



Relación Médico/Industria Farmacéutica: ¿Un problema bioético actual de nuestra sociedad?

Jorge Humberto Mukdsi.

Tesis - Maestría en Bioética -Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Secretaría de Graduados en Ciencias de la Salud, 2019.

Aprobada: 28 de mayo de 2019

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Relación Médico/Industria Farmacéutica: ¿Un problema bioético actual de nuestra sociedad? por Jorge Humberto Mukdsi se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

Relación Médico/Industria Farmacéutica
¿Un problema bioético actual de nuestra sociedad?

Trabajo de Tesis para optar al

Título de Magíster en Bioética

Prof. Dr. Jorge Humberto Mukdsi

Directora: Prof. Dra. Mgtr. Susana Vanoni

CORDOBA

REPUBLICA ARGENTINA

2019

**“LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS NO SE HACE SOLIDARIA CON LAS
OPINIONES DE ESTA TESIS”**

Agradecimientos

-A la Prof. Dra. Mgtr. Susana Vanoni, mi directora de tesis de Maestría en Bioética, por ser quien me introdujo en este hermoso y tan abarcativo campo disciplinar. Por su generosidad al ante mis dudas, por su presencia en mis momentos de flaqueza y por la amistad brindada en cada instante.

-A la Lic. Solange Donda, directora de la Maestría en Bioética, por despertar en mí las ganas de una lectura reflexiva de cada tema de esta Disciplina y buscar en ellos el fundamento filosófico.

-A los miembros del Tribunal encargado de la revisión final del trabajo de tesis, Prof. Dra. Mónica Edith Bella, Dr. Diego Osvaldo Fonti y Prof. Mgtr. Iris Alicia Maders, quienes a través de sus aportes enriquecieron esta producción.

-A la Prof. Dra. Alicia Torres, directora del Centro de Microscopía Electrónica de la Facultad de Ciencias Médicas, por permitirme progresar en mi formación.

-A una persona que ya no está aquí, mi madre. Por todo lo que me brindó a lo largo de sus años.

-A mi tía y madrina, quien me enseñó la importancia de la superación en el estudio constante.

-A Domingo, un gran compañero de la vida y del día a día.

-A los amigos que me ayudan en cada jornada a avanzar en este camino de la Academia.

-A los alumnos de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba por ser el permanente motor que fortalece mi formación académica.

Índice

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 4 |
| Summary..... | 5 |
| El problema..... | 6 |
| El marco teórico referencial..... | 8 |
| <i>El conocimiento humano y el conocimiento científico</i> | 8 |
| <i>La persona y los valores</i> | 19 |
| <i>Poder y biopoder</i> | 29 |
| <i>El conflicto de interés: desde la mirada bioética y filosófica de los componentes conceptuales</i> | 35 |
| Objetivos..... | 43 |
| <i>Objetivo general</i> | 43 |
| <i>Objetivo específico 1: Evaluar lo que implica un posible conflicto de interés entre médicos e industria farmacéutica desde diversas corrientes de la Bioética.</i> | 44 |
| <i>Objetivo específico 2: Interpretar el valor que en condiciones de conflicto de interés, se le adjudican al concepto de persona/paciente desde la praxis médica y desde la industria farmacéutica.</i> | 51 |
| <i>Objetivo específico 3: Argumentar en función de la construcción de los saberes médicos como pueden ser vulnerados los derechos de las personas/pacientes implicadas en el que hacer médico.</i> | 57 |
| <i>Objetivo específico 4: Aplicar al análisis del caso problema los conceptos de biopolítica de Foucault y campos de Bordieu con el objetivo de profundizar la valoración que del término conflicto de interés se realiza.</i> | 66 |
| Reflexiones para la enseñanza de los Conflictos de Interés en la Carrera de Medicina..... | 74 |
| Conclusiones..... | 89 |
| Referencias..... | 90 |

Resumen

El proceso de argumentación en Bioética es una de las prácticas más complejas del conocimiento humano. La presente Tesis de Maestría se centró en el análisis crítico de una de las realidades que atraviesa en cada momento la práctica de la Medicina: la relación de la actividad médica y la industria farmacéutica, particularmente de como la publicidad puede permear de una manera invisible el que hacer del profesional médico.

El eje argumentativo se basó en la presentación de dos casos en los que se pueden analizar posibles conflictos de interés entre la Medicina y la industria farmacéutica.

Para ello se abordó la compleja construcción del conocimiento científico, y en particular del saber médico, a partir de los aportes foucaultianos del biopoder y bourdianos desde la conformación del campo científico. Ambas miradas se centraron en cómo situaciones de conflicto de interés pueden vulnerar principios de diversas corrientes de la Bioética.

Finalmente, se reflexionó sobre lo que implica la enseñanza de los conflictos de interés en el grado de la Facultad de Medicina. Avanzar sobre la necesidad de que se entienda que los conflictos de interés no solo se presentan en situaciones que implican una relación entre médico e industria farmacéutica, sino que los mismos podrían darse en la propia investigación biomédica dado el avance la de biotecnología justificaría plenamente el debate de este tema en la formación de los futuros profesionales de la Medicina.

Summary

Bioethical argumentation process is one of the most complex practices of human knowledge. This focus' Thesis is the critical analysis of the relationship between medical activity and pharmaceutical industry, particularly how advertising can permeate in an invisible way what to do of the medical professional.

The argumentative axis was based on the presentation of a case in which potential conflicts of interest between Medicine and pharmaceutical industry can be analyzed from the publicity that the latter makes of its products in scientific journals.

With this aim the complex construction of scientific knowledge, and particularly medical knowledge were addressed, based on biopower of Michael Foucault and scientific field of Bourdieu. Besides, was analyzed how situations of conflict of interest can infringe the principles of Bioethics.

Finally I present a deliberation about what implies the teaching of conflicts of interest in the degree of the Faculty of Medicine. Advance on the need to understand that conflicts of interest are not only presented in situations that imply a relationship between doctor and pharmaceutical industry, but that they could occur in biomedical research itself given the progress of biotechnology would fully justify the debate of this topic in the training of future professionals of Medicine.

El problema

La construcción del caso problema sobre el que se abordarán los objetivos de la presente Tesis de Maestría luego de la presentación del marco teórico, se centrará en la publicidad que la industria farmacéutica realiza de los medicamentos en revistas médicas de divulgación científica. Esta situación que a diario está presente frente al médico y que quizás no es realmente visibilizada al quedar diluida en un total de información científica, ¿puede ser potencial fuente de tensiones entre saber-poder vulnerando algunos principios de las diversas corrientes de la Bioética o ser fuente generadora de conflictos de interés?

Para ello los invito a ver con una mirada crítica las siguientes imágenes con el objetivo de empezar a reflexionar sobre la relación entre Medicina e industria farmacéutica.

Presento dos ejemplos, referenciados en el pie de página¹, en los que la industria farmacéutica, mediante la publicidad, se aprecia “emparentada” con la divulgación científica del quehacer médico.

