

LA ENSEÑANZA DE HUMANIDADES EN MEDICINA: REFLEXIONES A PARTIR DE UNA MIRADA ANTROPOLÓGICA

*EDUCATION OF THE HUMANITIES IN THE MEDICINE CAREER: REFLECTIONS
FROM AN ANTHROPOLOGICAL PERSPECTIVE*

Andrea Quadrelli*

Resumen. La enseñanza de humanidades en Medicina propone sensibilizar a los estudiantes sobre las dimensiones sociales y culturales del fenómeno salud-enfermedad. En este artículo se recuperan, en un tono reflexivo, discusiones principales en torno a la educación y al concepto de humanidades médicas, especialmente con respecto a su inserción curricular en la educación médica. El conocimiento de los trabajos realizados en facultades de medicina regionales es un punto de partida para la discusión y el análisis de la experiencia uruguaya.

Palabras clave: antropología de la salud, antropología médica, educación de pregrado en Medicina, humanidades

Abstract. Teaching humanities in Medicine aims to sensitize students about the social and cultural dimensions of health and disease. Here, relevant discussions about teaching medical humanities are considered, in a reflective tone, especially with regard to its insertion in medical education curriculum. Knowledge of the work in regional medical schools can be a useful starting point for the discussion and analysis of the Uruguayan experience.

Keywords: health anthropology, humanities, medical anthropology, undergraduate education in Medicine

INTRODUCCIÓN

La medicina Occidental o *biomedicina*¹, a pesar de su reconocida eficacia, también comporta limitaciones de naturaleza social y cultural (Bohannon). Los problemas más citados se refieren al hecho de que es cada vez más cara a medida que se desarrolla tecnológicamente, de que favorece una instrucción en biología dejando a un lado una

* Doctoranda en Salud Pública en la Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz (ENSP-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, Brasil). Doctora en Antropología Social por la Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil. Magíster en Antropología Social por la Universidad Nacional de Misiones, Posadas, Argentina. Licenciada en Biología por la Universidad de la República Oriental del Uruguay. Es docente de Antropología Médica en la Facultad de Medicina del Instituto ClaeH y docente de Metodología de la Investigación en la Facultad de Ciencias Humanas de la Universidad Católica del Uruguay. Actualmente es Candidata del Sistema Nacional de Investigadores.

¹ El concepto de biomedicina surge desde el ámbito antropológico para designar a la medicina profesional Occidental, fundamentada en las ciencias biológicas, como forma de distinguir prácticas médicas profesionales de otras culturas.

formación humanista y de que deposita una confianza excesiva en la tecnología causando una despersonalización en la atención al enfermo y descuidando la perspectiva del paciente y los aspectos emocionales de la enfermedad (Hahn; Bohannan; Helman; Good). Como reacción a esta situación, y frente a una cultura médica definida por miradas científicas, técnicas y administrativas, se ha promovido “la recuperación del humanismo y de una buena relación clínica en la enseñanza y la práctica de la medicina” (Norero, 253). Para ello, se han introducido disciplinas del área de las humanidades (que reúne saberes de filosofía, ética, psicología, antropología, artes, sociología, historia, política) en los cursos de medicina con el objetivo de formar médicos con competencia ética y relacional y superar el poco productivo antagonismo entre tecnicismo y humanismo (Rios). La enseñanza de las humanidades en Medicina “busca sensibilizar a las personas (para sumar, a la perspectiva técnica, una mirada sobre la condición humana), y desarrollar métodos didáctico-pedagógicos adecuados a su educación” (Rios, 1726: traducción de A.Q.). En el ámbito de la educación universitaria, existe una discusión intensa sobre la humanización de la medicina, la formación de médicos humanistas y la implementación de prácticas y políticas humanistas.

