



Prólogo

La medicina en el contexto del orden mundial

El notable desarrollo de las ciencias y de la tecnología, propio del desarrollo actual del capitalismo neoliberal, tiene su correlato en la medicina. Resulta difícil creer que en otras circunstancias hubiera sido posible la ejecución de proyectos tales como el Genoma Humano, los trasplantes, los avances en neurociencias, nanotecnología, prótesis y el desarrollo de moléculas terapéuticas obtenidas por técnicas de recombinación. Una apología al sistema es la primera tentación que surge si se opera ingenuamente a la vanguardia del desarrollo científico actual.

La ciencia y la tecnología hacen tratos con las ideologías, los intereses se mueven en un mundo postmoderno que reclama la liberación de las fuerzas organizadoras (del mercado), pero que es miope a los límites de sus propios avances. En medicina esto evolucionó a una teoría de procedimientos prácticos derivados del conocimiento científico y del desarrollo exponencial de la tecnología, que en su aplicación convirtió a la tarea médica en un mero elemento del mundo del trabajo.

No es redundante decir que la práctica médica está determinada por el contexto histórico y, por lo tanto, considerarla como independiente, autónoma, o al margen de la estructura social, resulta por demás equívoco. A pesar de los grandes avances científicos la práctica médica no ha logrado superar el “episteme del sujeto”, el cual fue inaugurado por René Descartes filósofo y matemático francés, que y entiende al sujeto (paciente) como un conjunto de signos y de síntomas, un paciente unidimensional, homogéneo, en el cual la Medicina y sus practicantes deben intervenir. Esta visión lineal de la realidad es un limitante para la comprensión integral de los problemas de la salud y la complejidad de los problemas humanos.

Los sistemas económicos y políticos dominantes utilizan la ciencia y la tecnología como herramientas de la ideología para defender sus intereses. Los actos humanos que obedecen la ideología son inconscientes, realidades indiscutibles, son naturales y no necesitan argumentación. La ideología se expresa a través de frases hechas que todos repetimos sin reflexión. Para Platón la ideología es la "falsa conciencia" de los hombres para que no reconozcan las "reglas" que norman su comportamiento(1). A pesar de ello, desde hace siglos los practicantes de la medicina quieren convencerse de que la práctica científica es independiente de la ideología. Tal es así, que Francis Bacon, filósofo y abogado inglés, buscó una visión de la ciencia que no estuviese infectada por la ideología. Esta posición es muy parecida a la que desarrollaron los filósofos positivistas y algunos filósofos neo marxistas, que conciben la ciencia como neutra.

Para la Modernidad el "punto de vista científico" consiste en matematizar la Naturaleza, y de esta manera conferir seriedad científica y certeza a las Ciencias de la Salud. Para cumplir esta "necesidad", la Medicina necesita una matriz de conocimiento biológico constituido por explicaciones verticales y cadenas causales que cuentan con una lógica formal, informática y un razonamiento estricto; explicada a través de modelos conceptuales. Este programa ha sido el responsable del éxito de la especialización médica, que fraccionó el campo de dominio del conocimiento como un requisito para su desarrollo, pero en detrimento del individuo, pues también lo fraccionó en la práctica.

En la década de los 80's este discurso tomó relevancia y se convirtió en programas de autocuidado de salud, a los que mal llamamos "Atención Primaria"; estos programas dirigieron su atención a los determinantes del proceso salud-enfermedad y trataron de superar la hegemonía del modelo biomédico. La Conferencia de Alma Ata (1978) es un ejemplo de que los meta-relatos persisten, a pesar de la perorata postmoderna, pues pone en vigencia la "Declaración Universal de los Derechos Humanos" (DUDH), es decir de la humanización de los sistemas de salud. Pero sigue siendo una propuesta conservadora, pues el interés de este discurso nunca fue la transformación de la vida y de la salud, sino mantener una "falsa conciencia", que no ponga en peligro el sistema económico imperante.

