technology could not be employed by each individual physician. Physicians gradually lost self-sufficiency, and some of the feeling of personal, individual responsibility for patients. This altered the type of person who found medicine an appealing profession”.

Estos fenómenos en su conjunto trajeron consigo dos consecuencias que, en cierto modo, han resultado desacreditantes para el prestigio de la profesión médica: en primer lugar, la conciencia de que el incremento en el nivel de salud de la sociedad no guardaba una relación indiscutible con el incremento de los gastos sanitarios de manera que el aumento de estos estaba inexorablemente condenado por la ley del rendimiento decreciente. En segundo lugar, el cuestionamiento de la autoridad profesional del médico (Ludmerer 1999:279) que desembocó en movimientos tales como las declaraciones de derechos del enfermo o los manifiestos que defendían el derecho a morir.

Este tipo de actitudes por parte de grupos significativos de pacientes colocó inevitablemente a la defensiva a los médicos. Parece haber un cierto acuerdo en que fue precisamente en los años 70 cuando se planteó la necesidad de que una nueva disciplina, la bioética, pudiese garantizar la honorabilidad e incuestionabilidad de los principios en que se inspira el desempeño de la medicina como ejercicio profesional que puede ser sometido, como efectivamente lo ha sido de manera muy intensa en otras partes, aunque no entre nosotros (¿habría que decir, más bien, todavía no?), a un notable incremento de los litigios.

Los médicos debieron abandonar con cierta celeridad una postura de suficiencia frente al resto de la sociedad y, en especial, frente las políticas de sanidad, una actitud que el economista Victor Fuchs resumió así (Ludmerer 1999:278) ante la reunión anual de 1978 de la Asociación de Colegios médicos americana:

“First, 'give us money,'. Second, 'leave us alone’”.

La bioética se convirtió en algo, por tanto, importante y práctico. Los problemas médicos comenzaron a llegar con frecuencia a dos importantes centros de poder: los medios de comunicación y la justicia, de manera que era necesario proceder a edificar un muro de contención que preservase tanto la seguridad del ejercicio profesional como la tranquilidad de conciencia de los médicos. Al tiempo, la legislación comenzó a entrar de manera mucho más intensa en los hospitales y en la conducta práctica del médico que ya no podía confiarse exclusivamente a su ciencia y a su buena conciencia sino que había de estar pendiente de la licitud y la economía de sus acciones y decisiones. Basta con mencionar los problemas de la reproducción asistida, el aborto, los trasplantes, los primeros pasos del análisis y la terapia genética o la anestesia sedativa para comprender la necesidad de tener una forma de respuesta corporativa frente a los problemas que planteaban a los médicos esas nuevas situaciones.

La bioética tendió pronto a constituirse de una manera muy formal, en base a principios. No faltan razones que expliquen esa tendencia. Los filósofos modernos, en especial desde Kant, habían subrayado la importancia formal de la ética y, además, en el ámbito anglosajón predominaba una tendencia filosófica, la filosofía analítica, que se caracterizaba, precisamente, por su el análisis lógico, por su tendencia a deshumanizar las cuestiones reduciéndolas a su esqueleto puramente abstracto.

En este clima intelectual se dio el paso decisivo, al menos en opinión de Renee C. Fox (1999) al abandonar los centros de educación médica la inspiración en las ciencias sociales y, en especial, en la psiquiatría, pasando a confiar en las posibilidades de la nueva disciplina. Para Fox hay que tener en cuenta dos hechos decisivos: en primer lugar, que en lo que respecta a los componentes de carácter no biomédico (una expresión que como veremos apareció también por primera vez en esos años) se vivía de una tradición de cambios casi continuos sin que hubiese lugar a ninguna reforma seria del paradigma establecido por Flexner y, en segundo lugar, que pese a todas las retóricas al uso, siempre favorables al papel de las humanidades en la formación del médico, se consagraba un *currículum oculto* en el que, en realidad, no jugaban ningún papel relevante. El recurso a la psiquiatría para entender los aspectos más

problemáticos de la profesión se justificaba en el hecho de que los psiquiatras también eran médicos, de modo que las dudas se resolvían en el ámbito de la profesión.

Esta actitud explica muy bien las razones por las cuales la nueva disciplina adquirió el extraño nombre de bio-ética, una nueva disciplina cuyo nombre daba a entender su novedad y cuyo acceso era simbólicamente negado, de alguna manera, a los que no fuesen médicos.

Al propio tiempo se estaba incrementando la importancia de la medicina para el conjunto de ciencias de la vida de manera que, como escribe Toulmin (231):

“Si inmediatamente después de 1945 los problemas de medicina se veían como algo periférico o incidental para la biología, a partir de los años sesenta quedó muy claro que la enfermedad y la salud eran los mejores ámbitos en que estudiar la naturaleza del funcionamiento biológico, por lo que la expresión de ciencias “biomédicas” (adjetivo compuesto raras veces oído antes de 1960) fue ampliamente adoptada en los círculos académicos”.

