

Jimmy Washburn

Discurso médico: fijación de realidades I Parte

Abstract: *The Medical Field possesses the power to shape society. Physicians themselves are in a position to penetrate and influence the lives of their patients. Tangential to this power there arises the probability for patient abuse; the examination of Medical Discourse is obliged to understand fully the possibility for such harm to patients. In an attempt to comprehend mechanisms of power gone astray, the writings of Nietzsche, Bakhtin, and Foucault offer methodological tools for the examination of this discourse.*

Resumen: *El quehacer médico posee un gran peso en la conformación social. En virtud de ello y por el poder que poseen los médicos para penetrar las vidas de los pacientes, se han dado formas de abuso que obligan a un análisis y una crítica del discurso en el cual se sustentan. Para ello Nietzsche, Bakhtin y Foucault ofrecen herramientas conceptuales y metodológicas con las cuales ensayar un hundimiento en el discurso médico para reconocer los mecanismos y estrategias de poder.*

Introducción

En relación con el discurso médico abundan los libros. En nuestro medio, principalmente son los profesionales de la medicina los que se han encargado de escribirse. Y mucho han logrado, puesto que es un gremio preocupado por elaborar su memoria, y sobre todo reconocer su papel en los movimientos políticos y sociales del país. A la par, es posible notar que los medios de comu-

nicación le tienen la mira permanentemente puesta a sus acciones, sobre todo aquellas de consecuencias lamentables para los pacientes /víctimas. Una recopilación de dicha información permitiría elaborar una visión, proveniente de manos distintas de las médicas, que permitiría armar una valoración de otro orden. Contrapeso importante, ya que es un medio por el cual se pone en evidencia una situación de desbalance que se ha tornado cotidiana y escandalosa. No obstante, es un esfuerzo que resiste a los abusos y descuidos del sector médico, pero creo que no es suficiente como examen y crítica del modo como se erige la práctica médica en nuestro país. A lo sumo, y ello no deja de ser importante, se hace público el deterioro de la relación médico/paciente que se encierra entre las paredes de los hospitales y que cobra costos altísimos para las vidas de los pacientes. Pero, ¿qué pasa con la autoridad de los médicos? ¿Dejan de ser consultados? ¿Han bajado los hospitales sus niveles de consulta o la demanda de atención? Las evidencias pueden hablar solas. Hoy como siempre los médicos poseen una presencia social que no se ha visto disminuida.

El desarrollo del presente análisis se convierte en ocasión de descubrir ángulos de ingreso a la realidad médica que encierra y reproduce la relación médico/paciente y en particular cómo el discurso médico se constituye a partir de la posición de superioridad que define y asume el profesional frente a los pacientes y a los demás profesionales de la salud. Esta reacción contra todas esas situaciones de agravio y descuido es un móvil llevado al orden de la razón para, al menos,

ver cómo opera, cuáles son los mecanismos internos al discurso médico, cómo están dispuestos los engranajes de producción y reproducción de su discurso en todas las personas que en él toman parte. La estrategia principal es develar las asimetrías producidas por la práctica médica y que se han sedimentado en su propio discurso.

El análisis se compone de varios momentos: el primero es la selección de conceptos y de herramientas de lectura bajo la tutela de Bakhtin, Nietzsche y Foucault. Este es el contenido de la primera parte. Otro momento consiste en la propuesta de premisas teórico/metodológicas encaminadas al análisis de algunas muestras del discurso médico y para ello paso a los documentos escogidos, tercer momento, en los cuales, rasgos constantes y sitios que enuncian asimetrías, son reconocidos. Finalmente, las conclusiones del análisis que planteo como líneas a seguir en futuros exámenes del discurso médico. Estos son los contenidos de la segunda parte de la investigación.

Antecedentes conceptuales e instrumentales

El análisis crítico del discurso médico es viable por medio de las siguientes referencias, según las ideas orientadoras tomadas de los autores antes mencionados. Con letra destacada se indican las pautas metodológicas que sugerimos para el análisis del discurso médico.