Los estados liberales y las facultades de Medicina, en su mayoría influenciadas por el Positivismo y la nueva fenomenología, aceptaron rápidamente este discurso. La universidad se ha transformado en la "nueva fábrica", basada en el modelo orgánico de Mintzberg (1979), y el pensamiento socio-crítico ha quedado relegado para dar paso al desarrollo de competencias laborales requeridas por el mercado laboral, y muchas veces exigido por la multitud que reclama guías, protocolos y consensos al margen del contexto o las particularidades del individuo - paciente.

El Estado Moderno como componente político de la dominación de la sociedad, y sus sistemas de salud se alinearon con la burocracia internacional y desarrollaron programas verticales homogéneos y homogeneizadores sin ninguna criticidad, incorporaron conocimientos del llamado “Primer Mundo” y la herencia biológica, histórica y cultural de las “economías en desarrollo” no fue considerada relevante ni incidentes.

Los autores consideran que el pensamiento complejo puede superar el positivismo (base filosófica de la medicina hegemónica), así como la nueva fenomenología (base epistemológica de la Salud Pública). Pues, este se basa en el estudio de las particularidades, que permiten develar la verdad del conflicto adaptativo que utiliza la enfermedad como un refugio frente al infortunio o la desgracia personal a lo que llamamos “sufrimiento”.

Limitaciones de la medicina hegemónica

El discurso hegemónico reclama la creencia a ciegas en la promesa de un futuro deseable de modernización y de progreso para mejorar la salud. La promesa de desarrollo, detrás del discurso modernizador y el relego de nuestra herencia indígena de “miseria y de barbarie” (subdesarrollo dependiente), llena la conciencia colectiva. Las instituciones educativas, gremios profesionales y otros actores son entusiastas colaboradores de este Estado modernizador. Las masas y los intelectuales locales también se han sentido fascinados por los modelos autoritarios de modernización.

El proyecto modernizador ha elaborado una serie de supuestos falsos que todos repiten hasta que se transforman en verdades incuestionables: *“para ser un gran médico solo debes leer el Up to Date, estar actualizado y reconocer la calidad de la evidencia levantada por ese mundo utópico y maravilloso que es el primer mundo, es la principal tarea del buen médico”, “[...] el mundo académico debe realizar investigación, el camino es la obtención de doctorados en universidades extranjeras donde aprenderán herramientas que nos permitirán en pocos años acortar la brecha con las universidades de países desarrollados”.*

La ideología dominante olvida que la creación del nuevo conocimiento médico está limitada por la realidad de la exclusión de los saberes y sentires de una población que no cree en la medicina occidental ni en sus ejecutores. ¿A quién serviría este nuevo saber si sus beneficiarios no son adeptos o creyentes de la doctrina? El dialogismo de ideas o de sentimientos es un recurso que la medicina ha postergado.

Se necesita lograr un nuevo acuerdo médico, y en el camino aceptar que el pensamiento racional, las normas, guías y protocolos son imposiciones que ratifican los roles predispuestos en el

mundo social. El profesional de la salud debe reconocer a todos los actores que participan en el complejo engranaje de la salud y aceptar que cada uno de ellos tiene diferentes capacidades de argumentación para superar la instrumentación del médico y de la medicina. Esto es posible solo si se establece un debate real donde se acepten los saberes y los sentires diferentes. La razón y la medicina ya no son propiedad monopólica de los médicos, tampoco del individualismo *"new age"* (*"Nueva Era"*), la medicina es parte del debate sobre la diversidad y la diferencia; este es un debate político.