En Uruguay, la discusión sobre la inserción curricular del complejo de las humanidades en la formación médica es una discusión relativamente reciente (Romero 1995; Murguía^{2 3}). En este artículo se recuperan discusiones principales en torno a la enseñanza y al concepto de humanidades médicas en los cursos de Medicina, especialmente a partir de experiencias realizadas en otros países con reconocida tradición de trabajo en el área.

EL APOORTE DE LA ANTROPOLOGÍA AL CAMPO DE LA SALUD

El etnocentrismo es un concepto antropológico referido a la creencia de que nuestras propias conductas o valores, como individuos o grupo sociales, son siempre mejores, más adecuadas o importantes que las conductas o valores de individuos o grupos sociales diferentes. El resultado frecuente es un rechazo frente a maneras de vivir, creer o pensar que nos resultan extrañas. El etnocentrismo, característica universal presente en todas las sociedades humanas, es resultado de una ironía en nuestro aprendizaje del lenguaje y la cultura: el hecho de crecer y aprender una cultura nos hace humanos, pero el hecho de que aprendamos una cultura nos hace muy difícil aprender otra cultura de la forma

² Para mayores detalles ver Picaroni y Romero 1999; 2003.

³ La propuesta educativa del Claeh (2006), de formar médicos humanistas, da nuevo impulso al debate al instaurar formal y curricularmente el tema del humanismo médico en la educación universitaria.

profunda y natural en que aprendemos la primera; el mismo proceso que nos hace humanos también nos hace provincianos (Bohannan). La antropología pretende ser un medio privilegiado para superar el etnocentrismo, pues cuanto más aprendemos sobre otras formas de ser cultural y de ser humano, diferentes de las nuestras, mejor comprendemos el provincianismo de nuestras premisas y las actitudes que surgen de ellas (Bohannan). Frente a las actitudes etnocéntricas, surge la postura del relativismo cultural que, en términos generales, establece que el comportamiento de una cultura particular no debe ser juzgado con los padrones de otra.

Van der Geest (1995) propone pensar en las ciencias sociales y en la biomedicina como dos culturas diferentes con sus propias visiones y explicaciones del mundo y, por tanto, en una relación difícil entre ambas, de mutuo etnocentrismo. Así, mientras la cultura médica es práctica, orientada a la solución de problemas concretos, sin tiempo para perder y donde la principal medida de éxito es la salud de las personas, las características más importantes de la cultura de las ciencias sociales, en particular de la antropología, son prácticamente opuestas: el principal interés de la disciplina es de orden teórico, reflexivo o descriptivo, no necesariamente aplicado, sin fuerte presión para completar las investigaciones en curso y sin el objetivo último de mejorar la vida de quienes estudia (al menos a corto plazo) sino de producir textos y publicar sobre éstos. Para el autor, que se extiende en la descripción de irónicos estereotipos etnocéntricos entre ambos campos disciplinares, es sorprendente que existan buenas relaciones e intercambios productivos entre médicos practicantes y antropólogos.

Las contribuciones de la antropología para el área de la salud han sido señaladas en diversos y numerosos estudios, autores como Byron Good, Cecil Helman y Arthur Kleinman recuperan la relevancia de las informaciones culturales en las intervenciones preventivas y terapéuticas ofreciendo un marco teórico y metodológico para el análisis de los factores culturales que intervienen en el campo de la salud (Kleinman y Benson; Helman; Good; Uchôa). Como aportes principales de la perspectiva antropológica se ha señalado la relativización de conceptos biomédicos; la importancia de comprender las categorías “salud” y “enfermedad” en un contexto histórico, de clase, género, edad y etnia; la necesidad de reconocer que, para todos los grupos, es siempre de manera específica y peculiar que un problema de salud es vivido, en compleja interacción entre aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales; y finalmente, el abordaje metodológico propio de la perspectiva antropológica (Minayo). En este último sentido, la antropología enseña a los profesionales de la salud que es necesario

escuchar, primero, cómo nuestro interlocutor *define su situación*. En segundo lugar, cuál es su *experiencia biográfica* recordando que una persona siempre está situada biográficamente en la vida y es, en ese contexto, que piensa, siente y actúa. En tercer lugar, cuál es su *reserva de conocimiento*, o sea, cuál es su sedimentación de experiencias y situaciones vividas a partir de las cuales interpreta el mundo y pauta su acción. En cuarto lugar, a qué da relevancia en su discurso, pues su estructura de relevancias se relaciona con su bagaje de conocimientos y su situación biográfica. (Minayo, 199: traducción de A.Q., énfasis de A.Q.)