Las contradicciones abiertas entre la práctica profesional médica y los ideales que se han recogido desde la medicina hipocrática, conducen a prestar atención a las asimetrías o desigualdades que viajan con los discursos circulantes y reinantes en nuestro medio social. En términos de salud y enfermedad, *el discurso médico marca direcciones y dicta formas de organización dentro de la sociedad*¹. Según la genealogía de Nietzsche, *detrás del discurso médico circula una delimitación de distancias sociales y formas de relación asimétricas*², *hay un alejamiento entre la constitución argumentativa y su reproducción*³. Nietzsche sugiere que los términos, sus usos y significados, hablan de un origen distinto de las categorías mismas. Su sugerencia, por en-

de es la de *ensayar un hundimiento en la realidad tal y como se da en los escritos para vislumbrar el acceso al traspaso del discurso médico.* La genealogía⁴ del discurso médico consiste en su utilización como una *herramienta* para desentrañar los mecanismos de poder (la voluntad de poder) que lo mueven.

Los discursos operan asociados al poder oficial y a estrategias de reproducción, aun con las resistencias que broten. El médico y el paciente presentan dos ángulos del mismo discurso así como dos modos de reproducción: el médico posee la palabra que cura, el paciente muestra su biografía precaria y disminuida. *Un mismo discurso pone a girar en torno suyo valencias diferentes o contrarias que organizan los enfrentamientos y resistencias a significaciones unilaterales de un discurso*⁵. El lenguaje médico opera con la identificación de las disfunciones y las ubicaciones sociales derivadas y que el paciente no escoge ni consiente.

De acuerdo con Nietzsche las palabras portan significados oficiales que son permanentemente legitimados por los interlocutores, y afloran en la circulación dada en sus enunciaciones e intercambios sociales. Y por esta vía se evidencian intenciones que las animan y de las cuales se olvidan o dejan de prestar atención. *Admitir un significado, asegurar su divulgación y su utilización en los diversos estratos sociales es una puerta de ingreso al discurso médico y se revela una estrategia de dominación por la fijación de la realidad saludable y enferma.* Las acciones minúsculas y destacadas que componen la práctica médica, están mediadas lingüísticamente y pasan por la palabra no para su frío y neutro acontecer, sino para plasmar, consolidar su posición y las posiciones de los demás interlocutores. Así, *los documentos por analizar son un reflejo y encubrimiento de modos de relación de los médicos con los pacientes*⁶. En esta relación el mayor peso recae en la comprensión que el médico elabora del paciente siguiendo los lineamientos de su saber y de la administración de los servicios en los centros hospitalarios. No es necesario tomar nota del tiempo cronológico, ni enfatizar la reproducción de lugares o escenarios particulares. *Basta dar con la identificación de los mecanismos de*

funcionamiento y para ello se requiere marcar las constantes del discurso, reconocerlas en sus textos.

No hay lenguaje, por más especializado que sea, "aséptico" o "inmune" de los demás lenguajes y de las prácticas que los alimentan. El lenguaje de la "medicalización"⁷ no se anima únicamente del lenguaje científico, aunque sea éste el que priva, sino que se nutre del lenguaje de los mismos pacientes y de los otros profesionales de la salud. Uno y otro es necesario verlos como "territorios colonizados", pero también como discursos alternativos, opuestos al discurso médico oficial. Los actos lingüísticos hablan de otros lenguajes y de las fuerzas que lo atraviesan y constituyen. Por consiguiente, los enunciados que componen los discursos reposan en un trasfondo lingüístico o *fondo apercetivo* como le llama Bakhtin⁸, que expresa la apelación de sentido de cualquier enunciado del discurso médico a otros enunciados y sus significados, provenientes de cualquier otro lenguaje o estrato social, y sobre todos ellos se coloca según la codificación de la realidad que le provee el lenguaje científico y político-sanitario. Cada interlocutor (el paciente, el médico) habla con base en ese fondo apercetivo compuesto en su historia personal, en interacción con los demás, y que habla de esos otros lenguajes que se han cruzado. De esta manera se entiende cómo fluyen y se asientan las cuotas de poder a través del vehículo del lenguaje. El lenguaje muestra en todas sus particularidades las cristalizaciones del poder y cómo queda constituida la realidad a partir de la mediación lingüística, nunca la misma en cada grupo social y viajante de un sitio social a otro. Una categoría fundamental en este análisis es que *el lenguaje es la mediación de los individuos para la elaboración de su realidad. Es asimismo el medio por el cual se afirman en la realidad, resisten, negocian, dominan y son dominados.*