La ideología ha implantado mitos como el de *"la medicina es una profesión diferente de vocación y de servicio"*, intentando negar el hecho de la razón instrumental (dentro o fuera de las instituciones), sin libertad de pensamiento atrapados en el mundo de la burocracia y en el utópico *"Sueño Americano"* (*"American Dream"* en inglés). Entre la normalización de las instituciones estatales de salud, que buscan la perpetuación de la burocracia y la defensa de un Estado ciego y homogenizador, y las ofertas de la medicina de mercado que solo busca mejorar sus ingresos, la tarea pendiente es regresar al paciente *"al otro"*, quien fue la razón esencial de la práctica médica.

Este proceso dialéctico podría ser la utopía de emancipación, a través de la cual el médico busca su diferenciación e inicia una práctica libre, que va transformando la medicina. El médico deja de ser un *"sujeto sujetado"*, instrumento del libre mercado y de la burocracia estatista, y recupera la *"práctica médica"* como una disciplina de servicio a los que sufren. Jürgen Habermas, filósofo y sociólogo alemán, considera que la razón está distribuida en la acción y la racionalización social de todos, es decir en la medicina hegemónica, en la salud pública fenomenológica, entre los saberes y sentires de la comunidad y en el pensamiento crítico.

Para nosotros, la única forma de lograr un acuerdo es aplicando una *"acción comunicativa"* que permita llegar al consenso, que incluya a todos. La nueva medicina debe construirse en la práctica que se vaya convirtiendo en una teoría social. Esta teoría social debe partir de una esfera distinta a la del Estado o a la del Mercado, pues la racionalidad se ha agotado en estas instancias en tanto que no logran concretar acuerdos en el mundo social y se convierten en esferas excluyentes.

Esta fundamentación debe hacerse en la esfera de lo que Habermas llama *"el mundo de la vida"*, es decir, entre los sujetos sociales excluidos del Mercado y del Estado. Este libro busca responder a este mundo de la vida, y para ello recorre 20 años de práctica y de reflexión en zonas rurales en el primero y segundo nivel de atención de salud.

“El Otro”, al que llamamos paciente

El reconocimiento del “Otro” trasciende el punto de vista científico, la tarea es la búsqueda del origen del padecimiento (orgánico o funcional), sin dejar de lado el respeto por la necesidad y la dignidad de la persona que recurre a nosotros. En el respeto a la dignidad y a la diferencia del otro es donde se encuentra el fundamento de nuestra propia dignidad. Este principio se encuentra magníficamente representado en la frase del médico inglés Thomas Sydenham: *“Nadie ha sido tratado por mí de manera distinta a como yo quisiera ser tratado, si me enfermara del mismo mal”*.

Para Charles Peirce, filósofo y científico estadounidense, la preocupación está en el cómo construimos la realidad en el pensamiento. Toda realidad queda mediada y clausurada en el pensamiento. No se niega que exista algo allá en el exterior, pero nos acercamos a esa realidad a través del signo, es decir, que accedemos a la realidad por inferencia. La inferencia se constituye como el método del pensamiento que lleva a una práctica. Así, la arrogancia del conocimiento de la realidad se desvanece.

El acuerdo médico que necesitamos, debe dejar de simular la neutralidad de nuestra práctica y aceptar que respondemos a intereses y fines políticos. Podemos evitar que nuestros pacientes sean solo objetos de descripción en esta nueva práctica médica transformacional, si superamos el médico-centrismo y el egocentrismo de la práctica médica, al conjugar tanto las matemáticas como las ciencias sociales como auxiliares metodológicos. Conceptos como la observación participativa, el relativismo cultural, la eficacia simbólica, la investigación cualitativa, la escucha activa, o la interpretación del discurso; deben formar parte del método de abordaje e interpretación clínica.

Lo político, siguiendo a Aristóteles, filósofo y polímata griego considerado junto con Platón “padre de la filosofía occidental”, es la coordinación de muchas acciones y, es aquello que diferencia al ser humano del animal, que consiste en la capacidad de dar forma a la vida social. Sus manifestaciones casi nunca se revisten de ropajes políticos; aparecen bajo formas diversas en la vida cotidiana, y especialmente en la fiesta y en la creación artística. La Política es, en cambio, la concreta actividad que se encamina a la conquista del poder o a su conservación. En otros términos, lo político anida en la vida social, en cambio la Política es propia de la vida del Estado (2).

