

Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México

Desilusion de la tecnología médica

Disappointment of medical technology

¹Dr. Arturo G. Rillo, Ph. D. Javier Jaimes García², M. C. Lizeth Vega-Mondragón³

¹Médico Cirujano. Maestro en Ciencias Biomédicas. Doctor en Humanidades. Jefe Departamento Fisiología. Facultad de Medicina, Universidad Autónoma del Estado de México. Jesús Carranza esquina a Paseo Tollocán s/n, Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México. CP 50180. Teléfono: +55 (722) 2173552, ext. 123.

dr_rillo@hotmail.com

²Médico Cirujano. Especialista Anestesiología. Doctor en Educación. Jefe Departamento Posgrado. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma del Estado de México. Jesús Carranza esquina Paseo Tollocán s/n, Col. Moderna de la Cruz, Toluca, México. CP 50180, Teléfono: +55 (722) 2173552.

drjavierjaimes@hotmail.com

³Médico Cirujano. Residente Especialidad Geriátría. Centro Médico ABC, Campus Observatorio. México, Distrito Federal. Teléfono: +55 (55) 5230-8903.

lizvegamo@yahoo.com.mx

RESUMEN

El avance científico y su aplicación tecnológica promueve en el paciente el ideal de evitar la enfermedad y alargar la vida; sin embargo, el incumplimiento de estas aspiraciones lo conduce hacia la desilusión de la tecnología médica. Con el propósito de promover la reflexión del contenido humanista en el uso de la tecnología médica, el punto de partida del artículo expone el dominio tecnocientífico de la Medicina como sustrato de la tensión entre el saber científico del médico y el saber existencial del paciente en tanto horizontes de comprensión, que conducen a develar el olvido de la salud como el elemento estructural que posibilita al paciente ubicarse en la desilusión de la tecnología médica, que en conclusión, es una forma de comprenderse en el mundo al manifestar la carencia de un proyecto de vida humanamente pensado, históricamente situado y moralmente asumido.

Palabras clave: Tecnología médica, Ética médica, Humanismo médico, Ciencias Médicas, Salud, Enfermedad.

ABSTRACT

The avoidance of sickness and the extension of life, however, the non fulfillment of these aspirations make the patient disappointed towards medical technologies. With the purpose to promote reflexion over the humanistic content over this medical technology, the article point of departure exposes the technical and scientifically domain of medicine as a base for the tension between the scientific knowledge of doctors and the existential knowledge of patients, in order to establish horizons of comprehension which unmask the forgetfulness of health as the structural element that allow him/her to locate in the disappointment of medical technology, which is in conclusion, a way to understand the world manifesting the lack of a life project humanly thought, historically allocated and morally assumed

Key Words: Medical Technology, Medical Ethics, Medical Humanism, Medical Sciences, Health, Disease.

INTRODUCCIÓN

En el devenir de la ciencia médica, la figura del médico se configura como prototipo del hombre tecnológico, pues se abre un horizonte de potencialidades a través de la aplicación técnica de los avances de la ciencia, como es el caso de la Telemedicina y la Telecirugía que posibilitan mejorar el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mediante las alternativas que ofrecen la Cibernética, la Robótica y la Computación.^{1,2}

En este ámbito de ilusión tecnológica,³ el médico se aproxima al ideal de dominio de la enfermedad, mediante una práctica ausente de errores en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, pero conforme se aproxima al ideal se aleja del ser humano, del sujeto que padece y está en el mundo aspirando a realizar su proyecto de vida.

Sin embargo, los problemas de salud que aquejan actualmente a la humanidad siguen sin solucionarse, incluso se ha complicado la aproximación médico-preventiva y carecen de justificación moral en el contexto de los avances científicos contemporáneos, como es el caso de la falta de acceso a los servicios, la alta morbi-mortalidad de las enfermedades prevenibles y curables, la desnutrición y el hambre.

