

Confianza: crisis y decadencia en las prácticas médicas

Miguel Kottow

Introducción

Las marcas antropológicas definitorias de la existencia humana son la relacionalidad y la trascendencia. El cuerpo humano pervive en tanto se relaciona con otros y con el mundo circundante y trasciende fuera de sí, se comunica, coopera, actúa. El *Dasein* heideggeriano es arrojado en el mundo, todo ser humano está-en-el-mundo y está-con-el-otro, sumido en arbitrariedad (*arbitrium* = elección); su humanidad requiere acumular un acervo cultural que dé sentido a sus percepciones, substancia a su empoderamiento, orientación a sus actos. El conocimiento de la realidad se adquiere y acrecienta por experiencia, complementado por información recibida a través de otros: “Todas nuestras decisiones dependen de estimar lo que es el caso; estos estimados deben, a su vez, confiar en información de otros [...] la confianza en algún grado de veracidad funciona como un *fundamento* de las relaciones entre seres humanos” (Bok, pp. 20, 33). Ingresar al mundo y actuar en él requieren la confianza de que el desarrollo del *Dasein* es posible.

Los dos ejes del estar-en-el-mundo son la cognición que otorga el saber, y la ética que subyace a la acción. En la base de

ambos está la confianza de recibir información certera y de actuar en el mundo e interactuar con los otros. La confianza es una argamasa de relaciones entre actores sociales, necesaria para lo cognitivo y lo cooperativo que presuponen una ética de comunicación.

El individuo ha de actuar en un mundo social de creciente complejidad, apoyado en la coordinación del propio actuar y la cooperación con otros; para ello, es necesario reducir la complejidad del mundo y la incalculable variedad de opciones y decisiones. Incertidumbre y dudas no pueden ser resueltas en situaciones complejas, por lo que han de ser reducidas concediendo confianza a que instituciones y personas se harán cargo de ciertos trayectos cognitivos, para permitir al individuo decidir y actuar con la tranquilidad de saber que el mundo ha sido adecuadamente ordenado por decisión y acción solvente de otros. En conceptos más cercanos a la ética, es preciso confiar que el ejercicio de la autonomía no sea permanentemente requerido para orientar en todo el espectro de resoluciones, dado que algunos aspectos cruciales ya están solucionados y permiten, de este modo, confiar en la propia capacidad de actuar e interactuar en forma racional.

Confianza

De las múltiples definiciones, la primera del DRAE, “Esperanza firme que se tiene en alguien o algo”, aclara que solo se puede confiar o desconfiar en eventos mediados por acción humana. No es posible confiar en un evento natural; sí en una máquina ideada y fabricada por seres humanos en quienes se deposita la confianza de haber obrado con prestancia. “La situación de confianza solo se da si las expectativas confiadas son determinantes para tomar decisiones, caso contrario solo se trata de una esperanza” (Luhman, 2000, p. 28).

La diferenciación [de derecho y confianza] requiere que confianza y derecho operen en gran medida *independientes* entre sí, solo vinculados a través de condiciones *generales* que serán coordinadas caso a caso *según sea necesario* (Ibíd., p. 44).

Las reflexiones sobre confianza se centran en considerarla “una hipótesis sobre la conducta futura del otro” (Cornu, 2010, p. 19) que precede a la interacción cooperativa, siendo en buena medida concedida de antemano y ratificada por una cooperación lograda. En caso de fracaso, se produce, a la inversa, la falta de confianza o desconfianza.

Confianza es un nivel o estilo de probabilidad subjetiva desde la cual un agente evalúa que otro agente o grupo de agentes realizará una determinada acción, antes de estar en condiciones de someterla a *monitoreo* y en el contexto que afecta *sus* propias acciones (Gambetta, 2000, p. 217).

La confianza es una herramienta para enfrentar la libertad de otros, incluyendo la disposición de limitar la propia autonomía a fin de inspirar confianza. En relaciones no contractuales, la confianza es el apoyo para esperar que el otro no haga uso de su libertad para producir daño. La confianza es la herramienta más ética y menos dañina de interacción cooperativa, a diferencia de la coerción ejercida o amenazada, o la elaboración de un contrato cuya función es limitar grados de libertad.

Confianza y cognición

La confianza suple el limitado conocimiento de la experiencia: “contradice a la función y el estilo de la confianza requerir u ofrecer información fáctica detallada, si bien la posibilidad [eventual] de un esclarecimiento debiera quedar sugerido” (Luhman, 2000, p. 37). Allí donde no hay saber, o proviene de territorios explorados por otros cuya ciencia y experiencia son creíbles, es preciso confiar para reducir el campo de lo indeterminado e indeciso.

La confianza se funda en la vulnerabilidad del que requiere protección, basada en una desigualdad de poder entre el expectante que confía el respeto de sus intereses o, al menos, espera no ser perjudicado. La confianza depositada, otorgada, carece de mutualidad por cuanto una de las partes tiene mayor poder para cumplir los compromisos o para asumir los costos de violarlos. La confianza construida, en cambio, tiene por base una reciprocidad en que las partes se comprometen mutuamente. La formalización del compromiso

es, paradójicamente, una muestra de desconfianza: de lo oral a lo ritual y lo documentado, de lo expresado a lo legalizado, de las cláusulas de cumplimiento a las sanciones por ruptura. La reciprocidad de confianza fundamenta la cooperación y esta conjunción de esfuerzos tiene por objetivo el cumplimiento de los intereses de cada participante, con lo cual queda sellado que un compromiso de cooperación actúa también como un regulador de competitividad. Consiste la confianza en creer que los motivos de cooperación exceden o neutralizan la obtención de más beneficios para una de las partes, vale decir, presupone que no hay intención de desequilibrar la cooperación en busca de una obtención asimétrica de beneficios que distorsionaría la cooperación en explotación.

Las promesas no son coercitivas; llevan un a priori de confianza y su incumplimiento no tiene otra sanción que la desconfianza. La confianza no siempre es la mejor alternativa a preferir sobre otra que causaría menos daño, también puede ser la menos mala: si una acción cooperativa solo puede llevarse a efecto basada en la confianza, la alternativa de no realizarla y tal vez dejar incumplida una necesidad, hará menos malo confiar que desconfiar y omitir una acción necesaria de ser realizada.