Este libro pretende plasmar un conocimiento actualizado de la medicina hegemónica alrededor de temas o enfermedades comunes para los médicos, discutido, contextualizado, criticado y confrontado con los conocimientos y prácticas ancestrales de poblaciones mestizas e indígenas.

El reto de la interculturalidad real, aceptar el mestizaje y “al otro”

Los tratamientos que negociamos con el paciente dependen de la filosofía con la que el paciente y el médico conciben el mundo, en una relación de intercambio continuo. El Ser de las personas es una identidad histórica que se configura en el mundo en forma de un Proyecto, y el objetivo del médico con pensamiento complejo es entender a la persona a través del “lenguaje comunicativo”, y la comprensión del contexto de vida individual y general. La interculturalidad real debe ser entendida como una oportunidad para este diálogo imposible.

Habermas admite esta independencia del lenguaje y elabora su teoría filosófica a partir de lo que él llama los sinónimos universales del habla: aquellos supuestos que debe considerar cualquier hablante antes de emitir palabra, porque son “mandatos” del lenguaje. Estos supuestos son ciertos en cualquier lengua, por tanto, son universales. Para alcanzar un consenso comunicativo un hablante no puede dejar de pretender:

- *Inteligibilidad* para lo que se dice. La comunicación resulta imposible si lo que se dice es incomprendible para los demás.
- *Verdad para aquello que se dice*. Para el contenido de lo que se dice en relación con lo objetivo (si digo “esta mesa es verde” debe ser verde) o para las condiciones de existencia de lo que se dice (si digo: “cierra la puerta” se presupone que la puerta estaba abierta).
- *Rectitud para su acto de habla en relación con un contexto normativo*. Esto significaría lo siguiente: todo hablante se atiene a un conjunto de normas aceptadas por todos. Si dice “usted se calla” es porque debe estar autorizado a decirlo.
- *Veracidad para su formulación como expresión de su pensamiento*. Lo que dice debe ser lo que cree o piensa; si miente, la comunicación se rompe.

Estos cuatro supuestos: *inteligibilidad, verdad, rectitud y veracidad*, son los que forman la base de validez del habla, para poder comunicarnos son precisos esos cuatro supuestos, y el lenguaje nos “obliga” a cumplirlos. Los otros usos del lenguaje son parasitarios de este uso ideal. Podemos usar el lenguaje para engañar, estafar, manipular, etc, pero el que miente debe hacer creer a los demás que opera bajo el supuesto de veracidad si quiere conseguir su objetivo, el que dice cosas incongruentes debe convencernos de que no está loco, y que lo que dice responde a la realidad, el que violenta y problematiza las normas pone en cuestión el presupuesto de rectitud, etc.

La comunicación real está llena de problemas que impiden estas condiciones ideales del habla. Existen todo tipo de patologías en

la comunicación humana, pero esto no excluye la necesidad de un modelo de comunicación ideal como referencia, el modelo que el uso correcto del lenguaje exigiría. Cuando existen perturbaciones en la comunicación, todos tenemos conciencia de que el proceso comunicador está pisando sobre supuestos no admitidos, de que existe una anomalía. Las expectativas de normalidad quedan desmentidas si lo que dices es falso, o no eres quién para decírmelo, o mientes, o no te entiendo, y se produce violencia cuando no se consigue restablecer la comunicación.