Sin extendernos en la presentación de los aportes que la antropología realiza al campo de la salud, una importante cuestión a resolver, como explica Claude Raynaut, es cómo hacer para que disciplinas clínicas que trabajan con personas enfermas, buscando las causas de su sufrimiento físico, integren el hecho de que la esencia de la persona humana va más allá de su cuerpo biológico siendo una persona que piensa, imagina, simboliza, está inserta en redes, estructuras, formas de pensamiento colectivas que marcan y orientan su comportamiento. Del mismo modo, cómo conseguir que las ciencias psicológicas y sociales admitan que el ser humano no está constituido solamente de un espíritu sino también de un cuerpo y que las sociedades humanas no pueden ser analizadas únicamente en su dimensión cultural (Raynaut). En el mismo sentido, Sjaak Van der Geest plantea:

La aproximación antropológica busca los significados del fenómeno humano. Para ello, estudia el fenómeno en su contexto más amplio. El cientista médico, sin embargo, está inclinado a aislar su objeto de estudio. En forma temporaria, excluirá el contexto para concentrarse en las propiedades biológicas y químicas del problema en cuestión pero, en algún momento, la enfermedad ocupará su lugar “natural” y el paciente su posición psicológica y su contexto social y cultural específico. La visión cultural necesita de la perspectiva médica y le da sentido a la misma. Recíprocamente, el experto biomédico no puede desconsiderar las complejidades culturales de la enfermedad. (Van der Geest, 870: traducción de A.Q.)

De esta forma, la interdisciplinaridad se impone cada vez más como una exigencia imprescindible para abordar las cuestiones relativas a la salud de las poblaciones y de los individuos (Raynaut). Sin embargo, la cooperación entre ambos campos disciplinares sólo es posible a partir del reconocimiento y confesión del profundo etnocentrismo de ambas partes (Van der Geest). En este sentido, una interdisciplinaridad realista y eficiente podrá

construirse sobre la conciencia de la relatividad y los límites de cada campo disciplinar; sobre una buena información respecto de lo que otras disciplinas pueden aportar en la construcción de un conocimiento más amplio de la realidad y sobre la voluntad y capacidad de realizar intercambios más allá de las fronteras disciplinares (Raynaut).

EL COMPLEJO DE LAS HUMANIDADES EN LA FORMACIÓN MÉDICA

El modelo dominante de educación médica surgió con las recomendaciones de Flexner, a principios del siglo pasado, y fue el que orientó la medicina académica. Desde entonces, la educación médica prácticamente no cambió hasta los años noventa donde es referente el informe de Scott Bloom basado en la “Nueva Biología” y los “Imperativos sociales” (Flexner; Bloom). Brevemente, en el informe Flexner, se reconocen como características principales el “reduccionismo biológico” (desde el punto de vista del objeto de la medicina) dirigido a la patología general y a la enfermedad, referido al cuerpo humano como objeto propio del conocimiento médico; el “conocimiento científico-natural” (desde el punto de vista del método de la medicina) y el “naturalismo normativo” (desde el punto de vista de la axiología y la ética) (Oseguera). Con el Informe Bloom, surgen las ideas de “comprensión de los principios de la conducta biopsicosocial del hombre”, “métodos basados en la resolución de problemas en pequeños grupos”, “programas integrados e interdisciplinarios”, etc. Son varios los antecedentes de los cambios propuestos en la educación médica en documentos ampliamente divulgados en los ochenta (Byrne y Rozental). Un artículo referente es el de George Engel (médico psiquiatra) publicado en 1977 donde se propone el modelo “biopsicosocial” para ampliar el abordaje biomédico y reconocer los valores y presupuestos culturales asociados e inmersos en un determinado contexto social. Esta propuesta fue una de las más influyentes en la elaboración de un primer modelo humanístico para la educación médica colocando el foco en la relación médico-paciente con la esperanza de producir un médico más sensible.