Confianza social

Libertad y racionalidad son elementos fundantes para que la confianza sea un presupuesto del ingreso al mundo como

ser vulnerable que evoluciona, desde la dependencia absoluta de su infancia, a la vida cívica protegida por derechos básicos supuestamente existentes para todo ciudadano. Son expectativas vividas como inherentes al estatus de miembro de la sociedad, pasibles de confirmación o sospecha. La idea de “confianza ciega” presupone al ciudadano dotado de derechos que también en forma implícita se dispone a asumir los deberes de ciudadanía. El orden social establecido, que no es producto de un contrato social sino una evolución de la convivencia, lleva en sí la confianza implícita de que ese orden social es equitativo y efectivo –se obtiene con costos razonables y aceptables de coerción–, y cuya transgresión tiene sus propios costos y riesgos.

Esta confianza cívica se distingue de la confianza basada en fe trascendente, manipulada en más de una ocasión para justificar acciones bélicas fundamentadas en creencias religiosas. Igualmente distinta es la supuesta “confianza infantil” que tendría el recién nacido y el niño en edad de dependencia, de confiar que sus necesidades básicas serán satisfechas: “El niño confía en tanto es alentado hasta que la confianza sea indubitavelmente traicionada” (Baier, 1986, p. 244). La confianza que se ha presumido presente en todo ser humano desde su nacimiento, no es tal, por cuanto falta el proceso mental de confiar que el otro cooperará en una empresa común o, al menos, no dejará incumplidas las expectativas que ambas partes ponen en el buen éxito de la acción cooperativa.

Entre este estado de dependencia prerracional y los diversos arreglos, compromisos y contratos que jaspean la vida social, existe indefectiblemente una confianza latente de que el orden social y su gobernabilidad aseguran ciertas protecciones básicas –una paleta de derechos–, presuponen una cooperación social básica –tributos, deberes cívicos, moralidad–, y una actividad de gobierno que asegure los derechos de protección de los ciudadanos–. En regímenes republicanos, las autoridades representan lo que han prometido hacer y son elegidas para ello por mayorías ciudadanas. Son éstas las reglas del juego democrático cuyo cumplimiento es indiscutido, por lo tanto no dependen de confianza sino de adhesión.

La confianza inherente a la convivencia social fundamenta todo emprendimiento cognitivo y colaborativo, incluyendo la seguridad de que las vulnerabilidades esenciales del ser humano están cubiertas por el orden social imperante, basado en un pensamiento contractualista que sitúa la confianza en “gobiernos y acuerdos voluntarios de cumplir lo acordado” (Ibíd., p. 250). A nivel sociopolítico, la confianza no se basa en un contrato formal, ni en la idea abstracta de un presunto contrato social, sino en un conjunto explícito de deberes y derechos que comprometen a la soberanía y a los ciudadanos, con anclaje constitucional y legal.

Utilitaristas como Hume, vieron la interacción como resultante de la motivación de cada uno por satisfacer sus intereses mediante una cooperación que supone en el otro el mismo interés por cumplir lo

pactado: “Solo después del interés concurrir el sentimiento moral y se convierte en una nueva obligación para la humanidad” (Hume, citado por Gambetta, 2000, p. 227). En esta visión, la confianza no es actitud por defecto, una característica dada de la vida social en tanto no se evidencie lo contrario. La confianza en la convivencia no se construye, pero está en permanente riesgo de ser destruida.

Junto con el altruismo y la solidaridad, es la confianza un recurso escaso que, en la vida real, es reemplazada por “manipulación de restricciones e intereses como condiciones de cooperación en las que operamos más intencionada y efectivamente” (Ibíd., p. 224). En ética el altruismo es celebrado pero no exigido, en política la solidaridad es llamada pero no utilizada como instrumento de acción. En esa mirada, la confianza no es el prerequisite sino el resultado de una cooperación eficaz; es acordada como característica del modo contractual de entender la convivencia; negociada, mutuamente depositada bajo condiciones de reciprocidad.

Desconfianza

La cultura occidental contemporánea, cabalgando en el corcel ya cansado de la modernidad, cuestiona las grandes narrativas, las proclamaciones de sistemas filosóficos, políticas sociales, creencias trascendentes. Kant, Marx o Parsons sobreviven como retazos, solo los pensamientos anclados en el conservadurismo y el statu quo aún persisten en la mantención intelectual de sus valores. Prima la sospecha, la

desconstrucción, el análisis fragmentario, la incertidumbre, elaborando un caldo de cultivo para ubicuos diagnósticos de crisis en todo ámbito, insuflando gritos de Casandra, proféticos pero no creídos.

Una de las más severas crisis que se vive en el mundo actual es el derrumbe de la confianza, un tema más sometido al aforismo que al análisis conceptual. La confianza se presta al *bon mot* fácil, al ingenio chispeante, a la idea fugaz que emerge, fulgura, mas no deja huella alguna.

Sagaz político, Benjamin Disraeli entendió claramente que el ser humano ha dejado de creer en designios divinos, se ha liberado de la soberanía absoluta. “¡Confiamos demasiado en los sistemas y muy poco en los hombres!”. El ciudadano comienza a cultivar músculo, la filosofía pulsa el ánimo cultural, Kierkegaard escribe sobre la angustia, Sartre proclama que el hombre está condenado a ser libre, arrojado en la vida como pasión inútil. Paul Ricoeur nos enfrenta con la “filosofía de la sospecha”: Marx, Nietzsche y Freud, arquitectos de palafitos construidos sobre religión, política, sociedad y ética.

Del pensamiento sociológico no llega consuelo, las estructuras sociopolíticas han fracasado: “Los políticos prometen modernizar los marcos mundanos de la vida y sus gobernados, pero las promesas auguran solo más incertidumbre, menos seguridad y una profunda desprotección ante los antojos del destino” (Bauman, 2001, p. 49).

Mientras más complejo el mundo social, mayor es la necesidad de que exista

confianza en que instituciones, gobernantes, la concentración de poder y, *last and not least*,¹ los intelectuales resuelvan problemas y permitan empoderamiento y despliegue de los seres humanos en un campo de acción desbrozado de inseguridades e incertidumbres.

No obstante, ocurre lo contrario. El ciudadano contemporáneo tiene amplia autonomía pero limitadas opciones de ejercerla, viviendo en un estado de inseguridad, incertidumbre y desprotección. La confianza en lo público y en el prójimo se derrumba porque no cumplen las tareas de resolver problemas sino, por el contrario, los generan. La ciencia llamada a crear conocimiento que reduzca incertidumbres, así como la técnica desarrollada con la intención primigenia de permitir que la condición humana viva con menos riesgos, desarrolle su existencia con el apoyo del instrumento eficaz, el instrumento ayudando a domeñar los desafíos del mundo natural, fracasan por cuando incrementan la indeterminación, disuelven las seguridades y desplazan la protección que, desde Hobbes hasta libertarios como Nozick, confirman ser la tarea primordial del Estado.

