

Humanidades médicas: orígenes y destinos

Medical humanities: origins and destinations

■ Anne Borsay

■ Introducción

En la primavera de 2002, Lewis Wolpert¹ inició un feroz ataque contra una nueva exposición en el Museo de la Ciencia. La exposición se denominaba *Con la cabeza* (“Head-On”) y reunía a artistas y científicos procedentes del campo de las neurociencias bajo el patrocinio de la Wellcome Trust. Wolpert tituló su artículo para el *Observer Review* de una manera provocativa: *¿De qué lado está usted?* (“What side are you on?”). Y allí afirmaba que “no había más que una explicación científica correcta para cualquier grupo de observaciones, y el conocimiento científico digno de confianza... no [tenía] contenido ético o moral”. El arte, por otra parte, no explicaba nuestra experiencia, sino que la ampliaba. Ésta tenía que ser evaluada “en sus propios términos”, pero “no tenía nada que ver con la comprensión de cómo funciona el mundo”; pretender tal cosa era “trivializar la ciencia y no hacer nada por el arte” (1).

Wolpert supo captar categóricamente la polarización de las ciencias y de las artes que Charles Percy Snow describió como “las dos culturas de la civilización occidental” (2) en la década de 1950. Las humanidades han sido desestimadas en forma semejante a como ha sucedido con el arte. Por ejemplo, en una reciente colección de ensayos sobre la *Imaginación de la Naturaleza* (“Nature’s Imagination”), el químico Peter Atkins extendía la crítica a la poesía, la filosofía y la teología:

La autora es profesora de Humanidades de la School of Health Science, Swansea University, Reino Unido. E-mail: a.borsay@swan.ac.uk. La traducción es de José Luis Puerta y Assumpta Mauri.

¹ *Nota de la Redacción (N. de la R.)*. Lewis Wolpert es profesor de Biología en el Departamento de Anatomía y Biología del desarrollo del University College of London y vicepresidente de la British Humanist Association. En los últimos años un nuevo campo ha despertado su interés: la tristeza y la depresión (véase su libro *Malignant Sadness: The Anatomy of Depression*, 1999). Wolpert pertenece al grupo de científicos que mantienen que la ciencia es neutra desde el punto de vista de los valores y es su aplicación, es decir, la tecnología, la única que puede enjuiciarse.

Aunque los poetas puedan aspirar a la comprensión, sus facultades son más propensas a entretener el autoengaño. Pueden ser capaces de enfatizar los placeres del mundo, pero se engañan si... creen que su identificación de los placeres y el uso de un lenguaje conmovedor bastan para la comprensión. Asimismo, los filósofos han aportado a la comprensión del universo poco más que los poetas... No han contribuido mucho a lo original hasta que la novedad ha sido descubierta por los científicos... Mientras que la poesía despierta el interés y la teología ofusca, la ciencia libera (3).

El punto de partida de las humanidades médicas es el rechazo de este modelo heroico de ciencia fundándose en que la experiencia humana no puede ser reducida a sus componentes mensurables. Mi objetivo en este artículo es doble: proporcionar un contexto histórico para el debate contemporáneo o trazar sus orígenes y reflexionar sobre posibles escenarios o destinos futuros.

Orígenes

En primer lugar, nos ocuparemos de los orígenes. Ha existido una tendencia a atribuir el auge de las humanidades médicas al desarrollo de la medicina molecular que ha tenido lugar durante los últimos 10 a 15 años. De acuerdo con esta interpretación, el hecho de que “en lugar de poner el énfasis en todo el paciente y el conjunto de órganos se haya pasado a ponerlo en los trastornos de las moléculas y de las células” es lo que ha suscitado el temor de que la medicina haya llegado a ser “reduccionista y deshumanizadora” (4). Las raíces reales de esta cuestión son mucho más profundas y se retrotraen al Renacimiento, cuando la representación geocéntrica del mundo de la época medieval fue reemplazada por otra dinámica, secular, en la que el mundo era interpretado como una máquina funcionante diseñada por Dios y sujeta hasta cierto punto al control humano (5). Esta mentalidad mecanicista tuvo dos implicaciones con consecuencias especiales para la medicina: la separación mente/cuerpo de René Descartes (1596-1650) y la metodología experimental de Francis Bacon (1561-1626).