Por otra parte, el dominio de la naturaleza que promueve la aplicación técnica del conocimiento científico ha generado nuevos problemas: enfermedades emergentes y reemergentes, transición epidemiológica, clonación humana. En una u otra expresión el dolor humano continúa sin ser mitigado, incluso frente a los avances del desarrollo sustentable que se ha mirado como una alternativa para el cuidado de la salud, pues su impacto a nivel mundial aún es insuficiente.⁴⁻⁸ Esto sugiere que tal vez la ciencia y la tecnología médicas son incapaces de ofrecer alternativas viables al sufrimiento humano.

¿Cómo dará respuesta el ser humano a los retos derivados de un incremento en el dominio del mundo de la vida? Explorar la respuesta a este cuestionamiento posibilita comprender el vertiginoso avance del conocimiento y su aplicación tecnológica en el campo de la Medicina durante el siglo XX. ¿Pero acaso la tecnología, en tanto producto de la ciencia, es incapaz de enfrentar las "urgencias" de la vida humana? ¿Por qué sigue sufriendo el ser humano? ¿Por qué lo permitimos? ¿La enfermedad, el dolor y el sufrimiento son elementos que caracterizan al ser humano posibilitando permanecer en el ámbito de la ilusión tecnológica? Si la ilusión tecnológica de la medicina hace referencia al juicio que elabora el ser humano respecto al uso empírico de la tecnología médica derivado de su experiencia de vida,³ ¿hasta cuando permanecerá el ser humano aferrado a esta ilusión? ¿Cómo se posibilita que el paciente transite hacia la desilusión de la tecnología médica? ¿Qué acontece cuando el paciente comprende que la posibilidad de manipular la enfermedad no concreta la expectativa de curación y, mucho menos, el evitar la muerte y el sufrimiento?

La vida humana se manifiesta en un mundo fáctico donde el universo simbólico se expresa e interpreta a partir del cotidiano hacer y el incesante convivir. En este mundo, la Medicina da cuenta del acontecer de la salud y la enfermedad, articulados en la vida fáctica, en un mundo donde vivir no se reduce a la expresión biológica de adaptación-desadaptación e intercambio de materia y energía; más bien hace referencia a la posibilidad del ser humano de realizarse en su proyecto de vida al asumir la conciencia de su propia finitud mediante una *praxis* solidaria.

En este contexto y con el propósito de promover la reflexión del contenido humanista del uso de la tecnología médica, el artículo expone el dominio tecno-científico de la Medicina como sustrato de la tensión entre el saber científico del médico y el saber existencial del paciente, lo que conduce a develar el olvido de la salud como el elemento estructural que posibilita al paciente ubicarse en la desilusión de la tecnología médica como una forma de comprenderse en el mundo al manifestarse la carencia de un proyecto de vida humanamente pensado, históricamente situado y moralmente asumido.

Punto de partida: el dominio tecno-científico en las Ciencias Médicas

¿Es posible que la tecnología médica proporcione vías de solución efectivas a la problemática cultural, religiosa, ideológica y social que enfrenta el ser humano cuando enferma? Buscar respuestas posibles a esta interrogante desde el paradigma hegemónico de la Medicina occidental contemporánea parece una tarea infructuosa, pues las dimensiones que incluye no son factibles de ser tratadas por la vía de la tecnología. ¿Entonces la tecnología no ofrece el retorno a la salud perdida? Esto es una paradoja. Por un lado, sabemos que la tecnología médica ha logrado avances significativos, así lo muestra la Genómica, la Biónica y la Nanotecnología; pero, por otro, se enfrenta a los conflictos bioéticos que derivan de la aplicación de estos avances científicos.^{9,10}

La Medicina ofrece al paciente su curación y reincorporación al mundo de la vida. Habrá enfermedades que así lo permitan; pero otras limitarán la calidad de vida y el bienestar. Pensemos en la vida sexual de una paciente tratada quirúrgicamente por cáncer de mama o en el paciente con *Diabetes Mellitus* al que se amputó algún segmento del miembro inferior y se enfrenta a la discapacidad, al "síndrome del miembro fantasma",¹¹⁻¹² al consumo de medicamentos y al tratamiento de enfermedades concomitantes como hipertensión arterial, ceguera, insuficiencia renal, sin mencionar el régimen de vida que debe llevar y la depresión que se asociará.¹³

También es motivo de reflexión el paciente enfermo de SIDA, quien, junto con la terapia medicamentosa que deberá consumir, suma la discriminación y segregación social; o aquel paciente sometido a diálisis peritoneal, hemodiálisis o el que se encuentra en estado vegetativo.¹⁴⁻¹⁷ ¿Y cuándo el paciente sabe que morirá en breve?