MEDICINA (BUENOS AIRES) AGRADECE A TODOS SUS SUSCRIPTORES EL APOYO BRINDADO, ESPERANDO QUE EL MISMO CONTINÚE Y SE REFUERCE. INFORMAMOS A LOS AUTORES QUE LOS COSTOS A ABONAR A PARTIR DEL 1 DE ENERO DE 2017 SON LOS SIGUIENTES: PARA LA ARGENTINA, POR REVISIÓN DEL TRABAJO \$ 400 Y, EN CASO DE ACEPTACIÓN, \$ 1.300 POR PÁGINA (IMPRESA Y ONLINE). PARA EL RESTO DEL MUNDO US\$ 100 POR PÁGINA (IMPRESA Y ONLINE).

Últimas tapas



MEDICINA (BUENOS AIRES)
MEDICINA (BUENOS AIRES) ESTÁ ENTRE LAS CINCO REVISTAS MÉDICAS ARGENTINAS INDICADAS EN PUBMED.
REVISTA BIMESTRAL.
Personería Jurídica N.º C-7497 Registro de la Propiedad Intelectual N.º 5324260
Publicación de la Fundación Revista Medicina (Buenos Aires). Publicada con el apoyo del Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Medicina no tiene propósitos comerciales. El objeto de su creación ha sido propender al adelanto de la medicina argentina. Los beneficios que pudieran obtenerse serán aplicados exclusivamente a este fin. Aparece en MEDLINE (PubMed), ISI-THOMSON REUTERS (Journal Citation Report, Current Contents, Biological Abstract, Biostat, Life Sciences), CAB (Global Health), ELSEVIER (Scopus, Embase-Excerpta Medica), SCIELO, LATINDEX, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), DOAJ, Google Scholar y Google Books.
Incluida en el Núcleo Básico de Revistas Científicas Argentinas del CONICET.
Esta revista provee acceso libre inmediato a su contenido bajo el principio de poner la investigación a disposición del público gratuitamente y fomentar el intercambio global del conocimiento.
ISSN 0025-7660 (Impresa) ISSN 1909-5106 (En línea)

Auspiciantes y Avisos



ROEMMERS



¹ Página Web de la Revista Medicina-Buenos Aires. <https://www.medicinabuenosaires.com/> y página web de la Revista Americana de Medicina Respiratoria. <http://www.ramr.org/>



A partir de estas situaciones problemáticas avanzaré en aspectos teóricos que conciernen a la relación entre conocimiento humano y científico; valores e intereses humanos; poder y biopoder y los conflictos de interés y el marco bioético. Finalmente mediante el abordaje discursivo de los objetivos específicos planteados, iré confrontando los aspectos relevantes abordados desde una perspectiva meramente teórica, para proyectarlos hacia una bioética práctica intentando dar respuesta al eje fundamental de este trabajo: Relación Médico/Industria Farmacéutica. ¿Un problema bioético actual de nuestra sociedad?

Deseo clarificar que la presente Tesis de Maestría en Bioética, no tiene la pretensión de dar una respuesta ni de atribuir culpas a una o ambas partes. Por el contrario, el propósito de este trabajo es generar un entramado argumentativo que intente concluir con una propuesta para que el problema del conflicto de interés sea factible de abordar desde la transdisciplina de la Bioética proyectándose hacia la enseñanza de la misma en el grado de la Carrera de Medicina.

El marco teórico referencial

El conocimiento humano y el conocimiento científico

La argumentación bioética no es una tarea fácil por lo que abordar la problemática del conocimiento para que sobre la misma, se busquen los andamiajes que vinculan a la Medicina e industria farmacéutica, resulta una tarea que puede ser ingente y compleja.

Tal como plantea Marcuse (1968) el papel de la ciencia en una cultura debe ser analizado no solo con relación a la verdad implícita en ella sino también en el impacto que ella tiene sobre la condición humana. Nos presenta a la ciencia como la lucha del hombre con la naturaleza y con los propios semejantes al punto de posicionarla como el eje directriz de la civilización al afirmar “y la civilización ha sido su gradual y penosa realización” (pág. 79).

Además, este filósofo y sociólogo nos invita a la reflexión cuando afirma que el científico (y ¿por qué no los médicos y aquellos involucrados en el desarrollo de medicamentos?) cambió la pregunta del porqué al cómo, convirtió la cualidad en cantidad y expulsó de la ciencia la subjetividad no cuantificable llevando el método -según afirma- al progreso técnico material (Marcuse H. , 1986). Para Marcuse existe una dualidad entre la ciencia como instrumentadora de la humanidad y como generadora de los medios para impedir la realización de la humanidad. Un aspecto que este autor resalta y que puede servir para el futuro desarrollo argumentativo de la problemática planteada, es la neutralidad en la que la ciencia se vuelve adaptable quedando amarrada a los objetivos predominantes en la sociedad (Marcuse H. , 1986).

Marcuse (1986) también, presenta un tema que merece ser tenido en cuenta y que él denomina los objetivos de pacificación en los que hombre y naturaleza deberían ser liberados de lo que denomina como "sociedad opulenta":

Se supone que la "sociedad opulenta" ha de llevar a cabo esta guerra contra la pobreza en la "sociedad opulenta"; así, puede resultar una guerra de esta sociedad contra sí misma, habida cuenta de sus contradicciones internas. Vencer realmente la pobreza significa o bien el pleno empleo como condición normal y a largo plazo del sistema, o bien el desempleo y unos subsidios suficientemente amplios para poder vivir una vida decente, también como condición normal y a largo plazo del sistema. (pág. 36)

Como médico no puedo dejar de mencionar en este contexto a Foucault en cuya conferencia titulada Crisis de la Medicina o la Antimedicina (1976), habla de la desaparición o distorsión entre la científicidad de la medicina y la positividad de sus efectos:

(...) es el hecho de que la medicina podría ser peligrosa, (...) en la medida de su saber, en la medida en que constituye una ciencia (...). Es el caso de la investigación realizada por los Institutos Nacionales de Salud (EUA) según la cual en 1970 fueron hospitalizadas 1.500.000 personas por causa de la absorción de medicamentos. Estos datos estadísticos son pavorosos pero no aportan pruebas fehacientes puesto que no indican la manera en que se administraron estos medicamentos, quién los consumió, a consecuencia de qué acción médica y en qué contexto médico, etc. Todos estos hechos, (...), se deben a la habilidad o ignorancia de los médicos, sin poner en tela de juicio la propia medicina en su científicidad. (pág. 157)

El filósofo Foucault plantea “a la propia acción de la intervención médica en lo que tiene de fundamento racional” y considera que la especie humana puede entrar en una historia *arriesgada*, en un campo de probabilidades y *riesgos* cuya magnitud no puede medirse con precisión colocando al devenir del conocimiento médico en lo que él llama “riesgo médico”²:

El riesgo médico, el vínculo difícil de romper entre los efectos positivos y negativos de la medicina, no es nuevo, sino que data del momento en que un efecto positivo de la medicina fue acompañado, por su propia causa, de varias consecuencias negativas y nocivas.

² Conferencia dictada en el curso de medicina social que tuvo lugar en octubre de 1974 en el Instituto de Medicina Social, Centro Biomédico de la Universidad Estatal de Río de Janeiro, Brasil.