Descartes suscribió con entusiasmo el modelo mecánico, insistiendo en que “no existe nada en toda la naturaleza que no pueda ser explicado en términos de causas puramente corporales desprovistas de mente o de pensamiento” (6). El resultado fue una división rígida entre cuerpo y mente. Tal y como ha señalado Roy Porter, Descartes:

Postulaba dos entidades radicalmente distintas, la extensión (material) y la mente (inmaterial). Tan sólo el alma humana o la mente poseen conciencia. Podría decirse literalmente que casi todas las demás cosas de la naturaleza, incluyendo el cuerpo humano... formaban parte del reino que Descartes

denominó “extensión” (sujeto a las leyes de la mecánica). La “extensión”, que también incluía a todas las demás criaturas vivas, era el terreno propio de la investigación científica. Mediante la hábil maniobra de Descartes la mente se había, por así decirlo, mistificado, mientras que el cuerpo había quedado al descubierto (7).

Los instrumentos con que iba a investigarse científicamente el cuerpo material derivarían de la metodología experimental de Bacon. Pese a que sus ideas fueron desarrolladas de distinta forma, en su esencia latía el compromiso con la lógica inductiva. En otras palabras, “creía que tan solo la recogida de hechos puros previa a la elaboración de teorías podía garantizar que la explicación de un fenómeno natural no fuera prejujuada o sometida a un prejuicio”. Para decirlo brevemente, Bacon era un empirista para el que el razonamiento deductivo de la época medieval ya no resultaba plausible (8).

El Renacimiento dejó un extenso legado a la medicina. Desde luego que los cambios no tuvieron lugar inmediatamente, pero, con el tiempo, los médicos lograron el monopolio sobre el funcionamiento mecánico del cuerpo, excluyendo a teólogos y moralistas, así como a los profesionales de la medicina poco ortodoxos: hombres astutos y mujeres listillas, nodrizas y parteras, ensalmadores y fabricantes de bragueros, o vendedores de curas milagrosas para todo. Además, también evolucionó la concepción del cuerpo y su tratamiento. Antes de Descartes y Bacon, prevalecía la teoría humoral holística de Hipócrates y Galeno: se disfrutaba de buena salud cuando los cuatro humores naturales (sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra) se encontraban equilibrados entre sí y con un grupo de factores externos no naturales (aire, dieta, ejercicio, clima y tiempo); la mala salud aparecía cuando este feliz equilibrio se veía alterado (9). No obstante, hacia 1800 se estableció una forma nueva de localizar la patología en la que el cuerpo era aislado de su ambiente y el tejido se convirtió en la unidad de análisis. “Cuanto más enfermedades observe y más cadáveres abra”, afirmó Bichat —un cirujano francés de esta escuela— “tanto más se convencerá uno de la necesidad de considerar las enfermedades locales, no desde la perspectiva de los órganos complejos, sino desde la de los tejidos individuales” (10).

La relación clínica poseía importantes ramificaciones. Desde la década de 1750, médico y paciente empezaron a albergar distintos universos conceptuales en relación a la enfermedad: el médico comenzó a fundamentarse cada vez más en “signos y síntomas” que conducían a un “diagnóstico orientado a la enfermedad”. De este modo, etiquetaron en forma extraña las entidades que presentaban los pacientes porque las descripciones proporcionadas por éstos desaparecieron, primeramente del hospital y después de las consultas comunitarias (11). El análisis estadístico se asoció a esta nueva actitud; los médicos habían experimentado con la cuantificación desde principios del siglo XVIII y los hospitales de voluntarios fundados en el mismo período guardaban datos de pacientes que fueron utilizados en estudios de eficacia clínica. Así

pues, el funcionamiento del organismo fue medido y tabulado, se recogieron estadísticas de mortalidad y se comprobó el éxito de las innovaciones médicas (12). Huelga decir que han mediado desarrollos posteriores, no siendo el menor de ellos la falta de confianza en la racionalidad de la Ilustración que, hacia finales del siglo xx, minó la fe en la cualificación de todos los profesionales, incluidos los que se ocupaban de los cuidados (13). No obstante, a comienzos del siglo xix ya se habían echado los cimientos de la biomedicina moderna y del reduccionismo hacia el que llaman la atención las humanidades médicas.