La medicina se integraba mejor que nunca en el conjunto de las ciencias duras, pero su estabilidad profesional se veía seriamente amenazada por otros flancos.

La bioética venía, pues, a cerrar un círculo de manera que la turbamulta de cuestiones que empezaban a asaltar a los médicos y a minar su prestigio fuesen de nuevo reducidas por el vigor y el rigor de una nueva disciplina académica capaz de proporcionar el fundamento decisivo a la deteriorada autonomía profesional y teórica de los médicos. En resumidas cuentas, la bioética no vino a cuestionar los modelos teóricos ni los hábitos profesionales de la medicina sino a dotarla de una apología específica, de una defensa frente a las posibles incomprensiones o agresiones del entorno social. Ello favorecía una disciplina menos atenta a los casos concretos y a los juicios prudenciales que a las consideraciones abstractas y a la enunciación de principios que permitían consolidar una moral profesional, un código ético característico de los médicos cuyo respeto habilitaba al estudiante para sentirse miembro de un equipo que comparte y difumina las responsabilidades en el ámbito anónimo de las grandes instalaciones sanitarias.

La bioética se convirtió en un saber legitimador de una serie de conceptos como el de autonomía o de reglas como la de la veracidad, la privacidad o la buena fe. De este modo los problemas de carácter social y cultural pudieron volver a ser contemplados como epifenómenos que deberían ser *reducidos* a una perspectiva universalista en la cual perderían todo valor intrínseco. A su manera, la bioética se desprendía de *elementos irracionales* y religiosos y, de algún modo, se *secularizaba*, pese a que, como comenta ácidamente Fox, muchos de sus iniciadores procedieran de la teología.

Puede decirse, por tanto, que la bioética acudió al rescate de los médicos cuando estos estaban experimentando la decadencia del sentido profesional de compromiso personal y comenzando a abstenerse de la responsabilidad que era característica de toda la tradición hipocrática. Tanto el uso masivo de procedimientos anónimos, y cada vez más tecnológicos, como el protagonismo creciente del *tercer pagador* colocaban al médico en fuera de juego, con el inconveniente adicional de que, pese a esa ausencia de motivación y esa inmersión en el anonimato, el médico quedaba relativamente inerte ante las posibles demandas del paciente que, ignorante de cuanto ocurría en el Hospital y en su entorno, tendía a pensar que cualquier responsabilidad era cosa de su médico, a quien seguía considerando como el único protagonista del proceso de curación, como si nada hubiese ocurrido en la medicina en los últimos cincuenta años.

El médico se siente solo y perdido y el paciente se impacienta y corre el peligro de acudir a las fuerzas del orden para que impongan al médico una situación todavía menos razonable que la que padece. No está claro que el arreglo de los problemas que afectan a la medicina como profesión pueda venir desde fuera: solo podrán llegar en la

medida en que los médicos sean capaces de reflexionar muy a fondo y con libertad sobre la peculiar situación en que se encuentran y sobre lo difíciles que se han vuelto las viejas relaciones con sus enfermos. Unos y otros están perdidos y ambos tiene que esforzarse en un reencuentro personal que ahora parece muy lejano y difícil.

Esta situación, que puede parecer muy específica del entorno sanitario, tiene, en realidad, unas raíces muy profundas en la sociedad contemporánea. Aduciré un lúcido testimonio de Charles Taylor (1991:45) al respecto:

“Acaso algo parecido a esta alienación de la esfera pública y la consiguiente pérdida de control político está teniendo lugar en nuestro mundo político, altamente centralizado y burocrático. Muchos pensadores contemporáneos han considerado profética la obra de Tocqueville. Si es éste el caso, lo que estamos en peligro de perder es el control de nuestro destino, algo que podríamos ejercer en común como ciudadanos. Es a esto a lo que Tocqueville llamó “libertad política”. La que se ve aquí amenazada es nuestra dignidad como ciudadanos. Los mecanismos impersonales antes mencionados pueden reducir nuestro grado de libertad como sociedad, pero la pérdida de libertad política vendría a significar que hasta las opciones que se nos dejan ya no serían objeto de nuestra elección como ciudadanos, sino de la de un poder tutelar irresponsable”.

Si lo que se ha dicho aquí es, al menos, aproximadamente cierto, es evidente que la bioética resulta insuficiente como centro de la formación humanística o no biomédica de los estudiantes de medicina, especialmente porque los rasgos que hicieron lógica su aparición no han hecho sino acentuarse sin que la bioética haya sido capaz de proporcionar respuestas sólidas y universales² frente a las cuestiones que muestran los límites teóricos y profesionales de la capacidad de la medicina.