A partir del informe Bloom, y en contraposición al modelo biomédico de Flexner, se manifiestan algunos de los principios que se identifican con un modelo humanista: realidad biopsicosocial; concepción pluridimensional y multicausal de salud y enfermedad en términos de bienestar-malestar; relación interpersonal médico-paciente como contexto; historia clínica centrada en el enfermo antes que en la enfermedad, etc.

El término humanista es añadido muy frecuentemente al término médico en una moda tanto imprecisa como intuitiva (Oseguera). En general, en el área de la salud, cuando se habla de “humanización”, se hace referencia al rescate de valores

humanísticos y al desarrollo de determinadas prácticas que suman a la competencia técnica una perspectiva humana (podrían utilizarse también los términos holística o hermenéutica) sobre la totalidad de los acontecimientos que involucran a la enfermedad y su desenlace (Ríos et al).

A pesar de la ausencia de una comprensión clara sobre el concepto humanista o de humanidades médicas y, subsecuentemente, sobre cómo deben integrarse en la educación médica, sería posible afirmar que su enseñanza comparte, al menos, tres características: a) el uso de métodos, conceptos y contenidos de una o más disciplinas humanistas para estudiar el dolor, la enfermedad, la discapacidad, el sufrimiento, las relaciones de médicos y pacientes y otros aspectos de la medicina y de las prácticas de cuidado de la salud; b) el empleo de estos métodos, conceptos y contenidos para el desarrollo de un pensamiento crítico sobre cómo sabemos lo que sabemos, sobre la profesión médica y las problemáticas implicaciones sociales de nuestro conocimiento, y c) la interdisciplinariedad de sus actividades en teoría y práctica. Las dos primeras condiciones comportan una significativa función moral (si bien las humanidades médicas y la bioética tienen el mismo valor, poseen formas esencialmente diferentes de analizar información, ver el mundo, confrontar dilemas y enseñar) (Shapiro et al):

En términos aristotélicos, las humanidades médicas tienen como objetivo mejorar el cuidado en salud (*praxis*) proporcionando a los profesionales de la salud un sentido de refinamiento y complejidad en sus juicios (*phronesis*) en situaciones clínicas, basado en un entendimiento profundo y extenso (*sophia*) de la enfermedad, el sufrimiento, la persona, y cuestiones relacionadas. En este sentido, las humanidades médicas tienen una función más aplicada que las humanidades tal y como son definidas tradicionalmente en la academia. (Shapiro et al, 193, traducción de A.Q.)

Desde la perspectiva del estudiante norteamericano, algunas críticas frecuentes frente a las humanidades señalan su falta de practicidad (no ofrecen habilidades concretas útiles a la práctica clínica), simplicidad, sentido común o irrelevancia. Los estudiantes pueden disfrutar del conocimiento ofrecido pero no reconocen su importancia. Al mismo tiempo, la mayoría de los estudiantes comparte la visión de la medicina como una disciplina objetiva, científica, basada en hechos y habilidades técnicas; visión reforzada por un currículo que prioriza aspectos “cuantitativos y científicos”. En este currículo, las humanidades asumen un rol periférico y los estudiantes consideran que deben tener especial interés o afinidad para cursar disciplinas humanistas, que muchos convertirían en disciplinas electivas, no obligatorias (Shapiro et al). También existe la