Destinos

Los orígenes del programa de humanidades médicas en las cuestiones prácticas han hecho que prosperen muchas iniciativas educativas. Resulta fácil saber por qué. Desde luego, las humanidades no resultan automáticamente humanizadoras y no podemos predecir el resultado del “compromiso personal” (14) con un poema, un episodio histórico o un argumento filosófico. No obstante, tal y como ha afirmado Jane MacNaughton, el valor de la atención sanitaria es instrumental y no instrumental. Desde el punto de vista *instrumental*, las humanidades pueden lograr que se desarrollen habilidades de comunicación oral y escrita; muestran el uso y abuso de la evidencia en el argumento y en el debate, y proporcionan estudios de casos acerca de cómo la enfermedad y la atención sanitaria son experimentadas por todas las partes implicadas. Desde el punto de vista *no instrumental*, las humanidades pueden situar las prácticas de atención sanitaria en su contexto social y moral; permiten hacer uso del juicio prudente y fomentan un conocimiento de uno mismo que pone al descubierto emociones y prejuicios (15).

En el Reino Unido, el valor de las humanidades médicas en la educación médica ha dado lugar a diversas iniciativas que han cristalizado de distinta forma en diferentes instituciones (16). En relación con los estudios universitarios, la enseñanza ha adoptado uno de los tres tipos fundamentales siguientes: el enfoque integrado, el programa intercalado y las asignaturas optativas. La *Peninsula Medical School (University of Exeter & Plymouth)* ofrece un enfoque integrado en el que las humanidades médicas tratan de estar presentes en todos los estudios, particularmente en las ciencias de la vida (17). Desgraciadamente, el programa intercalado en el B. Sc. (*Bachelor in Sciences*) del *University College* de Londres se suspendió en 2006 después de tres años de vigencia (18). No obstante, en la Universidad de Bristol se ha introducido recientemente un programa intercalado en el B. A. (*Bachelor of Arts*), en el que se ofrecen módulos comunes en filosofía, historia y literatura; módulos electivos en poesía, teoría crítica y filosofía de la ciencia, y la posibilidad de realizar un doctorado (19). Allí donde no existe un programa intercalado específico, los estudiantes pueden inscribirse en los programas de máster existentes o cursar su último año en la carrera de

humanidades, sirviendo sus estudios previos para la obtención del título. Esta es la situación en la que se encuentra la *Leicester University* (20).

En varias facultades de medicina existen asignaturas orientadas a las humanidades médicas que tienen carácter optativo. En Cambridge existe una opción específica de "humanidades en medicina" en la que los estudiantes desarrollan sus propias ideas a través de un proyecto personal que abarca las artes plásticas, la realización de una obra de arte o un ensayo sobre un aspecto de la historia de la medicina, la literatura en relación con la enfermedad o la bioética (21). En la *University of Aberdeen*, por ejemplo, las opciones de humanidades médicas incluyen historia del arte, historia de la medicina, antropología y filosofía (22). En la *University of Glasgow* existe un módulo denominado "Ciencia, medicina y artes plásticas" (23). En el *King's College* de Londres se anima a los estudiantes a escoger de una lista que va desde literatura, historia y filosofía, hasta arte y música, pasando por escritura creativa y narrativa médica (24). La *University of Leicester* facilita un módulo sobre "Literatura, artes plásticas y medicina" (25), mientras que en la *Peninsula Medical School* hay más de 20 unidades de estudio ("Special Study Unit Options") que pueden ser seleccionadas por los estudiantes sobre humanidades y artes (26).

Los estudios universitarios de medicina en la *Durham University* están limitados al período preclínico, por lo que el *Centre for the Arts and Humanities in Health* se centra en gran medida en labores de investigación (27). Sin embargo, la rama de desarrollo personal y profesional está coordinada por un especialista en humanidades médicas y gran parte de la enseñanza está orientada desde esta perspectiva, comprendiendo: literatura, teatro, historia y filosofía (28). En forma semejante, el curso inicial de los estudios de medicina en la *Swansea University* para estudiantes con una licenciatura no incluye disciplinas electivas, pero tiene incorporadas las asignaturas de filosofía, derecho e historia dentro de un módulo de "salud en la sociedad" (29). En la *School of Health Science* de esta Universidad también se imparte una licenciatura en ciencias médicas y humanidades (B. Sc.), diseñada como programa para iniciar los estudios de medicina (30).