La enseñanza de la medicina ha visto cómo el ascenso de importancia de la bioética traía consigo la disminución y la casi desaparición de un conjunto de enseñanzas de tipo humanístico que, aunque tampoco eran suficientes, han sido casi por completo descartadas en la práctica, aunque persistan en las correspondientes retóricas.

No hay que reservar sino elogios, como es obvio, para el trabajo de los autores, se tengan por bioéticos o por otra cosa, que han contribuido a iluminar los problemas de tipo humano, cultural y ético-político de la medicina contemporánea, pero a la bioética como disciplina cabe aplicarle la humorada de H. L. Mencken: “Para todo problema humano hay una solución simple y clara, pero equivocada”.

Llámesse bioética o llámesse como se llame, parece evidente que hay que defender la necesidad de que en la formación de los médicos existan elementos que les permitan abordar con fundamento una buena mayoría de los problemas de todo tipo que les va a plantear el ejercicio de su profesión pero sin que eso signifique únicamente una especie de manual para practicar la medicina defensiva cuya teoría general parecen inspirar los principios de la bioética. El estudiante de medicina no es simplemente una persona deseosa de saber, es, o debería ser, en cualquier caso, una persona deseosa de ayudar. No debe preocuparse, únicamente, de no cometer errores sino que debe formarse para ser capaz de hacer el bien de la manera más generosa posible.

No se trata pues de formar a los médicos frente a un listado de riesgos que presumiblemente pueden correr, sino de proporcionarles el bagaje teórico indispensable para que aprendan a tratar con la incertidumbre, a tomar decisiones en ese contexto que es el único real, a sacar el mayor provecho de ella sin tener miedo al

² Una crítica reciente, pero característica, del papel jugado por la bioética es la de Wolpert (2002) quien, a propósito de la pertinencia de ciertos frenos al progreso científico, afirma que los bioeticistas tienen un interés personal en hallar dificultades, además de que resulta difícil establecer cuál ha sido positivamente su contribución.

error inevitable, lo que me recuerda una importante afirmación de Sir Isaiah Berlin (2002:93):

“Los hombres no viven sólo para luchar contra el mal. Viven de objetivos positivos, individuales y colectivos, una gran variedad de ellos, raramente predecibles y, a veces, incompatibles”.

No se trata, evidentemente, de olvidar los principios sino de aprender a no refugiarse en ellos para poder enriquecer el saber con la experiencia, para ganar en conocimiento. Es evidente que habrá normas que respetar, entre otras nada menos que todo lo que establezca la legislación. Pero el médico no puede ser un mero funcionario que certifique la validez de ciertos procedimientos. Su misión tiene algo de excepcional, de aventurero, puesto que, más allá de cualquier clase de abstracciones, se ha de enfrentar cada día personas que son únicas y cuya trayectoria vital no puede ser reducida ni a casuísticas ni a reglas anónimas. La mera aplicación de esa clase de marbetes siempre hará que surja la duda de si se ha hecho todo lo que se podía hacer por ayudar a esa persona singular que nos ha tenido delante en un momento irrepetible de su vida.

La medicina no debería refugiarse ni en las generalidades ni en los arcanos del saber: el médico es alguien preparado para prestar ayuda, no otra cosa. James O. Fredmann (1999) nos ofrece una cita provocativa de Charles E. Odegaard, antiguo presidente de la Universidad de Washington, que afirma:

“Medicine is not a science. It is not the function of the physician, qua physician, to know; it is his function to acquire a background of knowledge relevant to the problems of patients and then to act in diagnosis, prognosis, and therapy for his particular patient. The physician can gain knowledge from social or behavioral scientists and from humanists relevant to patient care, which may then be used for the potential benefit for the patient.”

2. Filosofía de la medicina: una redefinición de la medicina como vocación

Los filósofos somos generalmente fieles a una única tradición que es aquella que nos dice, contra Wittgenstein, que de lo que no se puede hablar no es bueno callarse. Nuestra única justificación consiste en pelear con aquello que no sabemos aunque ni siquiera sepamos si podemos llegar a saberlo. Nuestro espacio está en el límite, lo que nos obliga en muchas ocasiones al equilibrismo y nos propina un buen número de quijotescos costalazos. A diferencia de la ciencia que habla de lo que se sabe, la filosofía se debe adentrar en lo que no se sabe bien. Esta obligación no es, sin embargo, privativa de los filósofos: ninguna ciencia daría el menor paso si se limitase a mantenerse en el seguro terreno de las ideas bien establecidas. Por eso todos los saberes en trance de crecer, en crisis, tienen algo de filosofía aplicada, pueden compartir parte de su andadura con los filósofos. La filosofía, como el buho de Minerva, decía Hegel, levanta su vuelo con el crepúsculo, al cobrar cada uno de los saberes conciencia de su agotamiento, de sus limitaciones, de su crisis.