No menos importante es que nos sitúa a quienes profesamos la medicina en un contexto sociopolítico fundamental antes y después del siglo XVIII (1976):

En ese siglo la medicina adquirió, por primera vez, suficiente fuerza para lograr que ciertos enfermos salieran del hospital. Hasta la mitad del siglo XVIII nadie salía del hospital. Se ingresaba en estas instituciones para morir. La técnica médica del siglo XVII no permitía al individuo hospitalizado abandonar la institución en vida. El hospital representaba un claustro para morir, era un verdadero "mortuorio". (pág. 156)

Además para Foucault el saber, se ve confrontado con el progreso para la construcción de un nuevo "humano" (1976):

En la actualidad, con las técnicas de que dispone la medicina, la posibilidad de modificar el armamento genético de las células no solo afecta al individuo o a su descendencia sino a toda la especie humana; todo el fenómeno de la vida entra en el campo de acción de la intervención médica. No se sabe aún si el hombre es capaz de fabricar un ser vivo de tal naturaleza que toda la historia de la vida, el futuro de la vida, se modifique. (pág. 250)

Se puede aquí introducir el concepto de biohistoria donde se suman la historia del hombre y la vida. La historia del hombre no continúa simplemente la vida, ni la reproduce, sino que la reanuda, hasta cierto punto, y puede ejercer varios efectos fundamentales sobre sus procesos (OPS, Educación Médica y Salud, 1977).

También resulta de importancia al momento de analizar el conocimiento dejar sentado lo que este autor en Historia de la Medicalización (OPS, Educación Médica y Salud, 1977) propone respecto de la relevancia social, ya que es la misma historia del hombre la que está en peligro en virtud de una posible crisis del conocimiento.

Por otro parte este mismo pensador en la obra Defender la Sociedad da sustento al problema del saber sometido. Estos saberes sometidos podrían ser resumidos en dos vertientes; aquellos que trascienden mediante la erudición y aquellos que en palabras del autor son

calificados como saberes ingenuos, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo del nivel del conocimiento o de la cientificidad exigida (Focault, 2001, pág. 21 y 170).

Un aspecto que no debe soslayarse es lo que aconteció en el siglo XVIII al surgir lo que actualmente llamamos ciencia como una suerte de campo o disciplina global, donde se pone en acción al llamado poder disciplinario, como la coraza que rodea a los conceptos de selección, normalización, jerarquización y centralización (Figura 1).

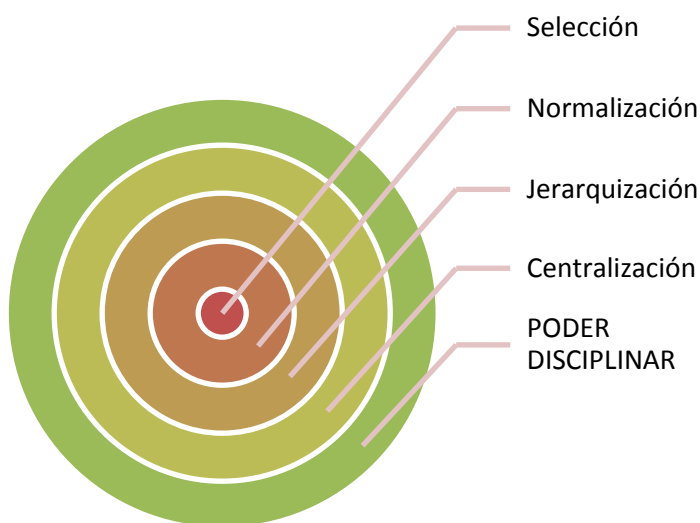


Figura 1. Esquema de las relaciones concéntricas por las que se genera el llamado poder disciplinario.

Esta introducción de la mirada de Michel Foucault sirve para abrir paso al debate que se presenta en el libro de Olivé y Pérez Tamayo (Olivé L, 2011) acerca de si el conocimiento se puede usar para bien o para mal desde lo ético. Estos autores nos invitan a reflexionar sobre dos concepciones: la neutralidad valorativa y la postura por la que ciencia y tecnología son sistemas de acciones intencionales. Esta última postura es menos *naive* que la primera pues en ella se plantean intereses -tema que será abordado posteriormente-, que ponen en juego creencias, conocimientos, valores y normas.

Un aspecto que merece ser aclarado es la diferencia que debemos hacer entre técnica, artefacto y sistema técnico. Técnica se entiende como un sistema de habilidades y reglas que sirven para solucionar un problema. Es puramente el hacer. Los artefactos son los objetos concretos con los que se aplica la técnica que surgen de la transformación de otros objetos. Finalmente los sistemas técnicos están compuestos de agentes intencionales, de un fin, de un objeto usado con un fin determinado y un objeto que es transformado (Olivé L. , 2005).

En la esfera del saber, para Popper (1944) la vida es resolución de problemas y descubrimiento de lo nuevo, mediante el ensayo de posibilidades:

Afirmo que todo animal ha nacido con expectativas o anticipaciones que pueden tomarse como hipótesis: una especie de conocimiento hipotético. Afirmo, además, que en este sentido poseemos un determinado grado de conocimiento innato del cual partir, aunque sea poco fiable. Este conocimiento innato, estas expectativas innatas crearán nuestros primeros problemas, si se ven defraudadas (pág. 143).

El punto dinámico de partida del conocimiento humano en general -y del científico, en particular- no consiste, pues, en intuiciones o en observaciones, sino en problemas: esto es, en teorías, interpretaciones, conjeturas y en dificultades. Según Popper (1944) existen tres mundos del conocimiento: mundo 1, 2 y 3, que se encuentran en interrelación.

En cuanto al punto de partida de la ciencia, yo no digo que la ciencia parte de intuiciones, sino que parte de problemas; que llegamos a una nueva teoría, fundamentalmente, al tratar de resolver problemas; que estos problemas surgen de nuestros intentos por comprender el mundo tal como lo conocemos, el mundo de nuestra "experiencia" (pág. 182).

El método científico -según Popper- implica, juntamente con el deseo de eliminar las contradicciones, la posibilidad del error: el científico y la ciencia son conscientes de su falibilidad. Aquí me permito hacer una pregunta: ¿La industria farmacéutica admite su

falibilidad? Según Popper el conocimiento verdadero es siempre un conocimiento crítico (Popper, 1991).

Hay que admitir que es difícil la discusión entre personas educadas con distintos intereses, con diversos puntos de vista, con marcos generales o culturales diversos. Pero "nada es más fructífero que tal discusión". Aunque no se llegue a un acuerdo, la discusión posee un gran valor moral; supone la aceptación de "otro" y con esto la aceptación del punto de vista del otro: a) con igual derecho y posibilidad de buscar la verdad; b) con derecho a la tolerancia de opiniones contrarias. La concepción popperiana de la ciencia postula principalmente un ideal ético al que deberían tender los científicos y el proceder científico. Ella encierra un valor ético de amor a la verdad -en el ámbito de la falibilidad- que en la realidad científica frecuentemente no se obtiene o no se busca mediante la falsación, ni es propuesto como ideal para los científicos (Popper, 1944) (Popper, 1991).