¿Cómo es la palabra del discurso médico? ¿De qué está cargada? Es un *híbrido semántico colectivo*, en él entran a mezclarse diversos lenguajes acerca de la salud: ciencia, atención al paciente, protocolo y política del hospital, valores, creencias religiosas⁹. Muestras de esto último son la polémica en torno a la transfusión sanguínea de los pacientes y la esterilización voluntaria de las mujeres. Estas polémicas son un terreno de

confrontación de discursos: quién posee la última palabra acerca del cuerpo humano.

*El poder no puede identificarse con una o algunas tareas específicas, por el contrario, se extiende a todas las actividades colectivas, sean públicas o particulares y además, las multiplica como mecanismo de complexión y perpetuación*¹⁰. Es el motor de las relaciones sociales y desconoce de igualdades o simetrías. Requiere de regulaciones y opera en todas las esferas de la vida social, en todos los rincones y quiebres de la existencia individual. En cualquier discurso, la producción y ejercicio del poder está en complicidad con la producción y transmisión del saber¹¹. En el caso particular del discurso médico, *la comprensión del cuerpo humano significa un mayor dominio sobre el mismo: cómo ha de ser un cuerpo sano y cómo enfermo*. Foucault habla de la normalización que produce el poder: *el gobierno o dominio no es posible en la diversidad, sino que es necesario regular las diferencias y acercarlas según patrones comunes de una vida individual y colectiva saludable.*

Por otra parte, cualquier discurso conjunta *racionalidad, intención y realidad*, lo cual conduce a plantear cómo las dos primeras confluyen en la tercera y ésta se vuelve sobre aquéllas. Esta tesis filosófica se apoya en Nietzsche y Foucault, quienes *hablan de juegos de intenciones y de una racionalidad al servicio de ellas en los esfuerzos conceptuales*. Por otra parte, tal como lo indica Bakhtin (1975, p. 109) las palabras poseen una *orientación hacia fuera*, apelan a la realidad que significan (de la cual se alimentan), y a su vez es permanentemente remodelada por el lenguaje, al punto que no hay una categoría que sea anterior al otro, pero también por las intenciones que cargan las palabras. *El lenguaje es punto de encuentro y vehículo de la realidad y las intenciones*. Aun cuando la articulación conceptual habla de la(s) racionalidad(es), los esfuerzos que despliega carecen de sentido sin una intención, sin un motor volitivo *que marque o fije direcciones*. Cualquier sentido que se determine desemboca en la realidad, lo cual no implica que esté completamente determinada, sino tan sólo prefigurada, imaginada, vista como posibilidad. En este sentido, en cualquier discurso, y el médico

es un caso, la realidad no es únicamente lo actualmente constituido, sino toda la indeterminación en espera. La riqueza del discurso no radica únicamente en que hable o relate la realidad a cualquier espectador, sino en presentar formas posibles de ensayo.

Propuesta de análisis del discurso médico

Extensión del análisis y documentos a utilizar

Muchos documentos¹² se pueden consultar, y bien puede hacerse una selección de acuerdo con criterios diversos. He escogido para la presente investigación *textos que se encargan de la regulación del ejercicio profesional y de la formación de los médicos*. Una y otra apuntan a modos de interacción circunscritos al mundo médico. Los documentos muestran cómo los médicos asumen una posición frente a los demás y cuáles son sus acciones correspondientes. Ello no quita la consulta de otras fuentes, por ejemplo la obra del Dr. Alfredo Blanco que expone una historiografía de los médicos en Costa Rica, o la obra del Dr. Juan Jaramillo acerca del Seguro Social en nuestro país. Sin embargo, el norte de la selección de textos está marcado *por cómo deben ser los médicos para con los pacientes*.