La medicina está, sin duda alguna, en uno de esos momentos, y necesita hacer su propia filosofía de manera que esta reflexión sobre si misma se convierta en una nueva fortaleza, en un nuevo paso de sabiduría. Bastará para aseverarlo que cite extensamente las palabras con las que comienza Daniel Callahan (2004), uno de los más influyentes autores en el campo de la bioética, un opúsculo muy conocido titulado precisamente *Los fines de la medicina*:

“¿La medicina es un arte o una ciencia? ¿Se trata de una empresa humanística con un componente científico, o bien una empresa científica con un

componente humanístico? Aquí no ofrecemos respuestas definitivas a estos antiguos interrogantes; únicamente afirmamos la necesidad de que cualquier postura firme acerca de los fines de la medicina debe incorporar la capacidad del hombre de tomar decisiones pese a la incertidumbre, un núcleo de valores humanistas y morales y los hallazgos de una ciencia rigurosa. Una medicina que procura ser al mismo tiempo honorable, moderada, asequible, sostenible y equitativa debe reflexionar constantemente sobre sus fines. No deberíamos permitir que los medios burocráticos, organizativos, políticos y económicos empleados en lograrlos eclipsen las cuestiones, siempre presentes y a menudo difíciles, de los fines y las metas. La medicina del futuro no será, ni debería ser, la misma medicina del pasado y del presente en sus estructuras institucionales y marcos políticos. Únicamente del esfuerzo común de médicos y pacientes, de medicina y sociedad, depende que ese futuro se modele correcta y satisfactoriamente, y el lugar de donde debe partir dicho esfuerzo son los fines de la medicina”.

La discusión sobre los fines de la medicina es, como dice Callahan, de interés muy general y el enfoque que se da a esta cuestión ha de afectar decisivamente a las formas de educar a los estudiantes de medicina. Para abordarla se hace necesario introducir una nueva consideración en el cuadro que se ha esbozado más arriba; se trata de un factor que ya se insinúa en él pero que ha adquirido una importancia decisiva en la segunda mitad del pasado siglo. Es lo que Mark Siegler (1999) ha denominado la *tercera edad de la medicina* o era de la burocracia que es la que vive la medicina de hoy mismo. Tal como ha mostrado José Luis Puerta (preprint), a quien debo la cita de Siegler, esta situación deriva en último término de la intensa penetración de la economía en la medicina y trae consigo, a modo de antítesis, la aparición de formas de practicar la medicina que tienen más que ver con los mercados de consumo que con la función tradicional de los médicos. En este contexto el médico se transforma en una especie de consultor mercantil que asesora a sus clientes sobre la forma más rentable y eficiente de mejorar su estado físico y de obtener un rendimiento mayor, más duradero y placentero de su cuerpo. El éxito de los sistemas de protección social, en Europa, y de las sociedades de gestión colectiva en los Estados Unidos ha sido, por paradójico que resulte, una de las causas de la aparición de estas formas de medicina de consumo. En los mercados bien abastecidos, el dinero busca la exclusividad, el lujo, la ropa a medida de modo que, como ha escrito Porter (1998, 630):

“In western market societies driven by consumption and fashion, medicine was one commodity for which rising demand could not summarily be dismissed by critics of “I want it now” materialistic individualism”.

En este escenario tan peculiarmente renovado, ¿Qué pueden hacer la filosofía, la historia, la política y las humanidades por la formación de los médicos? En las líneas que siguen se trata de responder a esta pregunta en el contexto de las ideas que están circulando en estos momentos sobre las reformas de los planes de estudio en las facultades españolas.

Para educar frente al cambio y para saber enfrentarse a la incertidumbre es necesario reflexionar sobre los límites de nuestros saberes. Se puede establecer un paralelo entre el papel que ocupa la idea de enfermedad en lo que hemos llamado la *teoría médica* y el papel de la idea de conflicto en la teoría ética. La ética, siguiendo su inspiración griega, a mi modo de ver con la notable excepción aristotélica, ha solido presentarse como una disciplina capaz de establecer nociones suficientes sobre el bien, el deber o la felicidad. En esto la ética ha pretendido seguir el modelo moderno de ciencia, un modelo que, por mil razones, está ya fuera de circulación. La teoría médica, por su parte, se legitimaría, precisamente, por poseer las verdades suficientes como para combatir la enfermedad y lograr el ideal de la salud.

En el caso de la teoría ética, y de su correlato en la filosofía política, hemos tardado tiempo en comprender que tal vez no tengamos esa clase de verdades, que es posible que no sepamos cómo armonizar ideales incompatibles o formas de vida que se excluyen. Yo creo que esa conciencia o ha sido del todo plena hasta muy entrado el pasado siglo, cuando el fracaso de las revoluciones y los totalitarismos se hizo absolutamente evidente, tal y como supieron prever, de manera brillante pensadores como Popper y Berlin. En el campo de la formación médica todavía no ha llegado a su maduración un proceso paralelo, de modo que se hace necesario introducir el estudio de aquellas disciplinas que amortigüen y permitan interpretar de la forma más positiva posible esa carencia de principio.