Al ser debilitada esta adhesión, sea por una gobernabilidad inepta o ilegítimamente empoderada, aparecen fenómenos de desorientación, incertidumbre, desprotección, que horadan la presunción de cooperación social reglada y previsible, extendiendo la desconfianza.

1 Variante del manido dicho *last but not least*, utilizado para redimir lo olvidado.

La desconfianza es más que la falta de confianza, apareciendo ante situaciones emergentes o el derrumbe de la confianza donde la hubo y fracasó. La desconfianza es la paralización de actividades que se vuelven azarosas en un clima de incertidumbre. Tiene rasgos intranquilizantes por cuanto junto con lentificar el motor social, se exagera en una actividad desgastante de buscar más instancias que corroboren la desconfianza, en un afán persecutorio, vengativo, punitivo. En segundo término, la instalación de desconfianza difiere de una situación de crisis, puesto que no moviliza fuerzas de resolución o cambio. La desconfianza se vuelve crónica, difícilmente reversible, desgastante.

Shakespeare dramatiza el juego de Yago por destruir la confianza de Otelo en Desdémona, creando la desconfianza mediante pruebas falsas aceptadas, a su vez, por la confianza en Yago para informar sobre la infidelidad. Desmembrada la confianza en Desdémona, Otelo la mata y, reconocida la falsa confianza depositada en Yago, muere por propia mano, cayendo sobre el cuerpo de su amada.

Más que crisis, el derrumbe de confianza lleva a un estado de desconfianza dificultosamente redimible sin heridas y pliegues cicatriciales oscuros y persistentes. La desconfianza se autoconfirma, pues todo intento de recuperar confianza es, a su vez, recibido con desconfianza. La única salida de la desconfianza es “confiar en la confianza y desconfiar de la desconfianza” (Gambetta, 2000, p. 234), una estrategia basada en poner la confianza a prueba con expectativas altas para iniciar una acción

con riesgos aceptables de fracaso y retorno a la desconfianza reinante. Desarticulada la confianza, caemos en angustia si lesiona nuestros intereses vitales amenazados de fracaso; en indiferencia si mella el ámbito del orden social.

La desconfianza en la política no debe reducirse con abstención y desinterés. Todo lo contrario, es preciso arriesgar la acción –votar, militar, opinar–, para poner a prueba la posibilidad de reiniciar un ciclo de confianza motivante de acciones que, de ser eficaces, renueven la confianza.

Una encuesta entre jóvenes menores de 25 años es comentada en la prensa bajo el título “El 94% de los jóvenes cree que la honradez es el valor más importante”, “un concepto que llama la atención en días donde la desconfianza parece ser la regla” (*El Mercurio*, 15 de agosto 2015, p. C15).

Crisis de confianza en la medicina

Periodo pre-profesional

La idea de crisis comienza con la medicina hipocrática y no es de extrañar que en la tardomodernidad se agudice la “crisis de la medicina” como paradigma de asuntos esenciales que andan mal. Hipócrates enseña que en el curso de la enfermedad se presenta un momento de crisis –días críticos– en que el proceso mórbido cambia de rumbo, sea hacia el agravamiento y la muerte, sea hacia la mejoría y la sanación. Las crisis son pasajeras, pero es imposible predecir su

duración, profundidad, y la trayectoria del período poscrítico.

Aventurado, más no desencaminado, es dudar que al ejercicio de la medicina le sea inherente y constante el carácter de confiabilidad, que si así fuese, no se requerirían códigos draconianos como el de Hamurabi que, en lo médico, dictaminaba la ley del talión: el médico que cause la muerte de un señor será sancionado con la amputación de su mano, si la iatrogenia letal afecta a un esclavo, deberá entregar otro esclavo. Los estudiosos de la materia dudan que el Juramento hipocrático hubiese sido otra cosa que un compromiso moral de los pitagóricos; el médico era un errante que ofrecía sus servicios sin unión gremial o colegial, el Juramento tal vez funcionaba como un antecedente que pudiese mitigar la desconfianza que enfrentaba en sus vagancias. En la Edad Media, la medicina era estudiada por interés intelectual y escasamente ejercida solo entre los nobles. Molière podía mofarse de los médicos: “Muchos adquieren opinión de doctos, no por lo que efectivamente saben, sino por el concepto que forma de ellos la ignorancia de los demás”. Dos siglos más tarde Tolstói describe la alienada relación de Iván Desinovich con su médico. Decenios después, George Bernard Shaw es ácido y directo en su desdén:

No conozco a persona alguna que, siendo reflexiva y bien informada no sienta que la tragedia actual de la enfermedad es que te entrega inerme en manos de una profesión en la cual desconfías profundamente porque no solo defiende y practica las más repelentes crueldades en prosecución del

conocimiento y las justifica de un modo que igualmente podría justificar las mismas crueldades en ti o tus hijos, o incendiar Londres para probar un nuevo extinguidor pero, habiendo desconcertado al público, intenta tranquilizarlo con los más increíbles descaros (Shaw, 1909. *Cursivas agregadas*).

Texto hiperbólico, notable porque distingue entre “entrega” y “(des)confianza” y, aun cuando se sospeche de la tesis de que la confianza en medicina es recurso raro –solo persistiendo la confianza en un médico determinado–, no cabe dudar que la desconfianza que caracteriza nuestra época también incluye la medicina, reemergente y desatada en tiempos no tan remotos.

Hubo una época en el mundo anglohablante, poco más que hace dos siglos, cuando los pacientes no podían confiar intelectual o moralmente en sus médicos. Aunque se hablaba mucho de una “profesión” en el siglo XVIII [...] la medicina como profesión en el sentido intelectual y moral aún no existía” (McCullough, 1998, p. 4).

El saber médico era incierto, coexistía con una diversidad de conocimientos médicos “en el mercado –alopatía, homeopatía, etcétera–, era difícil establecer los límites entre explicaciones médicas y de otra naturaleza sobre enfermedad” (Ibíd., p. 59).

Someterse a medicación no era asunto de abandonarse ciegamente a la autoridad profesional. Incluía la toma activa de decisiones y negociación, equivalente a comprar tierras o elegir la educación de los hijos (Porter y Porter, 1989, p. 27).

Los pacientes elegían a sus médicos en base a confianza individual... La habilidad del médico de ser económicamente exitoso dependía de la habilidad de ser confiable" (McCullough, 1998, p. 62).