En el posgrado está aumentando el número de programas de máster relacionados con las humanidades médicas. El *King's College* de Londres, por ejemplo, ofrece programas en literatura y medicina, derecho sanitario y bioética, filosofía de la enfermedad mental, y guerra y psiquiatría (31). Además, existen programas directamente orientados a las humanidades médicas. El curso de Swansea, que se remonta a 1997, contiene módulos sobre las diferentes concepciones de la salud, historia y herencia, estudios sociales cualitativos, literatura y artes, y filosofía y religión (32). Más recientemente se han promocionado cursos en el *Birbeck College* de Londres y en la *Leicester University*. El curso de Birbeck tiene módulos comunes sobre competencias investigadoras y "modos de conocimiento" (33), y otros opcionales sobre asignaturas tales como bioética y derecho sanitario, el cuerpo, la medicina en la Europa preindustrial, Freud, y enfermedad y sociedad en el África de los siglos XIX y XX (34). El

curso de Leicester también tiene un módulo común sobre competencias investigadoras y un segundo módulo que aborda las “cuestiones relativas a las humanidades”. Entre las asignaturas electivas se encuentran módulos sobre pacientes y médicos, y literatura y artes plásticas (35). Los tres programas de máster exigen la elaboración de una tesis.

La enseñanza de cursos de posgrado sigue aumentando en Gran Bretaña y, en la actualidad, la *Peninsula Medical School* está iniciando una licenciatura en letras (M. A.) de humanidades médicas, mientras que la *University of Glamorgan* está acreditando una en artes y salud. Pero para que estos cursos -y su contribución a la educación médica de pregrado- se mantengan vivos, han de verse apoyados por un programa de investigación y publicaciones igualmente dinámico. Al avanzar más allá de la educación, resulta más apremiante la búsqueda de una definición rigurosa. Así pues, nos preguntamos qué es —o qué son— las humanidades médicas y hacia dónde se dirigen. Las entradas del diccionario describen típicamente las *humanidades* como “el aprendizaje de lo publicado en relación a la cultura humana, especialmente de la literatura, la historia, el arte, la música y la filosofía”² (36). La interpretación del arte de François Matarasso capta características que comparten todas las humanidades, permitiéndonos así superar estos límites artificiales entre las asignaturas. El arte, según afirma, es:

Un medio a través del cual podemos examinar nuestra propia experiencia, del mundo a nuestro alrededor y de la relación entre ambos, y compartir los resultados con otras personas de un modo que dé rienda suelta a nuestras cualidades intelectuales, físicas, emocionales y espirituales (37).

La investigación en humanidades médicas aspira a registrar e interpretar la condición humana del mismo modo, esto es, sin concentrarse exclusivamente en “lo que los médicos hacen”, sino incluyendo “todas las materias en relación con la salud, la enfermedad, la discapacidad y la atención sanitaria” (38).

Al adoptar esta estrategia, las humanidades médicas no están tratando de reemplazar lo que Martin Evans ha denominado “cientifismo ‘acrítico’... con un anticientifismo igualmente pernicioso” (39). En lugar de ello, la intención es romper las polaridades acotadas en las ciencias y en las humanidades que existen, como mínimo, desde finales del siglo XIX. En primer lugar, se desafía la viabilidad del conocimiento científico objetivo y, en segundo lugar, se subraya la subjetividad de las humanidades. Tradicionalmente, la literatura ha sido considerada como la cúspide de lo personal, ya que con su rica narrativa en poesía, prosa y teatro recrea la historia de las “vidas humanas individuales”. De este modo, Robin Downie ha mantenido que “mientras que la ciencia, incluyendo las ciencias sociales, procede por inducción desde

² N. de la R. El DRAE no contiene el término “humanidades”.

casos específicos hasta patrones generalizados (frecuentemente idealizados), la literatura explora situaciones únicas”. Además, “han sido las humanidades, más bien que las ciencias sociales... [las que se] ocupaban de la particularidad de las situaciones y de su *significado*” (40). No obstante, las historias que constituyen el material literario no pueden ser comprendidas sin un contexto. Tal y como ha enfatizado Anne Scott:

No se trata simplemente de que las ciencias, incluyendo las ciencias sociales, nos obliguen a concentrarnos en los patrones generales de la enfermedad, de los comportamientos y de la respuesta, mientras que las artes nos obligan a centrarnos en lo particular. La literatura también incluye cierta imagen de lo general, frecuentemente una imagen atrevida de lo que compartimos como seres humanos y cierta comprensión de la condición humana como tal; de otro modo nos resultaría difícil referirnos a gran parte de la literatura y de las obras de arte (41).