Entre los documentos leídos y analizados tenemos los siguientes:

- Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica.
- Perfil Profesional del médico graduado de la Universidad de Costa Rica.
- Reglamento del Internado Universitario de la Universidad de Costa Rica.
- Reglamentos de cupos clínicos.
- Código de Moral Médica.
- Intervención en la Interfase de la práctica y la educación médicas
- Otros documentos pertinentes.

Con esta escogencia no se pretende exhaustividad ni tampoco el curso histórico que siguen

en las instituciones de salud del país o por la utilización de los medios de propaganda o de comunicación orientados a la medicalización de la vida colectiva y particular, pero desde los parámetros formativo y normativo, esta selección proporciona un mínimo aceptable rico en sugerencias.

Premisas acerca del discurso médico: Análisis del presente

El lenguaje médico es social e introduce las disfunciones, los dolores, las deficiencias como valoraciones sociales. Ello se expresa en diversos momentos y escenarios: diseño curricular, lenguaje entre médicos, lenguaje científico en foros o congresos, lenguaje cotidiano con pacientes y otros profesionales de la salud. En todos y entre todos el médico puede marcar las pautas discursivas y ejercer los mecanismos por los cuales subordina los demás lenguajes al suyo. Sin embargo, es necesario tener presente que el lenguaje reinante y resultante solo es entendible a través de la *interlocución*. Y en este espacio los médicos llevan la voz cantante y las demás voces se subordinan, aun cuando sean voces afectadas por las enfermedades.

¿Cuáles son los sitios de emergencia del discurso médico, o bien, de la confluencia y confrontación de lenguajes? Esta pregunta se dirige al espacio físico privativo y a la extensión que alcanza en la geografía social. Los mecanismos de consolidación y reproducción del discurso médico operan anclados en hospitales y clínicas, en consultorios privados y clínicas periféricas, pero se extienden a toda la población por los medios de comunicación y a través de prácticas profesionales subordinadas como farmacias y laboratorios clínicos. Los centros hospitalarios le dan a los sitios aledaños una cara distinta y desplaza actividades que difieren o se mantienen alejadas de la práctica médica. *La concentración de poder implica ubicación física*. Estos sitios son el correlato del discurso médico y los espacios en los que la práctica se perpetúa y con ella conocimientos, valoraciones, prejuicios y creencias, interacciones permitidas, interdictas y estimadas. Los edificios están diseñados en función

de la labor que realizan los médicos. Los salones, servicios sanitarios, pasillos y oficinas reproducen la trama de conocimientos y posiciones sociales que componen el discurso médico. Es una práctica que exige entrenamiento (modo de hablar y escribir, forma de vestir, movimientos permitidos dentro de los sitios médicos), además de conocimientos y destrezas. Ese entrenamiento incluye la ubicación de los otros profesionales: lo que sabe y le autoriza frente a los demás. La zona médica, los territorios físicos y simbólicos, constituyen su contexto, su ámbito de movimiento; introduce rupturas con los territorios de los pacientes, con su contexto. Estrategia de despojamiento e invasión. Para el paciente es un extrañamiento en su vida, sumado a su fragilidad expuesta. Las posibilidades de dominio abiertas al médico son infinitas.

La medicina aglutina disciplinas científicas relativas a la vida y al cuidado de la salud. En esa labor de conjunción los estudiantes y profesionales generan conocimientos y habilidades que consolidan y ejercitan dentro de una práctica "sanitaria", la cual es compartida con otros profesionales de la salud y dentro de la cual se ubican con otra valencia los pacientes. Desde este ámbito social y en términos de un lenguaje médico, se esboza un mundo social y objetivo.