Los médicos deben ser educados en la convicción de que hay numerosos problemas, con los que habrán de enfrentarse, para los que la ciencia médica no tiene respuestas especialmente válidas, en ocasiones, aunque no siempre, porque esas respuestas no existen en ninguna parte. Esa conciencia no es precisamente lo que predomina en las enumeraciones usuales respecto a los fines y las maneras de la formación médica que parecen conformarse con respetar la objetividad de los saberes científicos y las habilidades clínicas y encomendarse a una serie de virtudes de tipo personal y de habilidades de comunicación un tanto abstractas para todo lo demás.

Si se echa un vistazo a las tendencias actuales se puede comprobar que, partiendo del modelo establecido por el *Institute for International Medical Education*³ se han descrito siete dominios fundamentales que, en la versión del libro blanco de la Aneca, son los siguientes: valores ético profesionales, conocimientos científicos, habilidades clínicas, habilidades de comunicación, salud pública, gestión de la información y capacidad de investigación y pensamiento crítico. Hay que reconocer que esta enumeración muestra, a su manera, una preocupación general por evitar que la formación médica se reduzca al mero ámbito científico-clínico. Ahora bien: ¿cuáles son los instrumentos para conseguir tales fines y cómo se articulan en un programa educativo suficiente y coherente? No es fácil contestar a estas preguntas, pero sería de desear que el componente humanístico de esta formación no quedase de nuevo, en el futuro, reducido a su mera retórica.

Trataré de enumerar algunos de los puntos esenciales que deberían contemplarse si se pretendiera introducir en la formación de los médicos un sesgo humanístico fundamental capaz de enriquecer su comprensión del momento que nos toca vivir, de las limitaciones intrínsecas de cada uno de los saberes y de las formas de interpretación y de cuidado más adecuadas a la condición humana, por emplear una expresión lo más neutra posible.

No se trata de llevar a cabo una enumeración exhaustiva del conjunto de conceptos filosóficos, morales, políticos, culturales, históricos y sociológicos que ha de poder manejar una persona capaz de asumir las muy variadas responsabilidades que ejerce un médico a lo largo de su carrera profesional. Trataré, por el contrario, de realizar un análisis breve de algunas de las consideraciones esenciales que deberían ser tenidas en cuenta a la hora de precisar el correspondiente programa formativo. Puesto que ha sido tradicional que en las facultades de medicina españolas se siguiese un curso de historia de la medicina, empezaré por este punto.

Como ha escrito Enrique Baca (2007:194):

“La medicina desde el instante mismo de su nacimiento, ha sido y es una ciencia histórica”

No es nada frecuente reconocer esta dimensión de la medicina que, además, es mucho más compleja que lo que a primera vista pudiera parecer, aunque solo sea por la polisemia del término *historia*. Meditar sobre la historia supone reconocer que

³ Publicado en español por Educación médica, 6: 13-14 (2003).

estamos pensando en el futuro. La historia es siempre una narración y cualquier narración es una acción y tiene un motivo que se basa en una previsión, en un designio. No podemos entrar aquí en el problema de la objetividad histórica, pero si hay que estar advertidos de que sería un error reducir la dimensión histórica de la medicina a la simple constatación de que los cambios del pasado han sido los que han sido y no precisamente otros. Por útil que nos pueda resultar esa clase de historia, el desconocimiento de su verdadera naturaleza narrativa puede ser gravemente desorientador, de manera que añadamos duelos a los quebrantos, que perfeccionemos el positivismo práctico de la enseñanza científica y clínica con una narración positivista de la historia de la medicina.

Las dificultades de una disciplina como la historia nacen de lo difícil que resulta superar la evanescencia de su objeto más propio, del pasado, esto es de lo que ya no es. El empeño en reconstruir el pasado es muestra de una *voluntad de poder*, por decirlo a la manera de Nietzsche, de manera que entre esa voluntad de someter el pasado a nuestra lectura y su condición de realidad ausente, el historiador tiene que forjar un tipo de objetividad muy específico y de textura muy delicada. Toda historia, además de ser ontológicamente problemática, está estrictamente sometida a la historicidad, puesto que cualquier relato es intrínsecamente un testimonio del momento en que se escribe, una cualidad muy específica de esta forma de conocimiento.

Por lo demás, el pasado, pese a la imagen habitual de impasibilidad con que se le cubre, es algo que, como cualquier forma de tiempo, está sometido a permanente mutación y no solo porque varíen las perspectivas que sobre él se tiene, sino porque su misma realidad es distinta a cada segundo que pasa: el pasado mismo no está quieto, sino que crece y cambia.