percepción de que los no-médicos, profesores de disciplinas humanistas, no pueden comprender realidades clínicas y los estudiantes señalan falta de entrenamiento profesional o experiencia en medicina: “medical humanities teachers seem to talk the talk without walking the walk” (193). Por otra parte, los ejercicios propuestos, desde la perspectiva humanista frecuentemente solicitan reflexiones sobre valores, actitudes y comportamientos propios lo que, para muchos, resulta intimidatorio e intrusivo, además de innecesario, pues una gran parte cree que la enseñanza de humanidades médicas tiene poco efecto sobre sus propias concepciones y capacidad de compasión, altruismo y respeto por los pacientes (Shapiro et al.). En la experiencia norteamericana, con una tradición de más de treinta años de discusión sobre el rol de las humanidades en la educación médica, su integración curricular continua siendo fuente de varias críticas y conflictos no resueltos (Shapiro et al.).

En Brasil, en los setenta, se recuperan las discusiones desarrolladas en Gran Bretaña y Estados Unidos sobre el surgimiento de la sociología médica, el uso de los modelos utilizados en la enseñanza de las ciencias sociales en la educación médica y la actuación del sociólogo en Medicina (Candeias; Nunes Duarte). En estudios recientes realizados en Brasil, frente a la enseñanza de humanidades también surgen señales de contrariedad, irritación, impaciencia e intolerancia con los profesores, sus métodos y la institución (Azevedo et al.). En el estudio realizado por Cristina Rios et al., los estudiantes manifestaron poco interés, “asuntos interesantes, pero que no importan al médico”, señalando la desarticulación con otras disciplinas, inclusive del área de humanidades, y la falta de relación con la práctica médica (114, traducción de A.Q.). En dicho estudio se afirma que, si bien la práctica cotidiana del área de humanidades no tiene reconocimiento institucional, su importancia es continuamente reiterada en el discurso público. Por otra parte, también se señala que el aporte subjetivo y de difícil evaluación de estas disciplinas podría causar la falsa impresión inmediata de no producir efecto alguno.

Frente a las críticas, Johanna Shapiro et al. proponen recontextualizar, en forma interdisciplinaria, a través de estudios colaborativos, el lugar de las humanidades médicas en el núcleo de la profesión médica (y no en la periferia) focalizando el profesionalismo, la narratividad y las competencias que son dominios hoy considerados centrales en el campo de las humanidades médicas y que pueden colaborar con que éstas sean consideradas no solamente agradables sino también necesarias. Además, señalan la necesidad de promover una participación regular de profesionales humanistas en la enseñanza en aula a lo largo del currículo (no exclusivamente en disciplinas humanistas),

reuniones clínicas, discusión de casos clínicos y otros ejercicios pedagógicos, lo cual podría reducir la distinción entre profesores médicos y no-médicos, o *insider-outsider*, mejorando la credibilidad de las humanidades médicas y sus docentes (Shapiro et al.). En este sentido, la integración curricular es señalada como una estrategia importante en la educación médica, un proceso que “utiliza técnicas de diagnóstico de situación, planeamiento y desarrollo de acciones estratégicas, y evaluación de un camino que pasa por varias etapas, personas, trabajo y compromiso de grupo” (Rios, 727, traducción de A.Q.). La propuesta de integración curricular comprendería seis acciones estratégicas: 1) la elaboración de objetivos definidos del área humanidades para la formación del alumno; 2) la integración de disciplinas humanistas en el currículo; 3) la integración de temas humanísticos en otras disciplinas del currículo; 4) la implementación de cursos de humanidades médicas para los docentes; 5) el desarrollo de sistemas de evaluación y acompañamiento de la formación humanística, y 6) la divulgación del área de “Humanidades y Medicina” (Rios).