En todas estas situaciones, la ciencia y la tecnología médica tiene la posibilidad de mantener con vida al paciente. La Medicina cumple su misión: tratar la enfermedad y alargar la vida. El paciente y sus familiares lo agradecen, la sociedad lo aclama, pero a largo plazo el paciente va adquiriendo conciencia de que la Medicina lo mantendrá sin curación, sin restituirle su estado de salud inicial, y entonces se ve en el mundo, en una existencia que limita su capacidad de realizarse como ser humano, aún cuando tiene diversas potencialidades y libertades que le posibilitan realizar su proyecto de vida. Entonces percibe que el médico es incapaz de acompañarlo en su padecer, y recurre a las opciones que le ofrecen tanto las medicinas alternas como la propia religión.^{18,19}

La Medicina contemporánea realiza la tarea de promover la salud y consolidar gradualmente una cultura para la salud en aras de prevenir la enfermedad; inclusive promueve acciones para no perderla, alargar la vida y mejorar su calidad. Pero, ¿qué ofrece la medicina al paciente en estado de salud?

Los avances tecno-científicos también han incursionado en el ámbito de la salud, con el propósito de evitar la enfermedad. "Más vale prevenir que curar", proclama actualmente la Medicina. En este sentido, promueve la realización de ejercicio y el consumo de una dieta balanceada con el propósito de prevenir enfermedades como la obesidad, hipertensión arterial y *Diabetes Mellitus*.^{20,21} Entonces ¿por qué la obesidad es un problema de salud pública? El asunto no es cuestionarse si debe o no promoverse el alargamiento de la vida a través de la prevención de enfermedades, sino en preguntarse por el impacto sobre la naturaleza y la accesibilidad a dicha tecnología, como lo indica Gadamer.²²

En esta controversia, también destaca el apego al tratamiento y el cambio hacia estilos de vida saludables, por lo tanto, ¿en qué está fallando la Medicina cuando habla de salud? ¿Es el paciente el que está fallando? Ambos se culpan mutuamente. Uno señala que el paciente no ha adoptado las decisiones correctas respecto a su estilo de vida para conservar su estado de salud. El otro señala que no se dio la información oportuna y correctamente. En este punto, lo único cierto es que la relación médico-paciente se desenvuelve en un ambiente de tensión, en el cual se confrontan el saber médico y el hacer del paciente.

Horizonte de comprensión: tensión entre saberes teóricos y empíricos

Frente al dominio tecno-científico, la relación médico-paciente se funda en la ciencia; ámbito en el cual el *hombre dividido* se expresa y concreta tanto en el saber del médico como en el del paciente, al disociarse en la entrevista médica las experiencias de salud y enfermedad. Desde el modelo hegemónico de la Medicina, una es el estado biopsicosocial propio del ser humano, la otra una contingencia multifactorial y multidimensional que afecta al Hombre, tanto individual como colectivamente; ^{23,24} de manera que asistimos al problema de la responsabilidad anónima, en el que la ciencia contemporánea y sus aplicaciones técnicas involucran toda la existencia del ser humano al vivir en su estado de salud.^{25,26}

La responsabilidad anónima del paciente no se reduce al proceso de transitar de la salud a la enfermedad o viceversa, como argumentara la Medicina a mediados del siglo XX, ni de dos dimensiones de una unidad dual como se indica en el modelo

sociomédico; ^{23,24,27} sino de la tensión entre el conocimiento científico y la existencia humana derivada de la desilusión de la técnica, tanto en el ámbito de la salud como de la enfermedad.