La literatura no es la excepción que confirma la regla. La filosofía tiene que habérselas con el mismo dilema. De este modo, tratando de escapar a la división cartesiana de mente/cuerpo, el “yo corporeizado” está más “asumido socialmente” (42) que su concepción “puramente mental”, quedando garantizado el acceso al mundo a través de la experiencia corporal (43). Y aunque la biografía posee muchas virtudes como herramienta histórica, requiere un análisis completo de los ambientes en que los sujetos vivieron para ser más eficaz. Así pues, para decirlo en pocas palabras, las humanidades médicas buscan una síntesis de lo objetivo y lo subjetivo —o de lo general y lo particular— que reconfigure las suposiciones habitualmente asociadas a las ciencias y a las humanidades.

Desde mi punto de vista, este intento no convierte a las humanidades en una nueva disciplina en pugna por conseguir el reconocimiento en un campo que ya está superpoblado. En lugar de ello, están funcionando como “campo de estudio” que aborda problemas o cuestiones concretos y que busca los conceptos y métodos que resulten más adecuados para lograr una mayor comprensión. Ello no significa convertir la investigación académica en periodismo corriente porque no se renuncia al rigor de las disciplinas establecidas. Al contrario, éstas son utilizadas para emprender expediciones a territorios colindantes (44). Algunas de los cambios son bilaterales. Así pues, el concepto de narrativa —que anteriormente estaba restringido a los estudios literarios— se ha aplicado con imaginación al estudio de la relación médico-paciente (45). No obstante, las humanidades médicas no comportan únicamente la aplicación de los conceptos de las humanidades a la atención sanitaria; también se fomenta el diálogo entre las disciplinas pertenecientes a las primeras con el fin de desarrollar enfoques multidisciplinarios. Así, por ejemplo, se ha sugerido que los pacientes se recuperan con mayor rapidez en ambientes donde las artes forman parte integral del tejido físico y social (46). Sin embargo, el fundamento para persuadir a los que pergeñan, con

escasos fondos, las políticas para que inviertan en estos ámbitos está poco desarrollado, y la magnitud cuantitativa del impacto sobre los pacientes tan solo da cuenta de parte de la historia. Por consiguiente, las humanidades médicas constituyen un reto para los estudiantes de los campos de las artes y las ciencias sociales, que tendrán que desarrollar instrumentos cualitativos que contribuyan a llevar a cabo una valoración integrada de la relación entre las artes y la salud.

El potencial que reviste una fecundación cruzada entre ambos campos no se limita a las materias que tienen una importancia práctica inmediata. Las personas discapacitadas, por ejemplo, han sufrido persistentemente desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, y la explicación de este hecho ha de tener en cuenta la distribución actual de los recursos del *National Health System*. No obstante, este punto de vista de la gestión es demasiado estrecho para llegar a abarcar los amplios procesos que contribuyen a la exclusión. Las humanidades médicas motivan un enfoque mucho más ambicioso, que busca ideas nuevas partiendo del entendimiento entre disciplinas. Por consiguiente, la distribución histórica de los recursos sanitarios se localiza, en primer lugar, dentro de las cambiantes relaciones económicas, sociales y políticas en relación con la discapacidad; en segundo lugar, en el contexto filosófico de las actitudes hacia el papel del Estado, de las creencias en relación con la ciencia, la religión y la persona; y, en tercer lugar, en la representación cultural de la minusvalía en la literatura y en las artes, lo que ha dado lugar a una concepción de la exclusión que no es peor que las dificultades materiales. Desde luego que las humanidades médicas no detentan el monopolio en relación a esta aspiración interdisciplinaria; no obstante, las necesidades apremiantes de la moderna atención sanitaria hacen que sea más urgente.