A MODO DE CONCLUSIÓN

La experiencia de escuelas de medicina norteamericanas e inglesas, de reconocida tradición en el desarrollo e instrumentación curricular de las humanidades médicas, revela gran parte de los conflictos, dificultades y controversias que hacen a la discusión actual del cómo, por qué y para qué de las humanidades en la educación médica. Según Martyn Evans, tal vez no sea mera coincidencia que el concepto de humanidades médicas haya surgido poco después de la aparición de la noción de “medicina basada en evidencias” y de las ideas asociadas donde, de alguna manera, el sentido de una concepción altamente científica de “evidencia” permitiría recordar que la medicina es, sobre todo, una ciencia de “lo humano” y muchos tipos de evidencias son necesarias para su desarrollo y crecimiento (Evans, 447). Actualmente, se reconocería que tales evidencias necesariamente incluyen los aportes, las perspectivas y los resultados de investigaciones realizadas desde el área de las ciencias sociales y de las propias disciplinas humanistas (Evans). Sin embargo, esta visión puede ser controvertida pues, según Luis Castiel y Carlos Álvarez-Dardet, una de las críticas al enfoque de las “evidencias” en Medicina

señala que las premisas filosóficas vinculadas al empirismo evidencial que, en su forma extrema, sitúa los resultados de estudios experimentales como primordiales con relación a otras formas de conocimiento, asumen la imposible proposición de que las

observaciones puedan ser realizadas de un modo totalmente objetivo, independientemente de las teorías y de la visión del mundo del observador. (Castiel y Álvarez-Dardet, 36)

En este sentido, los autores destacan las limitaciones de la definición de “evidencia” que puede excluir informaciones relevantes al conocimiento y a la comprensión de la situación de salud;

Los abordajes basados en evidencias suelen jerarquizar los resultados de los estudios de acuerdo con los métodos de colecta, priorizando estudios experimentales aleatorizados y metaanálisis. Y, de este modo, tienden a considerar de importancia secundaria las informaciones de carácter cualitativo, de carácter sociocultural y psicológico (cuando no las consideran superfluas), y aquellas referidas a esferas sociopolíticas, que se muestran menos amigables a los dispositivos cuantitativos numéricos. (36)

Así, mientras que para Evans la noción de “evidencias” podría colaborar en el reconocimiento de la importancia de las ciencias sociales y humanas en el quehacer médico, Castiel y Álvarez-Dardet señalan el fuerte componente empírico de esta noción en la construcción de conocimiento médico-epidemiológico, lo cual alejaría el aporte o la jerarquía de conocimientos menos “tangibles” y más humanos. Desde este último punto de vista, predominante en el campo biomédico y donde la expresión “evidencias empíricas” se convierte en un elemento legitimador para intervenciones comportamentales de individuos y colectivos humanos (Castiel y Álvarez-Dardet), sobrevuela una posición etnocéntrica en los términos propuestos por Van der Geest, en el sentido de menospreciar o, directamente, ignorar “evidencias” que no sean resultado de estudios empíricos cuantitativos. Una vez más, la interdisciplinariedad, entendida según el planteo de Raynaut, surge como una exigencia válida y necesaria para comprender, articular y actuar en el campo de la salud. De hecho, hemos planteado como uno de los objetivos de las humanidades médicas el desarrollo de un pensamiento crítico sobre cómo sabemos lo que sabemos, sobre la profesión médica y las implicaciones sociales del conocimiento médico. De diversos modos, el concepto de “humanidades médicas” hace referencia a un hábito consciente de pensamiento. Para Evans: “la voluntad de entender a la medicina como una pintura en un extenso lienzo — el lienzo de la experiencia humana en toda su complejidad, diversidad e imprevisibilidad” (447, traducción de A.Q.). Planteado de modo diferente, pero con una perspectiva similar, es considerar a las

humanidades médicas como una herramienta intelectual adicional que puede colaborar en la comprensión o “recontextualización” de la complejidad, matices, ambigüedad y posibilidades de la profesión médica (Shapiro et alter, 194).