En el camino por el cual el ser humano pierde la esperanza y la ilusión, el saber práctico del paciente es sometido al saber metódico de la especialización médica, generando indiferencia y alejamiento, pues no es reconocido como sujeto histórico, *práxico* y solidario. Además, cuando está sano, es objeto de indiferencia, pues como no es susceptible de atención, no se requiere voltear a mirarlo; sin embargo, necesita del reconocimiento y proximidad del otro; experimentar la solidaridad, el cuidado y la preocupación del otro; es decir, aún en estado de salud, el paciente quiere saberse existiendo en el mundo de la vida. Es aquí donde la Medicina enfrenta el verdadero problema: hacer que el paciente viva en salud.

La preocupación por la salud data desde la Prehistoria; fue claramente identificada por Hipócrates ²⁸ y perdura en la tradición médica occidental que enseña a prevenir la enfermedad. Sin embargo, el sentido de vivir en estado de salud es diferente en la tradición hipocrática con respecto a la Medicina contemporánea, pues durante el siglo XX la preocupación por la salud es en términos de ausencia de enfermedad. Esto conduce a promover estilos de vida dominados por el paradigma científico que genera tensión entre la cultura médica del paciente y su experiencia de vida. Tensión que al medicalizar la existencia del ser humano se refleja en el saber que lo conduce a adoptar decisiones a partir de esquemas de costo-beneficio y análisis de riesgos; pero también lo circunscriben a realizar una vida impropia, en relación con lo "útil", y continuar olvidando la salud.

Según Heidegger, el "útil" es cualquier cosa que sirve para algo; es un instrumento e implica aquello que está a la mano, que puede ser empleado para algo. Cuando el Hombre habita en el mundo, establece relaciones con los útiles que lo circundan; o sea, con los instrumentos que le pueden servir para estar en el mundo de la vida.²⁹ El útil es un intermediario entre el hombre y el mundo, de manera que el útil es un ente que se muestra por su utilidad, para lo que sirve y no por su ser, su esencia.³⁰ En este contexto, la prevención de enfermedades, la disminución de riesgos generales y específicos de vida y la promoción de estilos de vida saludables, es tratada por la Medicina como algo que le sirve al ser humano para experimentar la facticidad de su vida. Aclaremos este punto.

La Medicina se vincula con la realidad mediante un conjunto de instrumentos que están *a la mano* y poseen utilidad anónima, sin fin, propósito, ni valor; de modo que al sustentarse en la ilusión de la utilidad que le proporciona la tecnología, se preocupa por la salud porque en cierto sentido la enfermedad, y con ello la muerte, amenaza al paciente, le infunde temor y miedo, al grado de preocuparse por sí mismo y de vivir bajo cualquier condición, y busca, en cada situación límite de la vida, el qué de la salud y la enfermedad, y su manifestación en la existencia para asumir una actitud libremente adoptada.

En consecuencia, las Ciencias Médicas promueven una existencia inauténtica, sustentada en la cultura de la tradición médica occidental, que surge de la explicación del ente que se manifiesta en lo aparente, lo que está a la mano y se muestra directamente al entendimiento. En esta explicación de naturaleza positivista y científico, pierde de vista su fundamento: la esencia de la vida del ser humano. Se comprende entonces que la Medicina está sujeta a la *servidumbre* de la investigación y de la teoría, en ellas, identifica su fundamento y sustenta la posibilidad, como indica Heidegger, respecto a la ciencia, del señorío directivo en la totalidad de la existencia humana, ³¹ pues será la Medicina la que brinde la primera

y última palabra para nuestro cotidiano vivir. Entonces la existencia será determinada por la ciencia. Pero esto no ha sido siempre así.