Cuando no funcionan las bases de validez del habla y se interrumpe el proceso comunicativo, se produce una situación de incomunicación y, por tanto, de violencia más o menos encubierta, los hablantes deben crear una situación ideal de habla en la que cada hablante se olvida de las diferencias de poder, sexo, edad... y de las normas compartidas, ya que la violencia reinante las ha puesto en duda, y deben tener así igualdad de oportunidades para expresar los mejores argumentos que posean para defender su postura. El consenso se produce sobre la base de la coacción del mejor argumento: si me dejo convencer es porque pretendo que las razones en las que se asienta mi convicción son igualmente convincentes para cualquier hablante. El ideal de la razón está inscrito en la interacción lingüística, la alternativa al diálogo no es otra que la sin razón y la violencia (3).

Para Habermas, la comunicación lleva inscrita en su piel la promesa de resolver con razones las perturbaciones. Quien habla pisa una dimensión en la que aparecen claros los conceptos dicotómicos como verdad/mentira y justicia e injusticia. El lenguaje nos da la posibilidad de consensuar normas de comportamiento y de propiciar, por tanto, el progreso histórico. Habermas da un nuevo sentido a la frase de Aristóteles: *"el hombre, porque habla, sabe de lo justo y de lo injusto"*. Sobre el lenguaje, Habermas establece la posibilidad de crear una ética, una política y una teoría consensual de la verdad(4).

Si el paciente se concibe como un ente espiritual y cree que su cuerpo puede albergar espíritus, la enfermedad es un espíritu maligno y la terapia consiste en espantar el espíritu. Si el paciente se concibe como una categoría evolutiva, es decir como un animal que vive en la naturaleza y fue creado por la naturaleza, la enfermedad es un desarreglo que depende de la naturaleza y la terapia también. Si el paciente se ve a sí mismo como un animal físico y químico, su enfermedad debe ser tratada con fisioterapias o quimioterapias.

Las críticas más frecuentes que enfrentan los modelos nacionales de salud son:

- Falta de consideración de los aspectos multidimensionales implicados en la experiencia del enfermar.

- Estructura marcadamente etnocéntrica de la relación médico – paciente, puesta en evidencia en el uso de un lenguaje técnico alejado de la experiencia cotidiana de los pacientes.
- Primacía del supuesto de la homogeneidad cultural y el correlativo no-reconocimiento de las diferencias culturales.

El personal médico no entiende los síndromes de la Nosología popular que sirven a los pacientes para describir sus dolencias, ni las ideas sobre el origen sobrenatural de sus padecimientos, o los tratamientos que consideran apropiados para tratarlos. En nuestra arrogancia, estos conceptos no son válidos, porque no son científicos, además son subjetivos. Pero su valor no radica en su cientificidad sino en la legitimidad de su uso práctico, son parte del mundo de la vida de los pacientes.

Los recursos humanos en salud no están formados para ejercer una medicina intercultural ni en términos ideales, ni en términos reales. Las competencias mínimas que los médicos necesitan para ejecutar el modelo occidental de salud intercultural no son entregadas por las Facultades de Medicina. En la realidad, existe falta de consideración de los aspectos socioculturales, unilateralidad en la relación médico – paciente y negación de la vigencia de otras culturas, especialmente las culturas subalternas, que plantea Antonio Gramsci Marcias, filósofo y político marxista italiano.

El discurso oficial establece un modelo de atención con sensibilidad cultural que se sustente en la simetría de la relación entre los conocimientos socialmente aceptados y el conocimiento médico occidental, pero en la práctica persiste el rol modernizador que impone el Estado Liberal, para el cual los indígenas, los negros, los mulatos, los montubios o los suburbanos marginales son un lastre para el desarrollo.

No pretendemos minimizar la lucha política por una interculturalidad ideal, la cual respetamos y entendemos. Pero para quienes practicamos la medicina occidental, es más fácil aceptar y entender la categoría de interculturalidad real porque es un hecho cultural del cual es parte el propio médico; quien creció mirando a su familia colocar manillas de color rojo para el “mal del ojo” de los recién nacidos, evitando cosas frías cuando tiene fiebre, mirando cómo se realizan las “limpias” y tomando “aguas medicinales”, como parte de su propio mestizaje.