En Brasil, es significativa la experiencia con respecto a la inserción curricular de las humanidades en la educación médica⁴, donde también se reconocen gran número de desafíos y dificultades:

También entre nosotros, el estado de ignorancia y alienación al que nos referimos constituye una dificultad en la formación del alumno y al problema institucional que pide soluciones de carácter técnico, ético y político. En un escenario, ya sea melancólico, ya sea irónico, encontramos profesores de disciplinas del área humanas desmotivados por el poco valor dado a su tarea. Y una mayoría de alumnos cuya arrogancia juvenil les impide pensar y aprender sobre asuntos que juzgan traer prontos de cuna o nacimiento. (Rios, 1726, traducción de A.Q.).

Para Rios, la desarticulación del área de humanidades en la formación médica es un hecho y su inserción el desafío. Si bien, como indicamos antes, existe un reconocido acuerdo sobre el valor de las ciencias humanas en la formación médica, también se encuentran resistencias entre alumnos y profesores que no consideran los aspectos humanísticos de la práctica médica como parte integrante del aprendizaje de la medicina (Rios et alter). Como señala la autora, cambiar esta cultura institucional requiere no solamente un mayor desarrollo y profundidad de conocimientos en el área y en su integración en las diversas disciplinas sino también la creación de nuevas metodologías y estrategias de enseñanza junto con la preparación y el entrenamiento docente.

En este artículo se recuperan, en un tono reflexivo, algunas discusiones principales en torno a la educación y al concepto de humanidades médicas, especialmente con respecto a su inserción curricular en la educación médica. El conocimiento de los trabajos realizados en escuelas de medicina regionales es un punto de partida interesante para la discusión y el análisis de la experiencia uruguaya. Así como el área de las humanidades médicas se alimenta de miradas disciplinares distintas procurando una interdisciplinariedad eficiente, en palabras de Raynaut el trabajo docente del área humanista también debería nutrirse de la experiencia regional de los diversos equipos docentes en el ámbito médico, principalmente con el objetivo general de evitar el “estado de ignorancia y alienación” señalado por Rios.

⁴ Para un mayor detalle sobre la experiencia educativa en este sentido ver Nunes 2007.

BIBLIOGRAFÍA

- Azevedo, Cristina, Maria Auxiliadora Ribeiro y Sylvia Helena Batista. "O humanismo na perspectiva de estudantes de medicina da UFAL" en *Revista Brasileira de Educacao Médica*, vol.33, n.4, 2009, pp.586-95.
- Bloom, Scott W. "Medical education in transition: paradigm change and organizational status" en Marston, Jones (eds). *Medical Education in Transition*. Princeton: The Robert-Wood Johnson Foundation, 1992.
- Bohannan, Paul. *Para Raros, Nosotros. Introducción a la Antropología Cultural*. Madrid: AKAL, 1996.
- Boletín Digital*. Facultad de Medicina Claeh, Maldonado. Disponible en <http://www.claeh.edu.uy/medicina> [Accedido en abril de 2010].
- Byrne, Niall y Manuel Rozental. "Tendencias actuales de la educación médica y propuesta de educación para la educación médica en América Latina" en *Educación Médica Salud*, vol.28, n.1, 1994, pp.53-93.
- Candeias Nelly. "Sociologia e Medicina" en *Revista de Saúde Pública*, vol.5, 1971, pp.111-27.
- Castiel, Luis David y Carlos Álvarez-Dardet. *La salud persecutoria: los límites de la responsabilidad*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2010.
- Engel, George L. "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine" en *Science*, vol. 96, 1977, pp. 129-36.
- Evans, Martyn. "Medicine, philosophy, and the medical humanities" en *British Journal of General Practice*, vol.52, 2002, pp. 447-49.
- Flexner, Abraham. *Medical Education in the United States and Canada*. New York: Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching, 1910.
- Good Byron J. *Medicina, racionalidad y experiencia*. Barcelona: Bellaterra, 2003.
- Hahn Robert. *Sickness and healing. An anthropological perspective*. New Haven and London: Yale University, 1995.
- Helman, Cecil G. *Cultura, Saúde & Doença*. São Paulo: Artmed, 2000.
- Kleinman, Arthur y Peter Benson. "Anthropology in the clinic: the problem of cultural competency and how to fix it" en *PLoS Med* e24, 2006.
- Minayo, Maria Cecilia S. "Contribuições da antropologia para pensar e fazer saúde" em Campos GWS et al (orgs.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, pp.189-218.