La realidad vital de los pacientes, las experiencias que acumulan los sujetos de acuerdo con las capacidades que poseen y carecen, los cuidados y descuidos para con el cuerpo, y las valoraciones que hacen de sus existencias físicas componen el telón de fondo que antecede al discurso médico. En cuanto al cuerpo, habría que decir que todos los potenciales pacientes poseen una imagen y valoración del mismo que se alimenta de las interacciones más inmediatas con otros "cuerpos", pero también de todas las imágenes y juicios que son promovidos por los medios de comunicación. Por ejemplo, las visiones y valoraciones que acarrearán las figuras obesas y salidas de la norma social de belleza y contextura física. Cuando un individuo ingresa a un consultorio médico por primera vez carga con dos cuerpos: el físico real y el que ha forjado imaginariamente a través de las palabras con las que sus cuerpos son hablados, que dominan su conducta corporal y el

cuidado que le dan. A esto se suma el ideal de cuerpo que el médico le presenta. Si bien hoy en día hay una tendencia en el mundo de la medicina para ver la realidad biológica humana en términos de salud/enfermedad, en la vida cotidiana domina la "contabilidad" de las enfermedades padecidas y el estado de salud recuperada y conservada. En esas dos variables se mueve buena parte del desempeño social (y su éxito) de los individuos. El discurso médico llega hasta la vida doméstica, por diversos medios los individuos se descubren como saludables, pero con una latente capacidad para enfermarse, para perder ese equilibrio que permite el desempeño social y biológico. Esta es la primera y fundamental realidad generada por el discurso médico y su garantía de despliegue de poder: el médico sabe de antemano la condición de fragilidad de los individuos. En este sentido el conocimiento médico se ha constituido más "poderoso" que el conocimiento que posee el paciente de sí mismo. El individuo se descubre débil, siempre expuesto a peligros (accidentes, contagios). Pero también, junto con ese "descubrimiento" el individuo comprende el correlato de su situación: el conjunto de saberes médicos, los profesionales en salud que laboran y las instituciones jurídicas y físicas dispuestas son y han sido concebidas para el alivio de la fragilidad mostrada a los ojos médicos con recelo y pudor, que reclama no ser un asunto público aun cuando está en medio de espectadores.

Es un lenguaje científico: por la fisiología, la anatomía, las ciencias naturales. Sus objetos materiales de estudio consisten en una segmentación de la realidad humana, una ilimitada regionalización de los cuerpos y por este camino de los estilos de vida. Estos saberes se convierten en un ángulo de visión por el cual se ingresa al sujeto completo. Son conocimientos enseñados disgregadamente e integrados en momentos teóricos y prácticos, como puede verse en la intención del Internado Universitario y los programas de sus cursos, siempre bajo un propósito claro y definido para los médicos formadores. El Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura en Medicina y Cirugía es pensado con la intención de que los conocimientos presentados por separado se vayan complementando según el estudiante

avance en la carrera, y al concluir la ha alcanzado una complemento básico que le faculta para el ejercicio profesional. Sin embargo, el diseño curricular ha insistido en conservar cada conocimiento y cada destreza y habilidad en independencia unos de otros. Podría decirse que uno de los complementos fundamentales pretendidos es la dirección de la mirada (observación directa, imágenes producidas por tecnología, lecturas de exámenes): han de aprender a relacionar sus conocimientos con los cuerpos (incluido lo psíquico de los psiquiatras).

La formación incluye no sólo la asimilación de conocimientos, sino la asimilación de modos de valorar los cuerpos, las valoraciones justas y autorizadas y las que quedan descartadas por erróneas o por estar fuera del conocimiento médico. Los estudiantes aprenden a reconocer un cuerpo sano de uno enfermo si es deforme, discapacitado, etc. Y al entrar al cuerpo humano entran a los modos de vida, a las historias de los individuos por las *marcas* (cicatrices, deformaciones, manchas, lesiones, etc.) que hablan lo que han hecho, cómo han ido por la vida.