En la facticidad de la vida, lo aparente para el ser humano en general y el médico en particular es la enfermedad, el dolor y el sufrimiento. En la enfermedad, la existencia del Hombre se hace consciente, reconoce su tránsito por el mundo de la vida de camino a la muerte y, en este proceso, adquiere conciencia de la salud. El Hombre reconoce la salud hasta que la enfermedad hace su aparición y la tensión que se genera entre Ciencia Médica y existencia del ser-en-el-mundo se apropia de nuestro ser, sin embargo, al recuperar la salud e insertarse en la cotidianidad de la vida, nuevamente se cae en el olvido de la salud. ¿Entonces cómo se posibilita el olvido de la salud?

Fusión de horizontes: el olvido de la salud

Hasta la aparición de la Medicina hipocrática, el ser humano se comprendía como integrante de la *physis*, con la cual compartía el equilibrio y la armonía de los diferentes componentes que integraban la Naturaleza, al determinar lo que comía, bebía y, en general, su régimen de vida.^{24,32} En la Medicina pretécnica la enfermedad era la que propiciaba el desequilibrio del orden del Cosmos en su dimensión religiosa, moral y física, y no en sentido contrario, la enfermedad como consecuencia del desequilibrio de la *physis*. La medicina pretécnica situaba la salud y la enfermedad como dos modos de experimentar su estancia en el mundo que los circundaba, caracterizando la posición del Hombre en el Cosmos.³²

En este orden de ideas, la Medicina se sustenta en el concepto de una totalidad que refleja la estructura teleológica de la Filosofía griega donde la naturaleza, el ser humano y la sociedad son contemplados como miembros de un sistema único que da estructura al enfoque biopsicosocial, sobre el cual se construyen los conceptos de salud y enfermedad. Pero se limita a buscar el dominio de la enfermedad que se proyecta sobre la vida cotidiana y reunir experiencias que no pueden erigirse nunca en totalidad, pues esta, indica Gadamer, no es ningún concepto de la experiencia.³³

Por otra parte, la Medicina jónica del siglo V a.n.e. exigía conocer qué es el Hombre; sin embargo, es Hipócrates el que escinde todo conocimiento filosófico sobre este y su relación con la Medicina. El tratado hipocrático *Sobre la medicina antigua*, se enfrenta decididamente contra los intentos de la Filosofía por invadir el campo de la Medicina. "Pero yo opino -escribe Hipócrates- que todo cuanto se ha dicho y escrito, sea por filósofos o por médicos, acerca de la naturaleza interesa menos a la medicina que al pintor."³⁴ Con esta tendencia, la Medicina hipocrática ejerció su influencia hasta el siglo XVI.

La ruta marcada por Hipócrates y continuada posteriormente con Galeno, no sería abandonada. Al final del Medioevo, Nicolás de Cusa propuso a los médicos contar el pulso, medir la fiebre, pesar la orina, con lo cual se incorporaba la cuantificación, sustituyendo el mundo cualitativo en el que se había desenvuelto la medicina.³² Paracelso se opuso a la noción de que la enfermedad no existía por sí misma, señalando que tenía un origen local y podía ser causada por agentes que provenían del exterior.³⁵

Descartes sentó las bases filosóficas del modelo biomédico vigente, que terminó por explicar el fenómeno salud-enfermedad con una idea mecanicista y dualista, además de dirigir la Medicina hacia la conservación y prolongación de la vida mediante el dominio de la enfermedad.³⁶ La influencia cartesiana se constata en la Medicina a través de William Harvey, para quien el cuerpo era una máquina y

seguía un comportamiento según las reglas de la mecánica, que son idénticas a las de la Naturaleza.³⁷

Bajo esta visión, lo patológico adquirió una nueva dimensión y se contempló como la *descompostura* de la maquinaria humana, consolidando además el olvido de la salud. También es posible que la falta de diferenciación histórica en el devenir de las Ciencias Médicas, redujera la Medicina al simple tratamiento e investigación de la enfermedad, pues el concepto prevalente de salud sustentado por la OMS indica que falta un aparato conceptual que oriente la comprensión de la salud en términos de la vida humana, puesto que el estar sano no es otra cosa que la existencia misma, es comprenderse en el mundo de la vida.