Deberían bastar estas mínimas advertencias para subrayar que, al afirmar que la medicina es una ciencia histórica y que la meditación sobre la historia debe formar parte esencial de la formación del médico, no estamos apostando por que el médico hay de ser un erudito respecto al pasado de su profesión y de su ciencia. Ese es un trabajo que queda para especialistas. Lo que el médico necesita es saber poner en relación la condición histórica de su propia ciencia con la historicidad general que afecta a la condición humana.

Pasar es un hecho natural, algo de lo que se ocupa el tiempo. Ahora bien, cuando al pasar se la añade la conciencia del paso, la situación es muy otra: ya no estamos ante algo puramente natural, aunque también lo sea, sino ante la aparición de una forma nueva de realidad, de vida, que se nutre, entre otras cosas, del paso del tiempo. Por decirlo a la manera bergsoniana, hemos pasado del tiempo mecánico y práctico que miden los relojes a la percepción de la duración, de la naturaleza a la memoria y a la conciencia, al espíritu. Es muy importante que el médico aprenda a entender que cuando se encuentra ante un enfermo está, por así decirlo, ante una máquina del tiempo; pero ¿qué es lo que significa, por encima de todo, que seamos máquinas temporales? Significa que somos protagonistas de una narración llena de sentido, si estamos bien, pero que puede llegar a ser enteramente absurda en otros casos.

El médico protagoniza sucesos decisivos de la vida humana, es alguien a quien recurrimos cuando la enfermedad nos priva de cualquier aspecto de nuestra libertad. El trabajo del médico tendría que comenzar siempre por dialogar con el enfermo, por acercarse a él en lugar de distanciarse colocando entre el paciente y él mismo un rimero cada vez más impenetrable de dictámenes y resultados.

Puede ser que alguna vez deje de haber médicos, pero en la medida en que continúen existiendo deberían estar al servicio de las personas que se confían a ellos en momentos cruciales de su existencia temporal. La medicina es una ciencia histórica no meramente por tener un pasado sino porque siempre (salvo quizá en los primeros años de la vida infantil) se las ve con archivos vivos del pasado, con seres que están hechos de tiempo y de narrativa histórica. Debería ser evidente que esta dimensión humana es tan importante

para la medicina como lo es la dimensión científico natural que no deja de ser, visto de esta manera, sino una estación determinada de nuestra historia cultural.

Aprender a vérselas con historias y con la historia es un caso especial de una situación más general. El médico tiene que aprender a gestionar la incertidumbre, muchos niveles de ambivalencia, de riesgo y de carencias esenciales de información. ¿Cómo se puede aprender a gestionar la incertidumbre? La única receta que se me ocurre es la de dejar de ver la incertidumbre como una excepción, aprendiendo a ver que esa es la situación normal, sino en la totalidad, sí en la mayoría de los casos. No cabe duda que eso exige una formación hermenéutica que permita tener una visión de los saberes más ajustada a su efectiva realidad que la que proporciona una imagen cientifista del mundo, una forma de ver que si en algún sitio debiera estar fuera de lugar es en una facultad de medicina.

En el plano de la incertidumbre teórica, los médicos deberían tener alguna clase de trato con los autores que nos han enseñado a ver la estructura interna de la ciencia, sus debilidades y sus fortalezas. Los médicos no deberían ser formados ni en una concepción platónica de la ciencia ni en una concepción positivista del progreso científico. Necesitan una formación filosófica para poder manejar con cierta soltura los conceptos que les eviten ser víctimas de cualquier visión deformada, y poco desinteresada de la ciencia. De una manera muy general y metafórica se podría dar por válida la afirmación de Gadamer (2001, 113):

“se cree saber lo que es el cuerpo, pero nadie sabe lo que es el alma”.

La incertidumbre epistemológica que afecta a los saberes más relevantes para consolidar la medicina como ciencia se manifiesta, como dice Renee C. Fox (1998) en que, al tiempo que las revistas científicas dan cuenta de una ingente multitud de avances tecnológicos y clínicos en casi todos los terrenos (lo que tenía en la cabeza Roy Porter (1998: 718) cuando habló de nuestro tiempo como “medicine’s finest hour”), están también repletos preguntas acerca de hasta qué punto esos nuevos conocimientos resultan claramente de aplicación a las diversas situaciones clínicas.

Hay que poner en tela de juicio a un gran número de supuestos *hechos* para estar en condiciones de sostener las interpretaciones más ajustadas de la realidad humana porque como ha escrito Lewontin (2001:27):

“Los “hechos objetivos” de la ciencia demuestran ser, una y otra vez, creaciones cocinadas, amañadas y falseadas de ideólogos decididos a avalar sus prejuicios con cifras”.

Los médicos deben aprender a convivir con la ambivalencia y a soportar las limitaciones de los instrumentos conceptuales y tecnológicos que manejan sin olvidar nunca, además, que están frente a un sujeto, frente a alguien capaz de pensar y de sentir al que hay que respetar no solo en su autonomía moral sino en su manera peculiar de interpretarse, de entender la vida y lo que en ella merece la pena y a qué precio.