En esto Bunge (2014) nos permite aclarar lo de la falibilidad y falsación cuando reflexiona sobre el método científico:

Pero, por grande que sea la autoridad que se atribuye a una fuente (científica), jamás se la considera infalible: si se aceptan sus datos, es sólo provisionalmente y porque se presume que han sido obtenidos con procedimientos que concuerdan con el método científico, (...). En otras palabras: un dato será considerado verdadero hasta cierto punto, siempre que pueda ser confirmado de manera compatible con los cánones del método científico. En consecuencia, para que un trozo de saber merezca ser llamado "científico", no basta -ni siquiera es necesario- que sea verdadero. Debemos saber, en cambio, cómo hemos llegado a saber, o a presumir, que el enunciado en cuestión es verdadero: debemos ser capaces de enumerar las operaciones (empíricas o racionales) por las cuales es verificable (confirmable o disconfirmable) de una manera objetiva al menos en principio. Esta no es sino una cuestión de nombres: quienes no deseen que se exija la verificabilidad del conocimiento deben abstraerse de llamar "científicas" a sus propias creencias, aun cuando lleven bonitos nombres con raíces griegas. Se las invita cortésmente a bautizarlas con nombres más

impresionantes, tales como "reveladas, evidentes, absolutas, vitales, necesarias para la salud del Estado, indispensables para la victoria del partido", etc. (pág. 28).

Aunque más de una vez Popper fue analizado desde una mirada puramente científicista y se lo observa como totalmente neutro, en la filosofía de la ciencia popperiana subyace un fuerte imperativo moral; la falsación (entendida como la posibilidad de refutar una hipótesis) y la crítica no sólo son preceptos metodológicos sino también reglas propias del *ethos* de la ciencia. Las consecuencias filosóficas del falsacionismo popperiano van mucho más allá de la ciencia experimental, concentrándose en lo que él llama "racionalismo crítico" (Prada Marquez, 1994). Tras darle sentido a la tríada hegeliana de tesis, antítesis y síntesis, da un paso más y propone el método de resolución de problemas, dando fundamento a los que se llamó racionalismo crítico.

Aquí el principio de falibilidad del conocimiento humano (toda teoría en principio puede ser falsa), se une al mensaje socrático "sólo sé que nada sé", junto con una concepción de la racionalidad como "apertura a la crítica intersubjetiva", en donde se ve a los otros sujetos en su verdadera dimensión, es decir, portadores de racionalidad (Prada Marquez, 1994).

Además, Popper avanza hacia aspectos axiológicos, más allá de la metodología y la epistemología, para lograr la comunicabilidad del conocimiento científico, indispensable en la intersubjetividad. Es más, la concepción popperiana del *ethos* de la ciencia conduce a vincular la actividad científica con las normas políticas e institucionales de la sociedad concreta en donde la ciencia se elabora: "en último término, el progreso depende en gran medida de factores políticos, es decir, de instituciones políticas que salvaguarden la libertad de pensamiento" (Popper, 1978).

En 1981, Karl Popper, nos otorga una serie de principios como base de las actitudes morales para deliberar y decidir. Este punto lo deseo vincular con el conocimiento, ya que a mi entender conocimiento humano y científico no pueden ser desvinculados del grado de

responsabilidad que le es intrínseco. Retomado este punto, Popper menciona los principios de falibilidad, discusión racional y aproximación a la verdad (González-Qintana, 2014). ¿Estos principios son conocidos y aplicados en cada momento en que se fuera a generar un nuevo conocimiento científico?

Algunas posturas en el campo de la filosofía hacen un planteamiento por el que la medicina y la salud fueron presentadas como problemas económicos (OPS, Educación médica y salud, 1976). Deseo añadir una pregunta que trasunta un cuestionamiento: ¿El conocimiento surge también como una necesidad económica? El derrotero histórico de la medicina, en el análisis de Foucault, tiene su devenir a partir de demandas de la economía tal como lo refiere en relación al origen de la Real Sociedad de Medicina en Francia, por ejemplo. Que quiere decir esto. Es la llamada por Foucault, economía política de la medicina. Retomemos el ejemplo del surgimiento de la Real Sociedad de Medicina en Francia (1976):

No hay que olvidar que la primera gran epidemia estudiada en Francia en el siglo XVII y que dio lugar a un acopio nacional de datos no era realmente una epidemia sino una epizootia. Se trataba de una mortandad catastrófica en una serie de rebaños del sur de Francia lo que contribuyó al origen de la Real Sociedad de Medicina. La Academia de la Medicina en Francia nació de una epizootia, no de una epidemia, lo que demuestra que los problemas económicos fueron los que motivaron el comienzo de la organización de esta medicina. (pág. 165)

¿Tiene acaso el manejo del conocimiento de las ciencias médicas el objetivo de producir un efecto económico? A esta pregunta Foucault responde (1976):

Dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna. (pág. 169)

Sin embargo, para este filósofo lo que en un tiempo fue usar el saber desde la medicina para reproducir la fuerza del trabajo se ha convertido en una fuente de riqueza ya que para algunos la salud constituye un deseo y para otros un lucro. Esta profunda y probablemente severa aseveración no debería ser analizada de una manera tan taxativa dado que deseo y lucro podrían ser considerados valores de peso de acuerdo a como sea analizada la situación subyacente.

En este marco la industria farmacéutica puede tomar pie para convertir a la salud en un objeto de consumo, consumido por otros -los enfermos- e introducida al mercado del devenir económico.

Ahora es tiempo de pensar en lo que tanto se ha escrito: la medicalización. Para Ceriani Cernadas (Ceriani Cernadas, 2012) no es fácil llegar a plantear una definición de que es la medicalización. Pese a esto sí menciona que en este término tan abarcativo “aumentan los médicos que suponen que los pacientes sanos son enfermos mal estudiados, lo cual incrementa marcadamente el mercantilismo mediante el uso excesivo de medicamentos (pág. 549)”. Para este autor en la medicalización hay dos actores: médicos y sociedad. Aquí deseo introducir acordando con Orueta Sánchez et al. (Orueta Sánchez R, 2011) al que pienso como el tercer actor que atraviesa de manera transversal a los médicos y a la sociedad: la industria farmacéutica.

Foucault también nos enseña sobre la interrelación del cuerpo humano y el mercado (Figura 2).