Esta manera de pensar que se cristaliza en la Edad Moderna y se extiende hasta la actualidad, anunciando el dominio de la tecnología médica para estar en el mundo de la vida, representa el olvido de la salud que se configura en el destino de occidente y desemboca en el completo olvido del ser de la era tecnológica y contribuye a que el ser humano pierda la autonomía en sus decisiones para actuar en él.^{38,39}

El Hombre actúa en, sobre y para el mundo cuando adquiere conciencia de su estar-en-el-mundo. Esta actuación es una *praxis* de la salud que deriva de la autointerpretación que posee de su estar-en-el-mundo, de su autocomprensión como saber universal, abierto a las situaciones donde las cosas pueden ser de otra manera. Una *praxis* de la salud que guía la acción en el acontecer histórico-lingüístico del ser humano para quien la salud deja de ser una palabra vacía o una vivencia de algo que falta, una ausencia. ¿Cómo recuperar la autonomía del ser humano para decidir su habitar en el mundo en busca de una vida auténtica? Es decir ¿cómo posibilitar que el ser humano no se exponga a la desilusión de la tecnología médica?

CONCLUSIONES

Las ciencias que integran el universo de la Medicina han adquirido la capacidad de generar vertiginosamente una multiplicidad de conocimientos que contribuyen al dominio de la enfermedad y a la manipulación de la vida para conservar la salud, perdiendo el ser humano la autonomía en sus decisiones para habitar en el mundo de la vida. Con ello, se han generado nuevos problemas humanos cuya solución supera el ámbito de influencia de las Ciencias Médicas y ha conducido a la reflexión filosófica sobre lo que tiene de humano nuestras capacidades, fragilidades y responsabilidades; confrontando el saber científico con la existencia humana en el ámbito de la "indiferencia frente al otro".⁴⁰

Este sentido de la reflexión filosófica, exige evitar la influencia metafísica que domina la tradición médica occidental y circunscribirla a la dimensión existencial de la salud, para pensar en la salud desde la salud misma y no desde la enfermedad; es decir, requiere preguntarse por el ser de la salud, comprender lo que significa y buscar el sentido originario de ella.⁴¹

Pensar la salud en su sentido originario, es reflexionarla como modo del ser, como el estar del ser-en-el-mundo; de manera que la salud implica un "habitar diferente" en el mundo de la vida, donde la salud se constituye como posibilidad de ser, vivir y existir, además de permitir que el Hombre realice su proyecto de vida mediante la recuperación de la solidaridad *práxica*, donde la comprensión y autocomprensión humana se transforman en reconocimiento y proximidad. Es claro entonces que la

Medicina debe recuperar la alteridad que le es propia al encuentro médico en un esfuerzo por reconocer en el paciente un ser que sufre y requiere de atención, para lo cual se aproxima a él.

La proximidad con el otro es el sustrato generador de solidaridades, además permite comprender la desilusión de la tecnología médica en términos del dominio tecno-científico, la tensión del saber científico del médico frente al saber vivencial del paciente, y el olvido existencial de la salud, en la construcción de un horizonte de comprensión, en el cual se sitúa la Medicina en el mundo de la vida y recuperar la alteridad propia del encuentro médico.

En la problemática que deriva de la vida en salud, el incumplimiento de la promesa médica de curar la enfermedad y alargar la vida mediante la manipulación de la naturaleza, ofrece el camino de la desilusión de la tecnología médica y expone la tensión entre el estar sano y el saberse sano, entre la conciencia de estar-en-el-mundo adoptando decisiones respecto a la vida y la conciencia de saber que se tiene la suficiente autonomía para vivir. Es así como la desilusión que promueve inconscientemente la Medicina del siglo XXI se perfila en el paciente como la ausencia de un proyecto de vida humanamente pensado, históricamente situado y moralmente asumido.