Esta actitud crítica frente a formas insolentes de positivismo y abierta a la comprensión de lo elusiva que es en ocasiones la realidad humana es especialmente importante a la vista del proceso de medicalización creciente en el que hay muchos intereses en juego y frente al que hay que atreverse a defender la libertad de aquellos que dicen y hacen cosas que no nos gustan sin querer imponer códigos de conducta supuestamente inspirados en la ciencia; por decirlo de nuevo con palabras de Lewontin (2001:176):

“La verdad sobre el alcoholismo, la violencia y el divorcio es que no conocemos la verdad. No hay declaraciones positivas acerca de sus causas que se puedan hacer con sinceridad y convencimiento. Pero decir que nuestras vidas son las consecuencias de una interacción compleja y variable entre causas internas y externas no ayuda a concentrar la mente tanto como una afirmación simplista,

y tampoco promete un alivio para las miserias individuales y sociales. Aceptar el mensaje de la ignorancia científica, y todo lo que esto implica, requiere sin duda coraje moral”.

El ideal de promoción de la salud no puede ser interpretado de una manera lineal, como si las personas fuesen ejemplares de un modelo indefinidamente repetido. Ello resulta muy poco cómodo y desagradablemente disfuncional porque el sistema sanitario ha de gestionar auténticas multitudes, pero el médico es siempre la persona que sabe y es capaz de facilitar la cura que se enfrenta a solas con la persona que sufre. Una formación médica adecuada tiene que proporcionar los medios necesarios para saberse mover al tiempo en la diversidad de planos en la que se ha de mover el médico que no puede renunciar ni a su condición científica ni a su dimensión humana.

La incertidumbre con la que han de convivir los médicos no es solo de tipo teórico aunque esta sea fundamental; hay también una incertidumbre moral y una incertidumbre práctica. En el seno de una educación liberal, como clásicamente se llamaba, hay que procurar que convivan de manera armónica las fuentes de luz que provienen de los saberes más sólidos con las que iluminan las zonas de más difícil comprensión de la vida humana. Tal vez la fórmula para hacerlo sea que las corporaciones docentes responsables de la formación médica no traten de controlar de manera única el conjunto de esos recursos. Tal vez más que la inclusión de una o más asignaturas haya que pensar en el hecho de que los estudiantes tengan que acudir a otros centros a entrenarse en disciplinas sobre las que la corporación médica apenas tiene nada serio que decir. No creo que el modelo sea el de la bioética, creando unas disciplinas edulcoradas *ad usum Delphini*, una especie de bio-filosofía, de bio-política o de bio-historia.

Todos los programas propuestos en los nuevos diseños de formación médica insisten en la necesidad de fomentar la capacidad de los médicos para permanecer abiertos a nuevas informaciones y a nuevas formas de saber y su capacidad para gestionar la información que les llega de forma crítica. Creo que una formación amplia, seria y rigurosa en alguna de las disciplinas humanísticas mencionadas será la mejor garantía para conseguir ese estado de espíritu.

Hay un prerrequisito indispensable para conseguir esa actitud ante el conocimiento que es la consideración de la medicina como una formación no meramente técnica ni meramente profesional sino como una carrera vocacional que exige un tipo específico de compromiso moral que no tiene un papel tan determinante en muchas otras carreras. Este tipo de formación exige un especial cuidado porque difícilmente será creíble la recomendación de profundizar en el trato humano con el paciente si los propios estudiantes de medicina se sienten perdidos en un medio en el que predominan otros intereses, por ejemplo clínicos, frente al fin de su formación o si, ya en la práctica, las cosas se hacen de tal manera que sea imposible atender la consulta de un enfermo más allá de unos pocos minutos. René C. Fox insiste en que, por ejemplo, apartar a los estudiantes de medicina de la cama del enfermo para centrar su atención en la sala de conferencias o de seminarios es proceder en un sentido contrario al que justifica la inclusión de un componente humanístico serio en la formación del médico.

Por mucha retórica humanística que hagamos, el sistema sanitario toma decisiones que responden mejor que cualquier discurso a las preguntas esenciales sobre quién creemos ser. Rorty (1998, 93) afirmó que la pregunta sobre *quiénes somos nosotros* no se contesta, de hecho, sino tomando decisiones y entre estas son especialmente relevantes las que toman los médicos cuando se ocupan de nuestra salud. La contención de costes o las formas de triage que los médicos deben aplicar en muchas ocasiones son mucho más elocuentes que los tratados de retórica humanística. Solo en la medida en que los médicos sean capaces de comprender a fondo que no existe un paciente ideal ni un enfermo teórico, en la medida en que comprendan perfectamente

que su trabajo exige algo más que eficiencia, porque es imposible hacerlo bien sin poner el corazón, estarán en condiciones de amortiguar y de tamizar los efectos indeseables de políticas que nada tienen que ver con el cuidado de los débiles y de los enfermos pero que, aparentemente, se han convertido en inevitables.