Ahora bien ¿y la industria farmacéutica? Tal como nos los plantea Rose (2012) el saber tiene una clara tendencia a la “molecularización”:

En la industria farmacéutica y la investigación terapéutica en general, los agentes terapéuticos se seleccionan, manipulan, someten a ensayos clínicos y desarrolla en términos moleculares (...). La industria farmacéutica explora las técnicas terapéuticas tradicionales en su búsqueda de conocimiento molecular que pueda ser extraído, desarrollado, patentado y mercantilizado. (pág. 42)

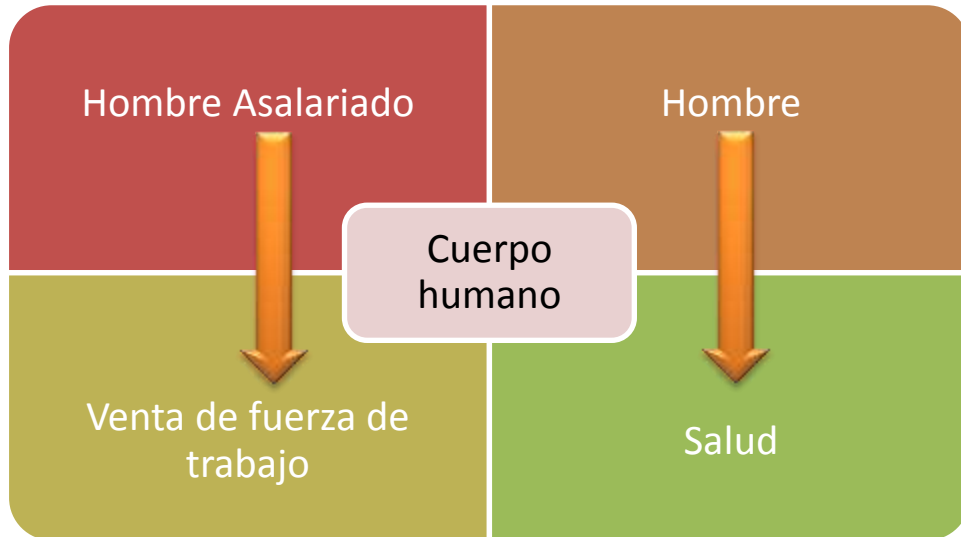


Figura 2. Esquema del posicionamiento del cuerpo humano en el intermedio entre dos juegos que conducen a traccionar al ser.

Algunos críticos, en especial de la industria farmacéutica, sugieren que esa dependencia distorsiona, que las empresas de biotecnología determinan qué consideran verdadero o no a fin de satisfacer sus propios intereses comerciales (Rose, 2012).

No deseo abandonar este punto sin hacer referencia al libro *Lo normal y lo patológico* de Canguilhem. Lo que este médico y filósofo plantea en su obra puede servir de ayuda a interpretar o a cuestionar de si ¿médicos e industria farmacéutica comparten el mismo criterio de normalidad y patología? Bacarlett Pérez y Lechuga De La Cruz (2009) y Ostachuk (2015) debaten sobre esto en relación a lo expuesto por Canguilhem quien plantea que el convencimiento -convicción- para restaurar científicamente lo normal es tal que termina por anular lo patológico.

Esto es la base para la siguiente pregunta: mantenerse con vida y vivir, ¿sinónimos o antónimos? Médicos e industria farmacéutica ¿por cuál postura filosófica apuestan? Para estas

repuestas voy a tomar lo que menciona Ostachuk (2015) al analizar la fuerza normativa que tiene el estado de salud para Canguilhem:

Existe una diferencia cualitativa entre mantenerse con vida y vivir, y sólo la segunda es expresión de un estado de salud. El estado de enfermedad también posee normas y, en este sentido, también es normal. Lo que no es ese estado es normativo, es decir, ha perdido la capacidad de crear nuevas normas (pág. 1207).

Por otra parte Kottow (2007), en uno de sus textos, nos presenta un capítulo que titula: Interacciones biomédicas ¿Contratos o pactos? donde menciona un aspecto que sobrepasa lo meramente contractual de la relación médico-paciente (pág. 58), dando lugar a un compromiso mutuo de excelencia. Lo contractual se basa en normas y leyes en tanto, el pacto es fiduciario. Si bien Kottow (2007) hace referencia en este texto al consentimiento informado, yo apelo a este último concepto para transferirlo al conocimiento médico, ya que este aspecto es transversal a la relación terapéutica y científica entre el paciente y el ministrador.

La persona y los valores



Figura 3. Imagen representativa de la parábola los ciegos y el elefante. <http://necesitodetodos.org/2015/02/los-ciegos-y-el-elefante-cuento/>

La pregunta sería: ¿Por qué iniciar la presentación de esta parte con la imagen graficada en la Figura 3? “Los ciegos y el elefante” es una parábola originaria de la India, que ha sido utilizada para ilustrar la incapacidad del hombre para conocer la totalidad de la realidad. En distintos momentos se ha usado para expresar la relatividad, la opacidad o la naturaleza inexpresable de la verdad, el comportamiento de los expertos en campos donde hay un déficit o falta de acceso a la información, la necesidad de comunicación, y el respeto por perspectivas diferentes. ¿Cómo se ubicaría a la persona en este contexto? Esto me lleva a reflexionar si el elefante no podría ser la persona y los ciegos *todos aquellos* que a lo largo de la historia de la humanidad han querido o pretendido definirla para develar sus rasgos. En eso de *todos aquellos* voy a poner en tensión inclusive a los propios profesionales de la salud.

Como dice Ciuro Caldani “la noción de persona humana es muy compleja porque se trata de una construcción influida por todos los aspectos de la cultura” (Ciuro Caldani, 2017). Sin embargo el gran debate es determinar el punto desde el cual un individuo de la especie humana puede denominarse persona.

Hay corrientes filosóficas que diferencian entre el inicio de la vida humana y el momento de la constitución de la persona; en tanto que otras sostienen la exacta coincidencia entre vida humana y ser personal. Para Michelini y Romero el concepto de persona ha sido aprendido desde vertientes ontológicas, morales y jurídicas, que se encargaron de dar las características a tal concepto. Estos autores en virtud de las numerosas posturas al respecto concluyen que el concepto de persona humana sigue siendo ambiguo, careciendo de una fundamentación que intersubjetivamente pueda ser vinculante (Michelini & Romero, 2011).

El término “persona” fue introducido en el lenguaje filosófico por el estoicismo popular con el significado de máscara (per-sonare, resonar de la voz), en el sentido de rol del actor en un contexto dramático que indicaba metafóricamente la tarea y la parte que el hombre “representaba” en su vida (Sgreccia, 2013, pág. 116). Aprovecho esta definición etimológica para graficarla en la Figura 4.

La primera definición filosófica-teológica de persona se la suele otorgar a Boecio quien la define como una sustancia individual de naturaleza racional. En este sentido voy a parafrasear a Mounier quien describe a la persona con los adjetivos de ser, poseer conciencia, no poder ser repetible y poseer voluntad, inteligencia, libertad, capacidad de relacionarse y dignidad (Sgreccia, 2013).

Aquí deseo recordar que desde esta mirada personalista, un individuo a diferencia de una persona, se caracteriza por su naturaleza (Michelini & Romero, pág. 144).



Figura 4. Diferentes tipos de máscaras cada una de las cuales expresan sentires diversos.
<https://metrolatinousa.com/2013/09/08/las-mascaras-de-dios/>

Es a través de Kant con quien se asiste al otorgamiento de la racionalidad como característica de la persona, ya que la misma no podrá ser usada como medio, otorgando la libertad moral al ser humano (Michelini & Romero, pág. 145). Para este filósofo la idea de persona moral, va vinculada a libertad, autonomía e independencia (Michelini & Romero, pág. 145).