Siguiendo esta línea de reflexión, el problema emergente que enfrenta la Medicina está relacionado con el acontecer ético de su quehacer. La *praxis* médica, de ser una actividad humanista y orientada hacia la salud, se ha convertido en una práctica regulada por lineamientos y normas legales que procuran atender la enfermedad; lo que refleja, por un parte, la influencia del carácter instrumental de la Medicina antepuesto a la reflexión ética de esta actividad; y, por el otro, la conciencia de privilegio del ser humano en contraposición al reconocimiento de la amenaza que representa el dominio técnico sobre el mundo de la vida. En este contexto surge la siguiente interrogante: ¿Es viable el universo ético de la Medicina contemporánea para dar sentido a la vida humana en términos de la posibilidad de cómo el ser humano ha de decidirse ante las alternativas de actuar que se ofrecen en el ámbito de la salud? Explorar esta respuesta es una tarea pendiente para el área de las humanidades médicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Fraga JM, Herrera Rodríguez ON. Bioética y nuevas tecnologías: telemedicina. Rev Cubana Enfermer. 23(1):2007. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/enf/vol23_01_07/enf08107.htm [Consultada el 3 de abril de 2009].
2. Stusser Beltranena RJ, Albert Cabrera MJ, Rodríguez Díaz A, Echeverría Toledo S, González Fernández RI, Cuadot Alvarez A. Proyecto Vedado: salud-electrónica en la atención primara de salud. Diseño y resultados iniciales. Rev Cubana Med Gen Integr. 22(4):2006. [Serial on line]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi14406.htm [Consultada el 3 de abril de 2009].
3. Rillo AG. Ilusión tecnológica de la medicina. La Colmena. 57:85-92;2008. Disponible en: <http://www.uaemex.mx/plin/colmena/Colmena%2057/Colmenario/AGR.html> [Consultada el 3 de abril de 2009].

4. Contreras Soto J, Cano Rangel MA. El reto de las enfermedades emergentes. Bol Clin Hosp Infant Edo Son.25(2): 125-128; 2008.
5. Villasana López PE. La investigación en salud pública. De la transición epidemiológica a la transición epistemológica. Rev Cubana Salud Pública. 33(4): 2007.(Serial *on line*). Disponible en: http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail_id_revista=79_id_seccion=1508_id_ejemplar=5055_id_articulo=49961 [Consultada el 3 de abril de 2009].
6. Chuaire L, Sánchez MC, Franco ML. Clonación: avances y perspectivas. Colomb Med.5(2):101-111; 2004.
7. Bakan D. Enfermedad, dolor, sacrificio. Hacia una psicología del sufrimiento. México: Fondo de Cultura Económica; 1979.
8. Salinas JP. Desarrollo sustentable y salud. MedULA.10(1-4): 2-3; 2004.
9. Clavijo Grimaldi DM, García Morán GM, Casadiego Ciro A. Nanotecnología en el diagnóstico y tratamiento médico. Bogotá Colombia: Univ Med; 49(3): 388-398; 2008.
10. Márquez Díaz JE. Nanobioética, nanobiopolítica y nanotecnología. Salud Uninorte 24(1): 140-157; 2008.
11. Fernández S. de S ME, Ospina de González B, Munera Garcés AM. La sexualidad en paciente con cáncer de mama o cerviz sometidas a tratamiento quirúrgico en el Hospital General, Hospital San Vicente de Paúl e Instituto de Cancerología de la Clínica las Américas, Medellín, 1999. Rev Colomb Obstet Ginecol.53(2): 179-183; 2002.
12. Ribera H, Cano P, Dora A, Garrido GP. Dolor de miembro fantasma tras hematoma de muñón postraumático 40 años después de la amputación: a propósito de un caso. Rev Soc Esp Dolor. 8: 217-220; 2001.
13. Rosas Flores MA, Cossío Zazueta A, Peña Karen H, Flores Escartín M, Cal y Mayor Turnbull I, Meza Vudoyra M, Sánchez Nicolat NE, Serrano Lozano A, Huerta Huerta H. Prevalencia de depresión en pacientes con pie diabético. Rev Mex Angiol. 34(3): 107-111; 2006.
14. ONUSIDA. Derechos humanos, salud y VIH. Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Disponible en: <http://www.onusida.org.co/Derechos%20humanos%20salud%20y%20VIH.pdf> [Consultado el 3 de abril de 2009].
15. Sandoval-Jurado L, Ceballos-Martínez ZI, Navarrete-Novelo C, González-Hernández F, Hernández-Colín V. Calidad de vida en pacientes con diálisis peritoneal continua ambulatoria. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.45(2): 105-110; 2007.
16. Caballero-Morales S, Trujillo-García JU, Welsh-Orozco U, Hernández-Cruz ST, Martínez-Torres J. Calidad de vida en pacientes con hemodiálisis, diálisis peritoneal continua ambulatoria y automatizada. Arch Med Fam. 8(3): 163-168; 2006.