Notas

1. Aunque hable en términos de salud y enfermedad en distintos momentos de la exposición, se tiene presente la reducción biológica que han cargado hasta el presente dichos términos. Para su utilización me suscribo a la comprensión que Gadamer y Engelhardt ofrecen de salud y enfermedad: para ambos la primera es un *equilibrio vital* que involucra el desempeño individual y colectivo de las personas, el desarrollo de sus historias personales y sus proyectos de vida. La segunda, por su parte, consiste en el *desequilibrio o ruptura de una estabilidad* de estos elementos que componen la existencia del sujeto. "*Por todas estas razones, no es suficiente invocar las condiciones biológicas o los resultados de la evolución para dilucidar lo que se debería o no se debería contemplar como problema médico. Las afecciones destacan como problemas porque frustran los objetivos de individuos o grupos de individuos concretos o porque dificultan la realización de concepciones concretas de la vida buena o virtuosa*". (Engelhardt, pp. 222-223). "...*toda intervención médica puede definirse como un intento de reinstaurar el equi-*

brío alterado. En eso consiste la verdadera obra del arte médico". (Gadamer, p. 50).

La salud y la enfermedad son categorías que escapan al terreno de la medicina y de cualquier enfoque biológico, y remiten a la convivencia social así como a la política y economía. Cfr. Edgar Roy Ramírez, "La salud, un enfoque diferente", en Ramírez y Alfaro, pp. 157-163.

2. "El *pathos* de la nobleza y de la distancia, como hemos dicho, el duradero y dominante sentimiento global y radical de una especie superior dominadora en su relación con una especie inferior, con un <abajo> - éste es el origen de la antítesis <bueno> y <malo>" (Nietzsche. *Genealogía de la Moral*, p. 38).

3. "... la causa de la génesis de una cosa y la utilidad final de ésta, su efectiva utilización e inserción en un sistema de finalidades, son hechos *toto coelo* separados entre sí; que algo existente, algo que de algún modo ha llegado a realizarse, es interpretado una y otra vez, por un poder superior a ello, en dirección a nuevos propósitos, es apropiado de un modo nuevo, es transformado y adaptado a una nueva utilidad; que todo acontecer en el mundo orgánico es un subyugar, un enseñorearse, y que, a su vez, todo subyugar y enseñorearse es un reinterpretar, un reajustar, en los que, por necesidad, el <sentido> anterior y la <finalidad> anterior tienen que quedar oscurecidos o incluso totalmente borrados." (Nietzsche, pp. 99-100).

4. "De aquí se deriva para la genealogía una tarea indispensable: percibir la singularidad de los sucesos, fuera de toda finalidad monótona; encontrarlos allí donde menos se espera y en aquello que pasa desapercibido por no tener nada de historia..." (Foucault, Idem).

5. "La lengua, en cada uno de los momentos de su proceder de formación, no sólo se estratifica en dialectos lingüísticos en el sentido exacto de la palabra, sino también en lenguajes ideológico-sociales: de grupos sociales, profesionales, de género, lenguajes de las generaciones, etc." (Bakhtin, p. 89).

"En la vida real del lenguaje, toda comprensión concreta es activa: abarca lo que debe ser comprendido en el propio horizonte objetual-expresivo y está indisolublemente ligada a una *respuesta, a una objeción o a un consentimiento motivado*." (Bakhtin, p. 99). El subrayado es mío.

6. "Cada enunciado está implicado en el lenguaje único (en las fuerzas y en las tendencias centrípetas) y, al mismo tiempo, en el plurilingüismo social e histórico (en las fuerzas centrífugas, estratificadoras). (Bakhtin, p. 90).

7. "La realidad médica es el resultado de una compleja interacción de esfuerzos descriptivos, de evaluación, explicativos y socialmente clasificativos,

que conforman y orientan nuestra manera de hablar, experimentar y reaccionar ante la realidad médica. “ (Tristram Engelhardt, *Los fundamentos de la Bioética*, p. 214).