Singer nos eleva el debate hacia lo que menciona y diferencia entre persona humana y persona no humana. Respecto a este punto Polo Santillán (2004) se pregunta: ¿Qué estatus moral tendrían un ser humano y una persona? (pág. 62). De acuerdo con este escritor ya no importaría comprender el misterio de lo que somos, sino que las respuestas son las que deberían orientar las acciones de los científicos, políticos y juristas.

Retomo aquí a Singer tal como lo discute Polo Santillán (2004) cuando nos da las características que según su postura deben diferenciar a un “ser humano” de una “persona”. El primero es sinónimo de miembro de la especie *homo sapiens*, mientras que una persona tiene el atributo de la autoconciencia. ¿Sería entonces moralmente lícito el uso por ejemplo de embriones humanos en la investigación de nuevos medicamentos? ¿Y la vida? Según el filósofo australiano el solo pertenecer a la especie *homo sapiens* no es un criterio moral. Ahora vamos a vincular: vida y persona en la postura utilitarista de Singer (Polo Santillán, 2004). ¿Y cuál es el resultado? El criterio moral es la racionalidad y autoconciencia. Además Singer puntualiza que es importante el *interés* que tenga una persona, sus preferencias y de esta manera “quitar la vida de una persona será normalmente peor que quitar la vida de cualquier otro ser, ya que las personas están muy orientadas hacia el futuro de sus preferencias” (Polo Santillán, 2004, pág. 66).

Para Singer el valor de la vida humana puede variar. Las personas y no los seres humanos tienen derecho a la vida, según Singer (Polo Santillán, 2004).

En tanto en Taylor encontramos un concepto que podría ser esgrimido por quienes ostentan el poder biotecnológico del siglo XXI: la industria. Para Taylor no debemos trasponer el razonamiento de las ciencias naturales a la moral (Polo Santillán, 2004, pág. 69). Sin embargo para evitar una posible doble lectura, como podría ser la desarticulación de la moral con la naturaleza biológica de la persona, este autor nos propone una visión de la persona entrelazada con una ontología moral y con la interlocución como eje para insertarnos en la comunidad (Polo Santillán, 2004, pág. 70).

Hasta aquí podemos resumir diciendo que de lo expuesto se visualizan dos corrientes del pensamiento como lo sintetiza Polo Santillán (2004):

Los debates sobre la cuestión hombre-persona han hecho evidente dos grandes grupos: la llamada posición liberal con una visión funcionalista-actualista porque hace depender la persona de la realización de algunos de sus atributos (como es el caso de Singer), y la posición tradicionalista, que tiene una visión sustancialista (aristotélico-tomista) denominada también personalismo ontológico. Ambos casos, con matices importantes (pág. 71).

En este sentido emergen posturas como las de Spaemann, para quién el término persona, antes de ser un concepto, hace referencia a un nombre, al yo único, al individuo, claro que ahora dentro de un tiempo y con historia (Polo Santillán, 2004, pág. 72). De este modo debemos diferenciar la distinción entre ser una persona y funcionar como una persona (Polo Santillán, 2004, pág. 71). En esto no debemos olvidar a los derechos humanos. Es por esto que deseo finalizar este punto (pero sin la clara intención de que esto sea un acabose del debate) con la aproximación al concepto de persona a través de lo que plantea la UNESCO (2005):

El artículo 3 dispone: “1. Se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales. 2. Los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad.”

El artículo 5 establece: “Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.”

Hasta aquí se analizó diversas miradas del concepto de persona. Ahora se considerará el concepto de valor. No deseo que este concepto sea interpretado en el sentido convencional de precio, sino desde el punto de vista filosófico. De esta manera los valores pueden ser definidos como las estructuras de la conciencia de las personas sobre las que se construye el sentido de la vida en sus diferentes aspectos morales, los que se adquieren en la familia, sociedad y a través de la educación formal o informal que el individuo recibe a través de su vida (Vargas Chávez &

Cortes Villarreal, 2010). Vargas Chávez y Cortes Villarreal (2010) hacen una diferencia entre valor moral y profesional:

Los valores morales son los que norman la conducta del individuo de lo que debe y no debe hacer. Los valores profesionales son el conjunto de actitudes positivas que reflejan la conciencia de la persona durante la interacción con el objeto de trabajo durante su desempeño profesional (pág. 44).

Según Seijo (Seijo, 2009) los valores tienen las siguientes características: la polaridad, ya que existirá un valor positivo y un valor negativo, este corresponde al antivalor; la graduación lo que es la intensidad o fuerza que posee y finalmente la infinitud dado a que los valores nunca suelen ser alcanzados del todo.

De manera muy interesante esta autora nos muestra una serie de clasificaciones de los valores. Entre ellas menciona a la de Adela Cortina en la que aparece como un valor el conocimiento, al que Cortina ubica entre los valores espirituales (Seijo, 2009, pág. 154). Finalmente Seijo (2009) toma a la teoría de Méndez acerca de la naturaleza de los valores y la resume en los siguientes puntos:

- ✓ Los valores son cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. Por tanto no varían.
- ✓ Los valores son absolutos, al no estar condicionados por ningún hecho independiente de su naturaleza histórica, social, biológica o puramente individual.

El conocimiento de las personas es lo relativo, no los valores en sí.

Cortina (Seijo, 2009) reseña como Habermas diseña su teoría del desarrollo de la conciencia moral social. Esto quiere decir que las sociedades van aprendiendo moralmente, hasta alcanzar el nivel posconvencional en el estadio de los principios éticos universales. Esto es lo que nos permite entender y analizar situaciones pudiéndolas juzgar moralmente.

En este marco de valores ¿la industria farmacéutica puede incidir en la toma de decisiones? Para este apartado hay que considerar, por ejemplo, el campo científico de Bourdieu (Bourdieu, 1994) (Boso, 2012). Al campo científico hay que analizarlo como un campo de capital y como verdad de producto, que el autor homologa a verdad científica. Así queda plasmado el concepto de que el universo más puro de la ciencia es un campo social con sus relaciones de fuerzas, monopolios, luchas y estrategias, intereses y ganancias (Bustamante-Zamudio, 2016). Este campo científico -y quiero poner aquí a la industria farmacéutica- es un lugar de luchas, cuyo desafío específico es el monopolio de la autoridad científica (Kottow, 2013). A esto debemos agregar que este campo presupone para su funcionamiento la producción para su forma específica de intereses (Bustamante-Zamudio, 2016). Dentro de este campo, según el autor, todas las prácticas se orientan hacia la adquisición de la autoridad científica (prestigio, reconocimiento, celebridad) la que presenta dos caras, llamadas intereses (Bustamante-Zamudio, 2016).

La investigación pura destaca lo que ha sido dominado en este campo como interés intrínseco y extrínseco. Es así que lo que es importante para uno es lo que es reconocido como importante e interesante por otros (Bustamante-Zamudio, 2016). Tal como lo mencionara con antelación la lucha por la autoridad científica, vista como capital social, según Bourdieu, tiene a los productores de dicho capital y como clientes a los propios competidores (Bustamante-Zamudio, 2016).