No existía la confianza en los médicos, por cuanto la medicina era un quehacer que competía en el mercado con otras ofertas terapéuticas. El médico debía conquistar la confianza de sus pacientes ejerciendo cortesía, amabilidad, buenos modales, y desplegando "carácter y temperamento". El médico era un producto que se presentaba en el mercado competitivo, estimulando la insinceridad, el engaño, la hipocresía hasta el extremo de "desacoplar apariencia y realidad [...] Los modales podían ser comprados y vendidos, dejando de funcionar como indicadores de virtud" (Fissel, 1933, citado en McCullough 1998, p. 64).

A medida que avanzaba el siglo XVIII, no obstante, la confianza de los pacientes –o de cualquiera– en su habilidad de identificar al médico –o a quienquiera–, como persona de carácter confiable se volvió problemática (Ibíd., p. 63).

Los primeros códigos de ética médica aparecen en Escocia e Inglaterra, por lo que la medicina de los siglos XVIII y XIX ha sido exhaustivamente estudiada para explicar el origen de los escritos del escocés John Gregory (1724-1773), los ingleses Thomas Beddoes (1760-1808) y Thomas Percival (1740-1804), el primero imbuido del concepto de simpatía, Beddoes abogando por la visión de que técnica y moral forman una unidad inseparable, mientras Percival, fiel seguidor

de la Ilustración, se adscribía también a la ética de la simpatía, pero con una fuerte inclinación hacia lo racional que lo llevó a crear el término "ética médica". Todos estos códigos enfatizaban el retorno a los buenos modales, una moralidad basada en veracidad y lealtad, realzando que el quehacer médico debía consolidarse en el saber y el buen hacer, con el objeto de que la medicina y sus practicantes cimentaran la confianza "intelectual y moral". Lo que está en juego es "la potencial habilidad del paciente de seleccionar un médico confiable como piedra angular de la relación paciente-médico" (Ibíd., 65).

Crisis de la profesión médica

La medicina no se constituye en profesión hasta mediados del siglo XIX, cuando recibe la anuencia social del monopolio terapéutico, y asume las responsabilidades de la autoformación y el autocontrol, a cambio de ofrecer a la sociedad un servicio confiable amén de bien remunerado.

Max Weber plantea en 1917 un tema que cobraría urgente actualidad en la medicina del siglo XXI:

La "premisa" general del quehacer médico es, dicho trivialmente: que la tarea de mantener la vida como tal y en lo posible reducir el sufrimiento como tal, ha de ser afirmada. Y eso es problemático. El médico mantiene con sus medios al enfermo en trance de muerte, aun cuando éste clama por liberación de la vida, aun cuando los familiares, para quienes esta vida carece

de valor y que le conceden la absolución del sufrimiento –es posible que se trate de un pobre enfermo mental–, explícitamente o no, le desean y deben desearle, la muerte. Solo que las premisas de la medicina y del código penal impiden al médico desviarse. ¿Acaso la vida es valiosa de seguir viviendo, y cuándo? –eso no lo pregunta– (Weber, 1994, p. 13).

Claramente, la medicina ha de ser fiel a su código de ética profesional y a la legislación vigente, de manera que no puede ser depositaria de la confianza que el paciente y sus allegados pudiesen posar en ella para liberarlo de sus propios sufrimientos, no del “sufrimiento como tal”.

La aseveración de que “la confianza ha sido por largo tiempo una fuerza generatriz inextirpable en la profesión médica” (Pellegrino, 1991, citado en McCullough, 1998, p. 3) no resiste el análisis histórico.

Se ha aptamente defendido el argumento que algunos principios hipocráticos centrales –por ejemplo, “no administrar venenos”– fueron formulados menos por convicción ética que para aliviar la desconfianza social prevalente y obtener más pacientes” (Faden y Beauchamp, 1986 p. 62).

El filósofo contemporáneo Allen Buchanan identifica cinco elementos para el concepto ideal de una profesión, retomados por McCullough para la profesión médica:

- Conocimiento especial de orden práctico
- Compromiso de preservar y perfeccionar tal conocimiento
- Compromiso de alcanzar excelencia en la práctica de la profesión

- Compromiso intrínseco y dominante de servir a otros en quienes el conocimiento especial es aplicado
- Autorregulación efectiva por el grupo profesional

Las tres primeras características son la base de la “confianza intelectual en los médicos cuando nos convertimos en pacientes”. Las otras dos son “la clave de nuestra capacidad de confiar moralmente en los médicos” (McCullough, 1998, p. 3).

Pioneros de la ética médica enfatizan el carácter fiduciario de la relación entre los pacientes y sus médicos (Ramsey), la confianza debiendo “persistir como el elemento central en toda ética coherente de las profesiones” (Pellegrino, 1991, p. 82).

Despersonalización y biomedicina

El profesor de Medicina Bernard Naunyn (1839-1925), irritado por la convicción reinante que la práctica médica es un arte, peroraba con absoluta convicción que “la medicina será ciencia o no será”. Eran los finales de un siglo de oro para las ciencias biológicas: Morgagni, Bernard, Von Müller, Darwin, Pasteur, Koch, Helmholtz. La proclama de Naunyn indicaba que la medicina de por sí no es confiable, solo lo es en su fundamento científico. La confianza en la ciencia, iniciada por Francis Bacon y ratificada por el positivismo, le permite declarar su desvinculación de las disciplinas no empíricas, que son materia de opinión y

creencia. La inmunidad frente a la reflexión metacientífica y de valoraciones se refuerza con el matrimonio de conveniencia con la técnica, creando la tecnociencia que amalgama medios técnicos con fines cognitivos girando recursivamente en procesos autopoiéticos: la técnica sirve al conocimiento, el que expande las posibilidades de la técnica. El proceso de retroalimentación produce un divorcio con los problemas sociales, porque la tecnociencia, enfilada en pos de metas autodefinidas, no indaga sobre cuáles desarrollos requieren ser investigados: ¿genética o enfermedades desatendidas?, ¿problemas satelitales o desnutrición mundial? Muchos de los resultados que la tecnociencia entrega son redundantes, con obsolescencia a corto plazo, irrelevantes para el bien común y benéficos solo para intereses corporativos y particulares.

Una escueta definición de biomedicina la entiende como “nacida de la interacción entre diversos cuerpos profesionales, en otros tiempos alejados los unos de los otros por su formación y sus objetivos. Ella simboliza la alianza de la medicina, la biología y también la industria” (Sebag, 2007, p. 24). El cientifismo, el positivismo, la medicina basada en evidencia, dan sustento conceptual a la realidad de una práctica social que erosiona la distinción entre investigación y terapia, entre paciente y probando, entre bioética clínica y bioética de la investigación y, finalmente, entre servicio y mercado.