8. “Pero sólo ahora, ese medio plurilingüe de palabras ajenas no es dado al hablante en el objeto, sino en el alma del oyente, como su *fondo aperceptivo*, lleno de respuestas y objeciones. Y hacia ese fondo aperceptivo del entendimiento (no lingüístico, sino objetual-expresivo), se orienta todo enunciado.” (Bakhtin, p. 98).

9. “La imagen del lenguaje, como híbrido intencional, es, en primer lugar, un híbrido consciente (a diferencia del híbrido lingüístico histórico, orgánico e incomprensible), en eso precisamente consiste la comprensión de un lenguaje por otro, su iluminación por otra conciencia lingüística.” (Bakhtin, p. 175).

10. “El poder está en todas partes; no es que lo englobe todo, sino que viene de todas partes.” (Foucault. *Historia de la Sexualidad*, p. 113).

11. “El poder tiende a normalizar, a establecer la marca entre lo permitido y lo prohibido, y para ello se vale de alguna forma de saber.” (Rojas. *Foucault y el Pensamiento Contemporáneo*, p. 20).

12. “¡Pues resulta evidente cuál color ha de ser cien veces más importante para un genealogista de la moral que justamente el azul; a saber, el gris, quiero decir, lo fundado en documentos...” (Nietzsche. p. 29).

Bibliografía

Fuentes conceptuales y metodológicas

- Bakhtin, Mickail (1975). *Teoría y estética de la novela*. Madrid: Tecnos.
- Conill, Jesús (1997). *El Poder de la Mentira*. Madrid: Tecnos.
- Foucault, Michel (1996). *Historia de la Sexualidad*. Tomo 1º: *La voluntad de saber*. 23ª edición. México: Siglo XXI.
- . (1996) *Nacimiento de la Clínica*. 16ª edición. México: Siglo XXI.
- . (1992) *Microfísica del Poder*. 3ª Edición. Madrid: La Piqueta.

Gadamer, Hans-Georg (1996). *El estado oculto de la salud*. Barcelona: GEDISA.

Jiménez, Alexander (Comp.) (1998). *Nietzsche y la Modernidad*. Heredia: EUNA.

Nietzsche, Frederick (1997). *La Genealogía de la Moral*. 21ª edición. Madrid: Alianza.

Ramírez, Edgar y Alfaro, Mario (compiladores) (1996). *Ética, Ciencia y Tecnología*. 4ª edición. Cartago: Editorial Tecnológica de Costa Rica.

Rojas, Carlos (1995). *Foucault y el Pensamiento Contemporáneo*. San Juan: Editorial de la Universidad de Puerto Rico.

Tristram Engelhardt, H. (1995). *Los Fundamentos de la Bioética*. Barcelona: Paidós.

Fuentes documentales

- Association of American Medical Colleges (1984). *Physicians for the Twenty-First Century. The GPEP Report*. Washington, D.C. USA.
- Blanco, Alfredo (1997). *Los médicos en Costa Rica y su influencia en el desarrollo económico y social*. San José: Imprenta y Litografía Mundo Gráfico.
- Caja Costarricense de Seguro Social. *Reglamento de la Actividad Docente en la Caja Costarricense de Seguro Social*. Publicado en LA GACETA N° 105, junio de 1997.
- Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. *Código de Moral Médica*. Publicado en LA GACETA N° 205, octubre de 1981.
- Escuela de Medicina. *Plan de Estudios de la carrera de Licenciatura de Medicina y Cirugía de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*.
- Escuela de Medicina. *Perfil Profesional del médico graduado de la Universidad de Costa Rica*.
- Escuela de Medicina. *Reglamento del Internado Universitario de la Universidad de Costa Rica*.
- Organización Panamericana de la Salud (1997). *Intervenciones en la interfase de la práctica y la educación médicas. Propuesta de cooperación interpaíses*. San José, Costa Rica.