El reconocimiento de la existencia de un itinerario terapéutico o “camino de la cura”, en términos del antropólogo José Sánchez Parga, antropólogo ecuatoriano, que el paciente ejecuta, le adjudica un rol activo en la salud intercultural y deja de ser un ente pasivo de los modelos interculturales propuestos desde el sistema hegemónico de salud(5). Es decir, un paciente acude a un consultorio médico con una dolencia en busca de soluciones, no obstante el mismo paciente utiliza otros sistemas “no médicos”, para resolver

sus problemas o dolencias, pero la experiencia de la relación médico paciente (en el modelo occidental) es una posta en medio de un itinerario, y no un destino.

Cada paciente con independencia de las discusiones técnico analíticas, elige las alternativas de salud que él mismo legitima como efectivas, reconociéndose en esta dinámica una verdadera interculturalidad, en la que el paciente distingue las pertinencias de cada sistema y efectúa su elección (complementación). Para estos efectos, la complementariedad va a ser entendida como un tipo de relación entre sistemas médicos, producida por/a través del paciente o usuario y no directamente entre agentes; procedimientos o contextos de dos sistemas. En esta perspectiva no son los sistemas los que definen la especificidad y valor del médico, el boticario, el shaman, la comadrona, el sobador, la partera, el brujo, etc; sino el paciente(6).

Tampoco debe entenderse la interculturalidad como una especie de pluralismo radical o de "vale todo", en el cual se acepta y se defiende prácticas que quizá pongan en peligro la vida de un individuo. Se trata de entender que ese "camino de la cura", ese peregrinar, es legítimo debido justamente a condiciones estructurales o determinantes sociales de la salud que señalan sin eufemismos las brechas de educación, el limitado acceso a los sistemas de salud, la pobreza, pero que son el crisol donde habitan nuestros pacientes.

El pensamiento complejo utilizado para entender al paciente y su sufrimiento, así como aprender a negociar e individualizar los tratamientos, devuelve la categoría de arte a la práctica médica y permite superar la preponderancia del modelo biomédico, el positivismo y la nueva fenomenología, El pensamiento complejo utilizado para entender al paciente y su sufrimiento, así como aprender a negociar e individualizar los tratamientos, devuelve la categoría de arte a la práctica médica y permite superar la preponderancia del modelo biomédico, el Positivismo y la nueva Fenomenología, que nos plantea: Jean Paul Sartre, filósofo francés, exponente del existencialismo y del marxismo humanista, y Edmund Husserl, filósofo y matemático moravo (República Checa), fundador de la fenomenología trascendental y, a través de ella, del movimiento fenomenológico, uno de los movimientos filosóficos más influyentes del siglo XX y de vigencia plena en el siglo XXI.

El rechazo a una práctica médica integral e intercultural, el médico encerrado en una jaula de oro

La crisis de la eficacia simbólica de la medicina occidental en sociedades mestizas es rechazada sutilmente, tanto por los médicos como por los sistemas de salud. Tal rechazo se expone en pregun-

tas ideológicas: ¿es científico?, ¿no es medicina alternativa?, ¿tiene evidencia científica?

En nuestro contexto social los valores mercantilistas predominantes determinan el rol del "médico exitoso". Los profesionales jóvenes son muchas veces seducidos por los incentivos de la sociedad de mercado, los médicos que vienen de una historia familiar de carencia y de necesidades buscan en su título profesional el ascenso social, en ambos casos se niegan las utopías, se vive en el utilitarismo político, y toman partido entre el populismo autoritario o las opciones ultraconservadoras.

En este vacío político, las pocas alternativas involucran formar parte del aparato burocrático normatizador o ser profesionales devotos del libre mercado. Al final la mayoría de los profesionales de la salud forman parte del equipo autoritario y modernizador del aparataje del Estado pues la modernización del mundo rural es y sigue siendo una tarea fundamental del Estado, que a través de sus instituciones implementa las llamadas "políticas nacionales de salud".