[C]on escasas excepciones, es solo a partir de la segunda mitad del siglo XX que el término “biomedicina” se aplica claramente

a la forma híbrida de investigación y terapia, que combina lo normal y lo patológico... Definimos plataformas biomédicas como arreglos materiales y discursivos que actúan como un banco *–bench–* sobre el cual las convenciones relacionadas con lo biológico o normal son conectadas con convenciones correspondientes a lo médico o patológico” (Keating y Cambrosio, 2003, pp. 72, 332).

La institucionalización de la biomedicina se constata en el extenso pliegue de la medicina administrada, que amalgama medicina y economía, y las construcciones de grandes centros, denominados plataforma biomédica, diseñados como conglomerados de servicios asistenciales y laboratorios de investigación. En la medicina administrada, el médico es funcionario de la institución, el paciente es su cliente. En las plataformas biomédicas se da una vinculación entre médico-investigador por un lado, y paciente-probando por el otro. Desazón y crítica social reclaman por la deshumanización de la medicina, más propio será hablar de despersonalización provocada por seres humanos que –diría Nietzsche–, son demasiado humanos. El tema da de lleno en las inquietudes de la bioética, que arma su discurso insistiendo en el carácter interpersonal de la relación entre agente médico y paciente.

Desde su propia cultura, la tecnociencia impacta sobre la sociedad y la transforma, desplegándose una congruencia forzada entre el quehacer de ciencia y técnica y el contexto social en que ocurren (Fleck), se desarrollan, evolucionan (Popper) y cambian de paradigma (Kuhn). Se forjan nuevas realidades sociales y son quebrantadas

dicotomías tan caras a la modernidad como, natural/artificial, sujeto/objeto, agente/paciente. Emergen la sociología y la antropología simétricas que rechazan polarizaciones y dicotomías.

La sociología, ha tiempo que distingue la macroteoría sistémica que entiende a las instituciones sociales plasmando la conducta individual para mantener la estabilidad del orden social, de las microteorías individualistas, interaccionistas interesadas en acciones motivadas por significaciones que se van institucionalizando. Muy someramente, la práctica médica se había caracterizado por una interacción personal complementada con soporte institucional, a diferencia de la biomedicina coagulada en una fuerte estructura institucional que requiere adaptación, regulación y sistematización de las conductas individuales. En la tecnociencia se produce una amalgama entre actores individuales y grupos de trabajo que operan complejas estructuras instrumentales, participando en elaboradas instituciones de desarrollo y aplicación del conocimiento. El contexto social determina el quehacer tecnocientífico, el que, a su vez, provoca modificaciones y reestructuraciones de la realidad social. La sociología de la traducción ha entendido que la polarización entre acción humana y reacción pasiva del mundo inanimado se describe mejor con un concepto de simetría, de hibridación de actores y procesos poblando redes de interacción: agentes humanos y cosas construidas co-operan en conjunto, son híbridos de agente/sujeto comprometidos

en relaciones de beneficio/costo, tomando y estimulando decisiones.

El pensamiento simétrico tiene problemas con el fundamento de la ética referida a personas humanas en tanto agentes racionales y morales dotados de libertad y responsabilidad. También los seres humanos carentes –aún, siempre o progresivamente– de agencia moral disponen de estatus moral incontestado, que se extiende, diversamente entendido, hacia los animales, mas no a los objetos. Volcán, motor, océano u átomo no tienen moralidad, no son materia de ética, al menos no lo fueron hasta el desarrollo de la sociología de la traducción, la teoría actor-red, la antropología simétrica desde donde reciben presencia ética: “el mundo *emite moralidad* hacia quien posee un instrumento que ha llegado a ser *lo suficientemente sensible* para registrarla” (Latour, 2013, p. 433). Los entrelazamientos de ciencia y sociedad dan origen a los Social Science Studies (SSS) y los Estudios Sociales de Ciencia y Técnica (ESOCYTE) (Law y Hassard, 2005).

Nace el concepto de actantes, híbridos de seres humanos que actúan, con elementos de automatismo, integrado con objetos capaces de ser agentes espontáneos y no meramente reactivos, barriendo con el dualismo agente/sujeto. No obstante, queda por dilucidar en qué medida el ser humano pierde libertad y responsabilidad en su estado de hibridez actante y en forma paralela, cómo los objetos, también híbridos adquieren una dimensión ética en cuanto actantes dotados de libertad y responsabilidad.

Las actividades científicas tienen su mayor despliegue en el área biológica, desplazando a la física en protagonismo y, al interior de la biología, el énfasis se centra en la investigación del ser humano sano y enfermo. Con todo ello, la investigación científica ha perdido su inocencia ética y no logra sustentar su aversión a la evaluación social y ética de su quehacer, como supuestamente lo habría planteado Max Weber. La relectura del texto weberiano permite una interpretación más diferenciada.

La cultura, es decir, intereses *valóricos* son los que otorgan, también al trabajo empírico científico, su *orientación* (Weber, 1973, p. 277).

La validez de un imperativo práctico como norma, por un lado, y la validación de verdad de hecho empíricamente constatados, por el otro, se dan en niveles absolutamente heterogéneos... lesionando la *dignidad* de ambos si esta distinción es ignorada en el intento de imponer la unión de ambas esferas (Ibíd., p. 265).

Es una premisa que lo producido por el trabajo científico sea *importante* en el sentido de cognitivamente valioso... Y esa premisa no es científicamente demostrable. Su sentido último solo puede ser *interpretado* (Weber, 1994, p. 13).

Todas las ciencias naturales responden a la pregunta: ¿qué debemos hacer *si acaso* nos proponemos dominar la vida *técnicamente*? (Ibíd.).

La biomedicina, la medicina basada en evidencia, ambas rindiendo pleitesía a un espíritu positivista, deberán hacerse cargo de una apreciación general, crítica, aunque

proviene de un filósofo que proclama “el fin del criticismo”:

Tal como las ciencias duras siguen su camino sin el ser humano, arriesgando volverse inhumanas, así también las ciencias sociales transitan por el suyo sin mundo ni objeto, exponiéndose a la irresponsabilidad; del mismo modo, en agregado y en paralelo y en nombre de una ciencia que finalmente es eficiente y lúcida, ambas disciplinas en conjunto imponen el olvido de las humanidades –ese continuo grito de padecimiento, esa múltiple y universal expresión, en todo idioma, del infortunio humano. Nuestros poderes cortoplacistas desprecian nuestras fragilidades más prolongadas (Serres y Latour, 1995, p. 180).