Un aspecto que deseo dejar sentado es lo que se ha asumido como eje del devenir científico y que la teoría del campo científico aportará a futuras consideraciones en este trabajo; la existencia de dos principios de jerarquización de las prácticas científicas. Por un lado la

observación y experimentación y por otro el principio que privilegia la teoría y los intereses (Bustamante-Zamudio, 2016).

Bourdieu incorporar el conflicto dentro del “funcionalismo” (o función) de Kuhn emparentando función con el interés de los dominantes (Bourdieu, 1994). Además a mayor “visibilidad” (médico y por qué no industria farmacéutica) se expresa el valor diferencial distintivo de esta especie de capital social (Bourdieu, 1994) (Bustamante-Zamudio, 2016).

Ahora bien el campo científico es un campo de luchas más o menos desiguales. Surgen aquí dos protagonistas: los dominantes y los pretendientes en conceptos de Bourdieu. Para el autor los dominantes adoptan estrategias de conservación. En tanto los pretendientes asumirán estrategias de subversión (Bourdieu, 1994). Si bien Bourdieu hace referencia aquí a los investigadores, me planteo la posibilidad que dominantes y pretendientes puedan ser comparados a médicos/industria farmacéutica o viceversa.

Tras haber presentado como Bourdieu elabora el concepto de campo científico en el que se ponen en juego los dominantes y los pretendientes en esta lucha de poderes por un capital, es relevante introducir los aspectos de capital humano y capacidad humana de Sen (Sen, 1998). Esto radica en lo siguiente: “capital humano” concentra su definición en el carácter de agentes, mientras que “capacidad humana” se centra en la habilidad para llevar el tipo de vida que consideran valiosa e incrementar sus posibilidades reales de elección.

La pregunta que surge frente a la relación médico/industria farmacéutica es ¿Cómo la industria visualizará a los médicos? ¿Capital o capacidad? Si bien Sen en su trabajo nos invitada a reflexionar en algunos aspectos de como la educación puede servir de nexo entre ambos conceptos, deseo repensar como el capital económico puede incidir en dibujar sobre el “ser

médicos” aspectos más bien inherentes al capital que sobre la capacidad. Sin embargo al decir de Sen (1998):

La significativa transformación que ha ocurrido en los últimos años de dar un mayor reconocimiento al papel del capital humano ayuda a entender la pertinencia de la perspectiva de las capacidades. Si una persona llega a ser más productiva en la producción mediante una mejor educación, una mejor salud, etcétera, no es absurdo esperar que también pueda dirigir mejor su propia vida y tener más libertad para hacerlo. Ambas perspectivas ponen a la humanidad en el centro de la atención (pág. 70).

Finalmente para este autor las dos perspectivas están, entonces, íntimamente relacionadas aunque sean distintas.

Para Foucault desde las fábricas (y porque no actualizar esto hacia la industria farmacéutica) se ejercen las tecnologías de poder sobre el cuerpo individual. En tanto la biopolítica se dirige a procesos biológicos de la población como nacimientos, la tasa de fecundidad y reproducción, la salud, la higiene, la longevidad (Foucault, 1999).

No hay que olvidar que en los escenarios de la medicalización, en los que la industria farmacéutica es parte activa con sus intereses, participa el fenómeno de la mercantilización de la salud. Los principales participantes en éstas son los laboratorios farmacéuticos, las cámaras de empresas farmacéuticas, las gerenciadoras, las distribuidoras y droguerías y las farmacias (Abrutzky, Bramuglia, & Godio, 2015). Asimismo, la industria farmacéutica se constituye en un agente clave en la construcción de patrones de legitimación de consumo de medicamentos mediante una doble influencia. Por un lado, la industria farmacéutica influye sobre los médicos, quienes administran la prescripción de los medicamentos de venta bajo receta; y por otro, sobre la población en la medida en que los laboratorios desempeñan un importante rol de instalación de patrones de consumo de medicamentos de venta libre (Cannellotto & Luchtenberg, 2008).

Los medios de comunicación desempeñan un rol fundamental en este escenario de actores sociales debido a que como dicen Márquez y Meneu (2003) “favorecen en la población la conformación de expectativas que están por encima de la realidad, contribuyendo de modo importante a generar la creencia en una inexistente medicina omnímoda” (pág. 49). Su competencia atañe a la difusión periodística de información sobre riesgos y enfermedades, problemas sanitarios de la población, descubrimientos científicos en el área de salud, campañas de prevención, etcétera. Asimismo, los medios son el canal de difusión de mensajes publicitarios por los que se promueve el consumo de distintos tipos de productos, servicios y tratamientos orientados al cuidado de la salud (Márquez & Meneu, 2003).

Poder y biopoder

Ávila-Fuenmayor (2007) nos recuerda la exquisita semiología de la palabra **poder** que realiza Mays-Vallenilla:

Poder proviene del latín *possum – potes – potuí - posse*, que de manera general significa ser capaz, tener fuerza para algo, o lo que es lo mismo, ser potente para lograr el dominio o posesión de un objeto físico o concreto, o para el desarrollo de tipo moral, política o científica. Usado de esta manera, el mencionado verbo se identifica con el vocablo *potestas* que traduce potestad, potencia, poderío, el cual se utiliza como homólogo de facultas que significa posibilidad, capacidad, virtud, talento. El término *possum* recoge la idea de ser potente o capaz pero también alude a tener influencia, imponerse, ser eficaz entre otras interpretaciones. Sin embargo, lo importante es señalar que íntimamente ligados al poder como potestas o facultas y la idea de fuerza que lo acompaña. Se hallan los conceptos de imperium (el mando supremo de la autoridad), de arbitrium (la voluntad o albedrío propios en el ejercicio del poder), de potentia (fuerza, poderío o eficacia de alguien) y de auctoritas (autoridad o influencia moral que emanaba de su virtud) (pág. 2).

Cuando Foucault aborda la problemática del poder la grafica de una manera muy práctica al compararlo con lo que Betham concibió como la prisión ideal, y le otorga el carácter de una figura mitológica de un sistema de poder nuevo (Foucault, 1999).

El dispositivo es el panóptico que se muestra en la figura 5. Este dispositivo, con características muy particulares, debía crear un sentimiento de omnisciencia invisible sobre los detenidos. La reflexión de Bentham tiene lugar en un momento de renovación de los cuadros de pensamiento referidos al derecho penal y al sentido del encierro. Tal como lo explica García-Algarra (2002) desde la mirada arquitectónica:

El Panopticon es un edificio circular, en el que las celdas ocupan el anillo exterior. En el interior hay otro edificio para los vigilantes y entre éste y las celdas un espacio libre. El principio básico del Panopticon, es la vigilancia perpetua, los internos deben sentir que son vigilados las veinticuatro horas del día (pág. 12).



Figura 5. Panóptico de Betham. Fotografía que permite interpretar el concepto de poder al que Foucault nos remite.