17. Young Hong S. Pacientes en estado vegetativo y calidad de vida. *Dolentium hominum*. 65:22-27;2007.
18. Rodríguez Rossi R. La investigación de las relaciones entre religión y procesos de salud-enfermedad: abordajes y algunos resultados empíricos. *Inv Salud*.X(1):51-57;2008.
19. Franco JA, Pecci C. La relación médico-paciente, la medicina científica y las terapias alternativas. *Medicina (Buenos Aires)*: 62:111-118;2002.
20. Cobo C, Fabian MG, Moreno M. El papel del ejercicio en el tratamiento de la obesidad. *Médica Sur*. 13(4):151-155;2006..
21. Rodríguez Weber FL, Sáez Tapia G. Obesidad, hipertensión arterial y diabetes mellitus: ¿puntos de partida o finales de un mismo problema? *Med Int Mex*. 24(5):342-345;2008.
22. Gadamer HG. *Hermenéutica de la modernidad*. España: Editorial Trotta; 2004.
23. Dubós R. *El espejismo de la salud*. México: Fondo de Cultura Económica; 1986.
24. Vega-Franco L. Ideas, creencias y percepciones acerca de la salud. *Reseña histórica. Salud Publica. Mex*. 44:258-265;2002.
25. Gadamer HG. *El estado oculto de la salud*. España: Editorial Gedisa; 2001.
26. Gadamer HG. *La herencia de Europa*. España: Ediciones Península; 2000, p. 35.
27. Ortiz Quezada F. *Modelos médicos*. McGraw-Hill Interamericana Editores; 2001.
28. Hipócrates. *Sobre los aires, aguas y lugares*. España: Editorial Gredos; 1997.
29. Heidegger M. *Ser y tiempo*. España: Editorial Trotta; 2003.
30. Heidegger M. *Arte y poesía*. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
31. Heidegger M. *Qué es metafísica*. México: Universidad Autónoma del Estado de México; 1997.
32. Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. México: Ediciones Científicas y Técnicas; 1998.
33. Gadamer HG. *El inicio de la filosofía occidental*. España: Ediciones Paidós Ibérica; 1999.
34. Hipócrates. *Tratados médicos*. España: Anthropos Editorial; 2001.
35. Paracelso. *Obras completas*. México: CINAR Editores; 1994.
36. Ortiz Quezada F. *Descartes y la medicina*. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
37. De Michelli Serra A. William Harvey y los inicios de la ciencia médica moderna. *Gac Méd Méx*. 141(3):233-237;2005.

38. Ortega y Gasset J. Meditación de la técnica. España: Espasa-Calpe; 1965.
39. Heidegger M. Filosofía, ciencia y técnica. Chile: Editorial Universitaria; 2007.
40. Velásquez JF. La indiferencia como síntoma social. Virtualia 2008; 18. Disponible en: http://www.eol.org.ar/virtualia/018/pdf/colombia_velasquez.pdf [Consultada el 3 de abril de 2009].
41. Rillo AG. Aproximación ontológica al sentido originario de la salud desde la hermenéutica filosófica. Rev Hum Med.; 8(1):2008. (Serial *on line*) Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext_pid=S1727-81202008000100002_lng=es_nrm=iso_tlng=es [Consultado el 3 de abril de 2009].