Este breve excursus sociológico prologa el descentramiento del discurso bioético en relación a la medicina y la inevitable pérdida de confianza que implica.

Bioética y crisis de lo médico

Desde sus comienzos, la bioética se ha preocupado por la confianza entre médicos y pacientes asegurada, así parecía, por el estatus profesional de la práctica médica que constitutivamente incluye el depósito de confianza social en actividades que han recibido el estatus de profesión y se han comprometido a autorregular técnica y éticamente la confiabilidad de su práctica.

La relación médico-paciente es el foco primario de la ética en medicina. Es a la vez una relación personal y profesional basada en confianza (*trust, confidence*), dignidad y

mutuo respeto [...] Confianza es el puente hacia la relación médico-paciente, y la carga pesa sobre el médico, no solo de esperar la confianza del paciente sino también de construir una sólida base sobre la cual el paciente pueda situar su confianza (Clark, 2002: SR32).

Se explica por qué la bioética, como *aggiornamento* de la ética médica, se basó inicialmente en la cuestión de la actitud general del médico hacia el paciente (Jacoby, 1936, citado en Fletcher, 1979, p. 6). La bioética clínica emerge como respuesta a una crisis de las características morales de una relación médico-paciente, un encuentro clínico cimentado en la confianza. Uno de los artículos seminales para la bioética lleva por título “Los modelos básicos de la relación médico-paciente” describiendo los modelos actividad-pasividad, guía-cooperación, y de mutua participación (Szasz y Hollender, 1956). La bioética se propone, desde sus comienzos, transformar la tradicional relación paternalista entre el médico y el paciente, en una de orden participativo donde el paciente mantiene su autonomía y solo puede ser intervenido previo conocimiento de su condición médica y consentimiento formal a los procedimientos sugeridos.

En la relación paternalista el médico cuenta con la confianza general implícita en ser miembro de una profesión, reforzada por la decisión autónoma del paciente de recurrir a la medicina y participar en una relación fiduciaria:

El conocimiento fiduciario se vincula directamente a la calidad de las relaciones

interpersonales, en el sentido de su relación con evaluar la confiabilidad de otros en la elaboración de ciertos juicios (Moreno, 1995, p. 129).

Del paternalismo a la participación hay un trayecto consistente en compartir información. La bioética desarrolla un fuerte discurso sobre el intercambio informativo que precede al consentimiento informado, relevado como el instrumento privilegiado para lograr una relación participativa. Queda oculta la paradoja que el acopio de información desvía la decreciente confianza inherente al acto médico, a la confianza suspicaz frente el informante. Después de cinco decenios de bioética, el tema del consentimiento informado no ha logrado cimentarse; al contrario, continúan las disquisiciones sobre su valor, las alternativas de fondo y forma, la realidad que ha transformado un proceso informativo en un procedimiento secretarial: “En los Estados Unidos la confianza se construye sobre información explícita; en otras culturas la confianza puede ser puesta en jaque por detalles sobreabundantes que despiertan sospechas” (Fins y Rodríguez del Pozo, 2011). A la par, hay evidencia académica, conceptual, sociológica y cotidiana, de la creciente desconfianza hacia la medicina alopática y el renacimiento de propuestas terapéuticas alternativas en las que cada vez más personas prefieren confiar: “Enfrentamos una situación complicada –*predicament*– en la cual desconfianza, legalismo y comercialización han logrado un firme control” (Clark, 2002, p. 15). En consecuencia, el consentimiento informado, concebido como un proceso interpersonal

para afianzar una relación médico-paciente basada en participación y mutua confianza, se ha convertido en un procedimiento para mitigar la desconfianza reinante en la práctica médica, funcionando como una báscula destemplada: apaciguar la desconfianza con más información, mediante un procedimiento cuya confiabilidad, a su vez, va en regresión.

El camino más plausible pero ingenuo, es volver a una ética de virtudes, a relevar “cualidades personales –con personalidad pero sobre todo con carácter–”, una propuesta de Edmond Pellegrino considerada “simplemente demasiado utópica” (Ibíd., p. 15). Más realista pretende ser la idea de que la autonomía médico-profesional ganada por el compromiso de autocontrol ético y mantención de la confianza pública, estaría en riesgo si los médicos no recuperan la confiabilidad. El deterioro ético terminaría por sustraerle a la medicina su estatus de profesión autónoma y autorregulada (Rodríguez, 2006). Los esfuerzos por recuperar la confianza estarían motivados por el temor a perder la autonomía profesional, pero cabe la pregunta acaso la comercialización, la mercantilización, la juridificación, no han ya transformado al médico en un subalterno de la economía y a la imposición de ceñirse a regulación administrativa; restricciones requeridas por control de costos y fuerzas de mercado –clínicas, industria farmacéutica, sofisticación de instrumentación– que norman de hecho la práctica médica.

Desde otra perspectiva, aparece enfatizado el capital social y su eje central

de confianza, consistente en el cultivo de prácticas y valores que facilitan la coordinación y cooperación en beneficio común. Al evaporarse la confianza, queda empobrecido el capital social, entorpecida la cooperación, obstaculizada la interacción hasta producirse estados de anomia. Si la profesión médica no se empeña en recuperar la confianza social en su quehacer, estará dañando el capital social y transgrediendo la norma ética básica del *primum non nocere*: ante todo no dañar (Illingworth, 2002).

Estas sagaces descripciones, que correctamente diagnostican la gravedad y progresiva inoperancia de una medicina despojada de la confianza fundacional para vincular a agentes con requirentes, terapeutas con pacientes, interventores con intervenidos, carecen de la menor sugerencia sobre cómo recuperar la confianza perdida, provocando la inquietante reflexión de que la medicina no está en crisis de confianza, sino que sumida en un tóxico estado de desconfianza.

Medicina administrada: un híbrido entre práctica médica y biomedicina

El debate sobre confianza en medicina administrada converge con las polémicas sobre conflictos de intereses, ambas líneas argumentativas fundadas en el compromiso del médico como tal y en tanto profesional por cuidar el bienestar del paciente en el marco de la ética clínica, respetando la participación del enfermo en las decisiones diagnósticas y terapéuticas requeridas.

'Confianza' en el contexto médico suele ser definida como la expectativa de que el médico (o la organización de cuidados de la salud) actuará en los mejores intereses del paciente (Mechanic, 1998, p. 661) (Buchanan, 2000, p. 205).