Conclusión

En Gran Bretaña, las humanidades médicas han recorrido un largo camino en relativamente poco tiempo, debido en gran parte a la revista *Medical Humanities*, que apareció por primera vez en 2000 como suplemento del *Journal of Medical Ethics*, y a las actividades de la *Association for Medical Humanities*, la cual ha organizado cuatro conferencias anuales desde 2003. Con el fin de avanzar en su programa, resulta necesario disponer de una infraestructura más fuerte que apoye la investigación de los académicos, que están trabajando en un relativo aislamiento. El equipo multidisciplinario, que actualmente conduce prácticamente todas las investigaciones en el campo de las ciencias naturales y de las ciencias físicas, está interesándose cada vez más por las humanidades; y la naturaleza interdisciplinaria de las humanidades médicas hacen de las mismas el escenario ideal para tal colaboración. Sería un error ser excesivamente normativo en relación a los tipos de proyecto y de programas que puedan surgir, particularmente en un estadio tan precoz. No obstante, desde mi perspectiva como historiadora, quiero destacar seis temas claves de investigación:

- La interpretación de los pacientes como sujetos y no como objetos.
- La identificación de las artes más relevantes para la salud y la asistencia social.
- La interacción entre las disciplinas representativas y las que utilizan textos.
- La colaboración de conservadores de museos y de historiadores en proyectos sobre objetos médicos.
- La participación de historiadores junto con sociólogos en estudios de biografías.
- La combinación en la práctica basada en pruebas de la ciencia “externa” con la competencia clínica en relación al paciente individual (47).

Si se hace realidad este potencial, dará lugar a una investigación interdisciplinaria que sólo supere los límites dentro de las propias humanidades, sino también entre ellas, las ciencias sociales y las ciencias.

Bibliografía

1. Wolpert L. Which side are you on? *Observer Review* (10 March 2002).
2. Snow CP. The two cultures and the scientific revolution, Rede Lecture, University of Cambridge, 1959.
3. Atkins P. The limitless power of science. En: Cornwell J (ed.). *Nature's imagination: the frontiers of scientific vision*. Oxford: Oxford University Press, 1995; p. 123.
4. Wyn Owen J. Art, health and well-being: why now? The policy advisor's view. En: Kirklin D, Richardson R (eds.). *Medical humanities: a practical introduction*. London: Royal College of Physicians, 2001; p. 81.
5. Midgley M. Science and poetry. London: Routledge, 2001; pp. 24-5.
6. Midgley M. Science and poetry, p. 43.
7. Porter R. What is disease? En: Porter R (ed.). *Cambridge Illustrated History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996; pp. 93-5.
8. Henry J. *The Scientific Revolution and the Origins of Modern Science*. Basingstoke: MacMillan, 1997; p. 53.
9. Jewson ND. Medical knowledge and the patronage system in eighteenth-century England. *Sociology*, vol. 8 (1974); Porter R, Porter D. En: *Sickness and in health: The British Experience, 1650-1850*. London: Fourth Estate, 1988; pp. 30-1. Riley JC. *The Eighteenth-Century Campaign to Avoid Disease*. London: MacMillan, 1987; pp. 89-90, 145.
10. Porter R. The greatest benefit to mankind: a medical history of humanity from antiquity to the Present. London: HarperCollins, 1997; p. 265.
11. Fissell ME. The disappearance of the patient's narrative and the invention of hospital medicine. En: French R, Wear A (eds.). *British medicine in an age of reform*. London: Routledge; 1991.
12. Borsay A. An example of political arithmetic: the evaluation of spa therapy at the Georgian Bath Infirmary, 1742-1830', *Medical History*, vol. 45 (2000).
13. Para una lúcida discusión sobre esta característica de la 'posmodernidad'. Véase D. Lyon, *Postmodernity*. Buckingham: Open University Press, 1994.
14. Pickering N. The use of poetry in health care ethics education. *Medical Humanities*, vol. 26, no. 1 (June 2000) 35.