- Murguía, Daniel. "Una clase inolvidable" en *Revista de la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay*, 2004, pp.7-14.
- Norero, Colomba V. "La proyección humanista en la enseñanza de la medicina chilena del siglo XXI" en *Revista Chilena de Pediatría*, vol.74, 2003, pp. 253-55.
- Nunes, Everardo. "Ensinando ciências sociais em uma escola de medicina. A história de um curso: 1965-1990" en Nunes, Everardo (ed.). *Sobre a sociologia da saúde*. São Paulo: Editora Hucitec, 2007.
- Nunes, Everardo. "Análise de alguns modelos utilizados no ensino das ciências sociais nas escolas médicas" em *Revista de Saúde Pública*, vol.12, 1978, pp.506-15.
- Oseguera Rodríguez, Jorge Francisco. "El humanismo en la educación médica. *Revista de Educación*, vol.30, n.1, 2006, pp.51-63.
- Picaroni Sobrado, Natalia. "Hacia un modelo diferente de pensar y actuar en relación a la salud: formación de médicos uruguayos en la Escuela Latinoamericana de Medicina/ELAM (Cuba)" en *Anuario Antropología Social y Cultural en Uruguay*, 2007, pp. 207-15.
- Raynaut Claude. "Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras" en *Revista Brasileira de Epidemiologia*, vol.5, n.1, 2002, pp.43-55.
- Rios Izabel Cristina. "Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica" en *Ciência & Saúde Coletiva*, vol.15, n.1, 2010, pp. 1725-32.
- Rios Izabel Cristina, Ademir Lopes Jr., Arthur Kaufman, Joaquim Edson Vieira, Marco de Tubino Scanavino y Reinaldo Ayer de Oliveira. "A integração das disciplinas de humanidades médicas na Faculdade de Medicina da USP. Um caminho para o ensino" en *Revista Brasileira de Educacao Médica*, vol.32, n.2, 2008, pp.112-21.
- Romero Gorski, Sonia. *Madres e hijos en la Ciudad Vieja*. Apuntes etnográficos sobre asistencia materno-infantil. Montevideo: Editorial Nordan-Comunidad, 2003.
- Romero Gorski, Sonia. "Caracterización del campo de la salud en el Uruguay" en *Salud Problema*, año 4, n.6, Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, 1999.
- Romero Gorski, Sonia. "Enfoques antropológicos aplicados al estudio del campo de la salud" en Romero Gorski, Sonia et al. (coord.). *Seminario: Sociedad, Cultura y Salud*. Montevideo: UDELAR, 1995.
- Shapiro, Johanna, Jack Coulehan, Delese Wear y Martha Montello. "Medical humanities and their discontents: definitions, critiques and implications" en *Academic Medicine*, vol.84, n.2, 2009, pp.192-98.

Uchôa, Elizabeth y Jean Michel Vidal. "Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença" em *Caderno Saúde Pública*, vol.10, n.4, 1994, pp.497-504.

Van der Geest, Sjaak. "Overcoming ethnocentrism: how social science and medicine relate and should relate to one another" en *Social Science and Medicine*, vol.40 n.7, 1995, pp.869-72.

Recibido el 30 de enero de 2012

Aceptado el 1 de mayo de 2013