En organizaciones de medicina administrada, la llamada racionalización de los recursos, el impedir déficit presupuestarios y alcanzar niveles satisfactorios de lucro, ponen el énfasis de la eficiencia (relación costo/beneficio) por sobre el mejor interés del paciente, convenciendo o imponiendo al médico respeto y acatamiento de estas políticas organizacionales, aun a costa de eficacia –resolución de problemas–, desmedrando la experiencia y el criterio individual. La intercesión de comités de (bio)ética asistencial, propuesta y crecientemente exigida, tiene por objetivo cautelar los intereses de los pacientes, con el inconveniente que las decisiones son despersonalizadas y delegadas a la responsabilidad del colectivo.

La desconfianza que invade a la profesión médica y a la institucionalidad que canaliza la práctica médica alimenta, para alarma de muchos, la litigación y las acusaciones de mala práctica. No obstante ir en general aumento, los reclamos por mala práctica carecen de una relación directa con insatisfacción y desconfianza, por cuanto la motivación, oportunidad y acceso por recurrir a la justicia retributiva varían de cultura en cultura. La juridificación de las políticas de salud invaden tanto la medicina privada como la pública cuando no se cumplen expectativas de atención médica garantizada por el Estado –PMO en Argentina, SUS en

Brasil, GES en Chile, POS en Colombia, y otros– (Yamin y Gloppen, 2013).

La complejidad de las instituciones biomédicas, su tamaño, su intrincado diseño, la complicada administración, fragilizan la confianza en estatus –referida a la institución y a la profesión–, y reducen la confianza en mérito –vinculada con determinadas características individuales del médico–, en la medida que la práctica médica es llamada a depender cada vez más de la evidencia, la instrumentación sofisticada y las interacciones diagnósticas y terapéuticas ancladas en el hospital convertido en plataforma biomédica. El interés primario de cuidar los mejores intereses y las decisiones del enfermo se distorsiona en la prioridad del interés secundario de atender exigencias de planificación, científicidad, solidez económica; el paciente tornándose en un híbrido que es ahora usuario de un sistema biomédico, opaco a la confianza, impermeable a la falta de ella. El desplazamiento de intereses secundarios a primer lugar es la característica más definitoria de conflictos de intereses.

Confianza en la salud pública

Los inicios de la salud pública llegan al siglo XVIII habiendo desarrollado medidas coercitivas –cuarentena, aislamiento– en relación a las grandes epidemias de la Edad Media, con el desarrollo de la policía médica en el sistema cameralista de Alemania donde los asuntos de Estado tenían por fundamento servir al soberano. Con el tiempo, la salud pública desarrolla su

quehacer de acuerdo a las 4P: precaución, prevención, promoción, protección; cada aspecto sustentado por discursos tecnocientíficos, legales y éticos. Las políticas sanitarias tienen la tensión inescapable de imponer medidas a la ciudadanía, que son resistidas por individuos que hacen primar su autonomía para rechazar la obligatoriedad de las indicaciones sanitarias que, por su parte, requieren la disciplina colectiva para garantizar la mayor efectividad de sus propuestas. La paradoja de prevención formulada por Geoffrey Rose en los años ochenta: “Una medida preventiva que conlleva mucho beneficio a la población ofrece poco a cada individuo participante” (Rose, 2002, p. 64), ilustra la tensión y el antagonismo entre autonomía individual y el bien común. El individuo es requerido de aceptación y disciplina participativa en medidas de salud pública, a pesar de que ello no le otorga beneficios significativos, reforzando así su resistencia a cooperar.

A excepción de las situaciones de emergencia, en que el actuar urgente se debe desencadenar en incertidumbre, la salud pública propone e impone políticas sanitarias que la ciudadanía acepta confiadamente, en tanto sean medidas científicamente comprobadas e impliquen riesgos bajos y aleatoriamente distribuidos. Así fue posible universalizar la vacunación antivariólica obligatoria, logrando erradicar la enfermedad, a partir de información confiable e imposición.

Desde los tiempos de Jenner, ha habido oposición a la inmunización y las políticas de obligatoriedad, resumibles en la consigna “No somos sistemáticamente

contrarios a las vacunas, sino contra las vacunaciones sistemáticas” (Skomska-Godefroy, 1996, p. 424), proveniente de Francia, donde la militancia contra los programas y campañas de vacunación obligatoria ha sido fuerte y ruidosa, aunque muy fluctuante en su influencia. En Inglaterra, las políticas impositivas fueron mitigadas con la aceptación tolerante de la objeción de conciencia, mientras en Alemania prevalece una “fatiga vaccinal” –*Impfmüdigkeit*– que ha llevado a bajas coberturas de inmunización sin consecuencias sanitarias que obligaran a una “contra-ofensiva administrativa” (Ibid).

El frondoso debate pro y contra la vacunación obligatoria puede ser leído entre líneas como una turbulenta confrontación de confianzas y desconfianzas. Cada vez que se desarrolla una vacuna que defiende efectivamente contra una enfermedad severa, el Estado impone la vacunación obligatoria para lograr una inmunidad de grupo superior a 80%, confiando en la eficacia del agente inmunizante y en la disciplina impuesta. En contextos de peligro severo e inmunización eficaz, la sociedad, a su vez, aumenta su anuencia a campañas sanitarias y reduce apoyo a los militantes antivacunación. Así ha sucedido con la inmunización contra enfermedades infantiles –difteria, poliomielitis–, el anhelo de contar con una vacuna contra el VIH, la hepatitis C. La contraparte evoca la desconfianza contra imposiciones en democracia y contra un Estado controlador y manipulador, una industria farmacéutica y un sistema médico cuyo interés es financiero más

que sanitario. Es notable que las alianzas con movimientos antisistémicos de todo orden que utilizan la oposición a la vacuna como telón de fondo para otros fines e intereses, ha llevado a las ligas por la libertad de vacunación a tornarse contra aliados incómodos y “tomar distancia frente a un medio juzgado poco fiable e irresponsable” (Ibíd., p. 434). Una vez más, la confianza destronada.

Factor determinante es la confianza en el saber: los opositores a la vacunación sistemática, muchos de ellos contrarios a la biología de la inmunización externa y a su fundamentación científica, confían, no obstante, en la biología molecular que singulariza al individuo y por ende –así argumentan–, no debiera someterlo a procesos generales, respetando que cada cuerpo tiene competencias inmunitarias y decisiones personales e íntimas de autocuidado.