15. Macnaughton J. The humanities in medical education: context, outcomes and structures. *Medical Humanities*, vol. 26, no. 1 (June 2000) 23-6; Macnaughton J. Why medical humanities now? En: Evans M, Finlay I (eds.). *Medical Humanities*. London: BMJ Books, 2001; pp. 191-7. Downie R. Medical humanities: means, ends, and evaluation. En: Evans and Finlay (eds.). *Medical Humanities*, pp. 205-10.
16. Se trata de una impresión más que de un estudio sistemático sobre la enseñanza de las humanidades médicas en GB. Los desarrollos sobre las humanidades médicas en GB, incluyendo la enseñanza, se recogen en un informe bianual publicado en el Newsletter de la Association for Medical Humanities (www.amh.ac.uk).
17. Bleakley A, Marshall R, Bremer R. Toward an aesthetic medicine: developing a core medical humanities undergraduate curriculum. *Journal of Medical Humanities*, vol. 27, no. 4 (Winter 2006), pp. 197-214.
18. www.ucl.ac.uk/pcps/education/chm/ibsc.htm.
19. www.bris.ac.uk/philosophy/prospective/undergrad/iBAMH_details.htm.
20. www.le.ac.uk/arts/grad/hum.
21. Gull S. News from Cambridge. *Association for Medical Humanities Newsletter* (Autumn 2006) 5.
22. www.abdn.ac.uk/medical/resource_centre/medical_humanities.
23. Dominiczak M. Glasgow. *Association for Medical Humanities Newsletter* (Spring 2006), p. 7.
24. www.kcl.ac.uk/ugp07/programme/85.
25. Lazarus P. News from Leicester. *Association for Medical Humanities Newsletter* (Autumn 2006), pp. 7-8.
26. www.pms.ac.uk/pms/undergraduate/ssu.php.
27. www.dur.ac.uk/cahbm.
28. www.dur.ac.uk/school.health/phase1.medicine/programme/coursedetails.
29. www.gemedicine.swan.ac.uk/whatwillistudy12.html.
30. www.healthscience.swan.ac.uk/Courses/UnderGraduate/UGMenu.asp.
31. www.kcl.ac.uk/gsp07/subjectarea/taught/P.
32. www.healthscience.swan.ac.uk/Courses/Postgraduate/PGMenu.asp.
33. Pickstone J. *Ways of knowing: a new history of science, Technology and History* (Manchester: Manchester University Press, 2000).
34. www.bbk.ac.uk/study/pg/healthstudies/TMRHUMDL.html.
35. www.le.ac.uk/arts/grad/hum.
36. *The Concise Oxford Dictionary*, ed. by Judy Pearsall, 10th ed (Oxford: Oxford University Press, 1999), p. 692.
37. Matarasso F. No appealing solution: evaluating the outcomes of arts and health initiatives. En: Evans and Finlay (eds.). *Medical Humanities*, p. 37.
38. Evans HM, Greaves DM. Medical humanities-what's in a name? *Medical Humanities*, vol. 28, no. 1 (June 2002), p. 1.
39. Evans M. Medical humanities for postgraduates: an integrated approach and its implications for teaching. En: Kirklin and Richardson (eds.). *Medical Humanities*, p. 68.
40. Downie R. Literature and medicine. *Journal of Medical Ethics*, vol. 17 (1991), p. 95.
41. Scott PA. The relationship between the arts and medicine. *Medical Humanities*, vol. 26, no. 1 (June 2000), p. 5.
42. Evans M. Pictures of the patient: medicine, science and humanities. En: Evans M, Sweeney K. *The Human Side of Medicine* (London: Royal College of General Practitioner, 1998), p. 10.
43. Edwards SD. The moral status of intellectually disabled individuals. *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 22 (1997) 37; Edwards SD. The body as object versus the body as subject.

- Medicine, Health Care and Philosophy, vol. 1 (1998), pp. 48-53. Véase también: Evans, 'Pictures of the patient', p. 14.
44. Véase, por ejemplo, M. Bal. *Travelling Concepts in the Humanities: A Rough Guide* (Toronto: University of Toronto Press, 2002).
 45. Véase, por ejemplo, T. Greenhalgh and B. Hurwitz (eds.). *Narrative Based Medicine: Dialogue and Discourse in Clinical Practice* (London: BMJ Books, 1998).
 46. Un resumen de los proyectos más relevantes puede verse en: R. L. Staricoff. *Arts in Health: A Review of the Medical Literature*, Research Report 36 (London: Arts Council England, 2004).
 47. Muchos de estos temas se abordaron en el simposio: 'Narratives and Histories' organizado en Swansea el primero de diciembre de 2004 como parte de: Arts and Humanities Research Board's 'Arts, Humanities and Medicine' initiative.