El médico debe curar al enfermo de sus males pero también ayudarlo a situarse inteligentemente en la realidad, librándole de ensoñaciones tecnológicas que le hagan creer, por ejemplo, que todo es posible, haciéndole reconocer que ni todo depende del dinero ni hay dinero para todo o recordándole que, además de cuidar de sí mismo tiene ciertas obligaciones con los demás que puede estar incumpliendo si abusa de sus derechos. No es tarea fácil la del médico en el mundo de hoy, un mundo en el que los perfiles de casi todo se han vuelto mucho más borrosos de lo que puede parecer razonable, pero pedirle que se enfrente con esa infinita variedad de problemas de todo género sin haberle proporcionado más que una lista necesariamente incompleta de respuestas, sin haberle ejercitado en pensar la complejidad y en manejar de manera inteligente y prudente la incertidumbre es seguramente una misión imposible.

Referencias

Atwater, Edward C. (1992): "Clinical Education Since Flexner or Whatever Became of William Osler?", en *Beyond Flexner: Medical Education in the Twentieth Century*, Barbara Barzansky y Norman Gevitz Eds., Greenwood Press, New York, pp. 35-50.

Baca, Enrique (2007): *Teoría del síntoma mental*, Triacastela, Madrid.

Berlin, Isaiah (2002): *Liberty: Incorporating Four Essays on Liberty*, Ed. Henry Hardy; Oxford University Press, Oxford.

Callahan, Daniel (2004): *Los fines de la medicina*, Fundació Víctor Grífols i Lucas, Barcelona.

Fox, Renee C. (1999): "Is Medical Education Asking Too Much of Bioethics?", *Daedalus*, Vol. 128.

Freedman, James O. (1999): "Medical Education and the American Future", *Annals of the New York Academy of Sciences* 882 (1), 3-7 DOI:10.1111/j.1749-6632.1999

Foucault, M (1966): *El nacimiento de la clínica*, Siglo XXI, México.

Gadamer, Hans-George. (2001): *El estado oculto de la salud*, Gedisa, Barcelona.

González Quirós, J. L. (2006): "Valores, modos y modas en el ejercicio de la medicina", en *Educación médica Internacional*, Vol. 9, Suplemento 1, diciembre de 2006, pp. 15-20.

González Quirós, J. L. (2007): "La sociedad ante el médico", en *Educación médica internacional*, Volumen 10, suplemento 2, diciembre de 2007, pp. 7-13.

Illich, Ivan, (1975): *Medical Nemesis: The expropriation of health*, Marian Boyars, London.

Lewonthin, Richard (2001): *El sueño del Genoma Humano y otras ilusiones*, Piados, Barcelona.

Leyte, Manuel G. (2008): "El nuevo médico. La inaplazable reforma de los profesionales de la salud" infome SESPAS. *Gac. Sanit.* 22 Supl 1, pp. 37-42.

- Ludmerer, Kenneth M. (1999): *Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care*, Oxford University Press, New York.
- Mckeown, Thomas (1979): *The role of medicine: Dream, Mirage, or Nemesis*, N.J. Princeton University Press.
- Mckeown, Thomas (1988): *The origins of human disease*, Basil Blackwell & Co., New York.
- Parfit, Derek (1984): *Reasons and Persons*, Clarendon, Oxford.
- Popper, Karl (1959): *The Logic of Scientific Discovery*, Harper and Row, Nueva York.
- Porter, Roy (1998): *The Greatest Benefit To Mankind*, Norton & Company, New York.
- Puerta, José Luis (preprint): "El cambio de paradigma médico: la medicina como bien de consumo, la medicalización de la sociedad y el imperativo tecnológico".
- Raiffa, H. (1988): *Decision Making: Descriptive, Normative, and Prescriptive interactions*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Rorty, Richard, (1998): "¿Quiénes somos?, Universalismo moral y selección económica", *Revista de Occidente*, 210, pp. 93-107, Madrid.
- Siegler M. (1997): "La relación médico-paciente en la era de la medicina gestionada", en *Limitación de las prestaciones sanitarias*, Fundación Ciencias de la Salud/Ediciones Doce Calles, Madrid.
- Simon, Herbert A. (1957): "Administrative Behaviour", 2ª ed, Macmillan, New York.
- Taylor, Charles (1991): *La ética de la autenticidad*, Paidós, Barcelona.
- Trías, Eugenio (2000): *Ética y condición humana*, Península, Barcelona.
- Toulmin, Stephen (2001): *Cosmópolis. El trasfondo de la Modernidad*, Península, Barcelona.
- Von Neumann, John y Morgenstern, Oskar (1944): *Theory of Games and Economic Behaviour*. Princeton University Press, New Jersey.
- Wolpert, Lewis (2002): "Is Science dangerous?", Nobel Symposium, Estocolmo (versión española en prensa).