En tanto la desconfianza cunde frente a políticas de Estado, da pábulo a desconfiar de la salud pública y aumentar la resistencia a todo tipo de programas sanitarios obligatorios. Las polémicas desatadas sobre el preservante de vacunas timerosal, la oportunidad y necesidad de vacunar contra el papilomavirus, la continuada búsqueda frenética de una vacuna contra el VIH en circunstancias que tal activismo no se muestra en la investigación de una vacuna antimalárica, son controversias alimentadas por un mosaico de desconfianzas frente a todos los actores involucrados. Los errores cometidos por las organizaciones internacionales en el precipitado anuncio de una pandemia

de gripe por virus H₁N₁ (2008-2009) minaron aún más la desconfianza en la salud pública.

Tanto más tumultuoso y frágil es el quehacer de la salud pública en sus afanes de promoción, donde no hay imposiciones sino llamados a asumir la responsabilidad individual modificando conductas y adoptando estilos de vida saludables. Por diversos motivos, la promoción es una actividad de escasa efectividad y del todo desenfocada en sociedades con severas inequidades que limitan poderosamente las opciones de modificaciones de comportamiento. En campañas y políticas sanitarias de promoción, el factor desconfianza juega un papel aniquilante: se desconfía de la motivación política –feroces campañas contra el tabaco, escasamente alguna contra el alcohol–, así como de los sustentos científicos para establecer agendas políticas, desconfianza hacia el poder de convicción de los promotores, y profunda desconfianza de la población frente a los intentos de regular sus comportamientos.

La salud pública sufre, asimismo, de los efectos de la desconfianza sobre sus propuestas de precaución y las medidas de prevención, temas que han sido abordados en ediciones anteriores de los *Nuevos Folios* y en textos recientes (Kottow, 2014).

Las disquisiciones sobre confianza aumentan con la velocidad con que ésta desaparece, la vida en desconfianza se vuelve más insegura, azarosa. Las relaciones fiduciarias deben ser reconstruidas caso a caso sobre un terreno inestable, engañoso; el día a día solicita más cautela ante una

atmósfera de sospecha en construcción de reglamentaciones, mecanismos de aseguramiento y aumento de pérdidas. Las instituciones, la ciencia, la academia, la medicina y, por sobre todo la política, dejan al ciudadano en equilibrio inestable sin red de contención.

Haciendo parangón con categorías antropológicas que marcaron sus primeros pasos etnográficos, este texto es una visión *etic*, de observador académico pero, al fin, ciudadano afectado y comprometido. El texto que sigue se acerca más a una visión *emic*, del que vive al interior de lo observado, ciudadano también, ambos, y también el lector, sumidos en la condición humana consistente –Hanna Arendt una vez más (1958)– en trabajar, producir y actuar. Sin confianza, la condición humana se marchita.

Referencias

- Arendt, H. (1958). *The Human Condition*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Baier, A. (1986). Trust and Antitrust. *Ethics*, 96(2): 231-260.
- Bauman, Z. (2001). *En busca de la política*. Buenos Aires: FCE.
- Bok, S. (1979). *Lying*. New York: Vintage Books.
- Buchanan, A. Trust in Managed Care Organization. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 2000; 10(3): 189-212.
- Clark, P. (2002). Confidentiality and the physician-patient relationship – ethical reflections from a surgical waiting room. *Med Sci Monit.*, 2002; 8(11): SR31-34.
- Cornu, L. (2010). *La confianza en las relaciones pedagógicas*. www.cpel.uba.ar/uploads/archivos/20141006-015201.pdf. Consultado 15.09.2015.
- Faden, R.R., Beauchamp, T.L. (1986). *A History and Theory of Informed Consent*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Fletcher, J. (1979). *Morals and Medicine*. Princeton: Princeton University Press.
- Fins, J.J., Rodríguez del Pozo, P. (2011). Too Much Information: Informed Consent in Cultural Context. *Medscape*, July 18. Consultado 24.08.2015.
- Gambetta, D. (2000). Can We Trust Trust? En Gambetta, D. (ed.), *Trust Making and Breaking Cooperative Relations*. Edición electrónica, Departamento de Sociología, Universidad de Oxford, capítulo 13, pp. 213-137. <http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/gambetta213-237.pdf> Consultado 10.07.2015.
- Illingworth, P. (2002). Trust: The Scarcest of Medical Resources. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(1): 31-46.
- Keating, P., Cambrosio, A. (2003). *Biomedical Platforms*. Cambridge-London: The MIT Press.
- Kottow, M. (2014). *Bioética en salud pública: una mirada latinoamericana*. Santiago: Universitaria.
- Latour, B. (2013). *Investigación sobre los modos de existencia*. Buenos Aires: Paidós.
- Law, J., Hassard, J. (2005). *Actor Network and after*. Oxford Malden: Blackwell Publishing.
- Luhmann, N. (2000). *Vertrauen*. Stuttgart: Lucius & Lucius.
- McCullough, L.B. (1998). *John Gregory and the Professional Medical Ethics and the Profession of Medicine*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Moreno, J.D. (1995). *Deciding Together*. New York-Oxford: Oxford University Press.
- Rodríguez, J.A. (2006). Profesionalismo médico: aspectos históricos y religiosos. *Revista Médica de Chile*, 134: 381-384.
- Rose, G. (2002). Sick Individuals and Sick Populations. Reimpreso en Gostin, L.O. (ed.), *Public Health Law and Ethics*. Berkeley: University of California Press: 58-65.
- Sebag, J. (2007). *Droit et bioéthique*. Bruxelles: Larcier.
- Serres, M., Latour, B. (1995). *Conversations on Science, Culture, and Time*. Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Shaw, G.B. (1909). *The Doctor's Dilemma*. Project Gutenberg, File 5069-h.htm. <http://www.gutenberg.org/5/0/6/5069/>. Consultado, 23.08.2015.
- Somska-Godefroy, J. (1996). La résistance contemporaine à la vaccination. En Moulin A.-M. (ed.), *L'aventure de la vaccination*. Paris: Fayard, pp. 423-437.
- Szasz, T., Hollender, M.H. (1956). The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. *A.M.A. Archives of Internal Medicine*, 97: 585-592.
- Weber, M. (1973). *Soziologie*. Universalgeschichtliche Analysen, Politik. Stuttgart: Alfred Kröner Verlag.
- Weber, M. (1994). *Wissenschaft als Beruf 1917/1919. Politik als Beruf 1919*. Tübingen, J.C.B. Mohr (Paul Siebeck).
- Yamin, A.E, Gloppen S. (2013). *La lucha por los derechos de la salud*. Buenos Aires: Siglo XXI.