El nuevo episteme, que proponemos en este texto, tiene como base el pensamiento de Charles Peirce, Jürgen Habermas y Karl-Otto Apel que forman parte del llamado giro lingüístico-pragmático en la filosofía. En un inicio el conocimiento de la realidad no está en la conciencia, sino en el lenguaje, pero más allá del sentido retórico, pues la pobreza y la guerra no se hacen con palabras solamente. El giro lingüístico permite reconocer que el acceso al mundo a través de la razón no puede ser reducido a la reflexión de una persona en solitario. La construcción de conocimiento es parte de un proceso con profundos rasgos de intersubjetividad, y pensar al sujeto fuera de un mundo social puede llevar al colapso de la civilización (3). El lenguaje debe volverse práctica, debe transformar el "mundo de la vida" como dice Habermas.

Este nuevo episteme se contrapone a la idea de mirar al paciente como una enfermedad, negando la identidad, conocimientos, cultura e imaginarios que el paciente aprendió durante toda su vida. Leer los avances del conocimiento médico sin entender el contexto sociocultural, están llevando al colapso de la práctica médica atrapada entre las enfermedades y la negación de la muerte.

Referencias bibliográficas

1. Platón. La Republica. Madrid: Ediciones AKAL; 2009.
2. Echeverría B. La modernidad de lo barroco: México, D.F.: Ediciones Era; 2000.
3. Habermas J. Verdad y justificación Madrid: Trotta; 1999.
4. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa: racionalidad de la acción. Madrid: Taurus; 1981.
5. Sánchez Parga J. Los caminos de la cura en Política en salud y comunidad andina. Quito: CAAP editores; 1982.
6. Homer O, Barnett. Acculturation: An Exploratory Formulation. American Anthropology. 1954;(56).

8. Rosen M. On voluntary Servitude Massachusetts. Cambridge: University Press; 1996.
9. Larrain J. The concept of Ideology Hutchinson: London; 1979.
10. Selingen M. The marxist conception of Ideology Cambridge: University Press; 1979.
11. Herrera D. Relación Médico Paciente, implicaciones ideológicas y de Poder. Quito: 2009.
12. Muñoz F. El pensamiento político de América Latina en los setenta: sus rupturas y perspectivas en el siglo XXI. Quito: FLACSO ANDES. 2016.
13. Lesgart. Pasado y presente de la Ciencia Política producida en Argentina, apunte de un debate para su porvenir. Temas y debates N°14. 2007.
14. Herrera D, Gaus D. Manual Médico SALUDESA Santo Domingo: Ortega; 2016.
15. Dolcini H. Medicina en busca de un nuevo paradigma. Buenos Aires: Arkadia; 2008.
16. Pierce CS. Collected Paper of Charles Sanders Pierce Cambridge: Harvard University Press; 1965.
17. Apel K. Análisis del lenguaje, Semiótica y Hermenéutica. Madrid: Taurus; 1985.
18. Pierce C. S. The Charles S. Peirce Papers Cambridge: Photographic Service; 1966.
19. Barrow C. W. Critical Theories of the States, Marxist, Neo-marxist, post- marxist Madison: University of Wisconsin Press; 1993.
20. Gudynas E. Debates sobre el desarrollo y sus alternativas en América Latina: Una breve guía heterodoxa Quito: El Conejo; 2005.
21. Cabellos F, Hernán P. Sistematización participativa de Experiencias de Salud Intercultural en los Establecimientos de Salud y Comunidades existentes en las Comunas focalizadas por el programa de Desarrollo integral de Comunidades Indígenas. San Felipe: 2004.
22. Herrera D. Transición epidemiológica de la población rural. Práctica Familiar Rural Vol. 1 N°1. 2017.
23. Bunge M. Filosofía para médicos Buenos Aires: Gedisa; 2012.