En esta imagen mitológica Foucault reflexiona sobre como nuestros cuerpos y hasta nuestros discursos científicos se vinculan a numerosos sistemas de poder ligados entre sí (Foucault, 1999). Pese a esta postura, Foucault hipotetiza que, las relaciones de poder son simples y complicadas: “Simples, en la medida en que no necesitan estas construcciones piramidales, y mucho más complicadas, puesto que existen múltiples relaciones entre, por ejemplo, la tecnología de poder y el desarrollo de las fuerzas productivas”. (pág. 65)

Se plantea en que para poder comprender el desarrollo debemos descubrir en la industria y sociedad un tipo particular o varios tipos de poderes actuantes, incluso dentro de las mismas fuerzas de producción. Aquí retoma la idea del cuerpo humano como fuerza de producción existente en y a través de un sistema político y es el poder político, según nos los presenta, el que proporciona el preciso espacio al individuo donde podrá comportarse o hasta adoptar una postura

particular. Voy a concluir este párrafo ilustrando a partir de Foucault (2001) la relación entre cuerpo y poder.

¿Qué es el poder? O más bien —porque la pregunta —¿qué es el poder? sería justamente una cuestión teórica que coronaría el conjunto, cosa que yo no quiero—, la apuesta consiste en determinar cuáles son, en sus mecanismos, sus efectos, sus relaciones, esos diferentes dispositivos de poder que se ejercen, en niveles diferentes de la sociedad, en ámbitos y con extensiones tan variadas creo que la apuesta de todo esto sería la siguiente: ¿puede el análisis del poder o los poderes deducirse, de una manera u otra, de la economía?. (pág. 26).

(...) Contamos, en primer lugar, con la afirmación de que el poder no se da, ni se intercambia, ni se retoma, sino que se ejerce y solo existe en acto. Contamos, igualmente, con otra afirmación: la de que el poder no es, en primer término, mantenimiento y prórroga de las relaciones económicas, sino, primariamente, una relación de fuerza en sí mismo. (...) el poder es esencialmente lo que reprime. Es lo que reprime la naturaleza, los instintos, una clase, individuos. (pág. 28).

Al decir de Sibila (2005): “Las vidas humanas se revisten y están constantemente atravesadas, de los modos más diversos, por los saberes y poderes que configuran una determinada época”. (pág. 250)

Según la autora la vida se centra en las poblaciones sobre las que va a operar lo que denominamos biopolíticas, reforzando la idea de la administración de la vida en las sociedades industriales (Sibilia, 2005). Es precisamente en este engranaje donde se tejen las redes del poder que Foucault denomina **biopoder**.³ El biopoder es una tecnología que tiene por objeto y objetivo la vida.

³ Aunque en sentido general, el biopoder hace referencia al ejercicio de poder cuyo objeto es la vida biológica del hombre, el cual incluye tanto el poder sobre el cuerpo (anatomopolítica) como el poder sobre la población (biopolítica). En Seguridad, territorio, población, Foucault lo usa como sinónimo de biopolítica (Castro, 2011: 55 Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores. Buenos Aires: Siglo XXI Editores).

No debemos olvidar que en lo biopolítico se incluyen diversos problemas; entre ellos el de la salud de las poblaciones, mediante las tácticas de gubernamentalidad tal como lo presenta Foucault (Botticelli, 2015). Ahora debe quedar claro que no es lo mismo gobierno que gubernamentalidad. El gobierno ha de entenderse como una manera de actuar sobre uno o varios sujetos ya sea para incitar, inducir, limitar, facilitar o dificultar alguna conducta. La gubernamentalidad debe comprenderse desde la mirada de Foucault como “el conjunto constituido por las instituciones, los procedimientos, análisis y reflexiones, los cálculos y las tácticas que permiten ejercer esta forma bien específica, aunque muy compleja, de poder que tiene por blanco principal la población” (Botticelli, 2015).

Rodríguez Zoya (2010) aborda la problemática entre biopolítica y medicalización. En uno de los párrafos de su artículo, la autora utiliza el esquema de qué pasó, quién, cómo, cuándo, dónde, conocido como el de las cinco W (considerando las palabras en inglés) -empleado en la comunicación periodística- para dar respuesta a la conexión entre los dos conceptos mencionados previamente (Rodríguez Zoya, 2010). Cuando se interpela sobre quiénes son los actores sociales involucrados en los procesos de medicalización, la autora habla de escenarios multi-actorales y multi-relacionales entre los que están los médicos y la industria farmacéutica.

Los primeros jugarían, según Zoya, un doble papel como agentes del proceso de medicalización y como el centro de una sociedad cada vez más demandante. En tanto la industria ejercería un doble rol en la producción y comercialización de los productos como en la construcción de patrones de legitimación de consumo de medicamentos (Rodríguez Zoya, 2010). Spinelli (Spinelli, 2010) plantea la necesidad del uso del término de campos de Bordieu para abordar la problemática de los valores. El autor nos refiere al trabajo Espacio social y espacio simbólico, en el que Bordieu nos invita a pensar la noción de campo (Figura 6) como la

convergencia de actores, recursos, problemas e intereses, los que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.



Figura 6. Representación esquemática del campo de Bourdieu. En la misma se aprecia las comunicaciones en redes de cada agente, los que si bien son autónomos, este atributo puede ser relativo.

También se ha postulado que los principales capitales en juego en un campo son: el económico, el social, el cultural y el simbólico, cada uno de ellos con sus respectivas intervenciones tal como lo plantea Bourdieu.

Es así como Spinelli, argumenta que un campo es la consecuencia de acciones individuales y/o colectivas dotadas de intereses y capacidades específicas, en la que cada participante juega ante la necesidad de incrementar y/o adquirir capitales (Bourdieu, 1997). Según este autor estos intereses no siempre son racionales ni reflexivos (Spinelli, 2010).

Tanto Foucault como Bourdieu asumen al poder como ejes imperantes en la construcción de las sociedades. Moreno (Moreno, 2006) quien realiza un análisis del poder tanto en el filósofo

como en el sociólogo, menciona que en Foucault poder es sinónimo de fuerzas, mientras que en el Bourdieu se asiste al poder mediante la constricción de significados que pueden disimular la construcción de fuerzas.

Finalmente con Mateo y Antoniucci (2013), podemos resumir al poder desde la mirada foucaultiana y bourdina:

...en Foucault el poder se puede encontrar en todas las relaciones sociales, mientras que Bourdieu identifica al poder en la lucha desigual por la apropiación del capital simbólico. Sin embargo, ambos autores entienden que el reparto de poder es desigual, ya que para Bourdieu los dominantes son quienes se apropiaron del capital simbólico e impusieron su tipo de capital como legítimo y único, en tanto que para Foucault son quienes manejan las instituciones que dominan al resto de los hombres. Siguiendo este análisis relacional entre los autores, podemos ver como lo que Foucault caracteriza como la existencia de todo un conjunto de técnicas y de instituciones que se atribuyen como tarea medir, controlar y corregir a los anormales, tiene su correlato en la sociedad disciplinar que despliegan estos dispositivos de poder. (Mateo & Antoniucci, 2013)

El conflicto de interés: desde la mirada bioética y filosófica de los componentes conceptuales

La escasez de publicaciones o resoluciones en Latinoamérica con relación a los **conflictos de interés** que pueden crearse en el vínculo de los profesionales de la salud -ya sea en forma individual o colectiva- con la industria farmacéutica u otras organizaciones no debe interpretarse como su inexistencia, sino, por el contrario, debe leerse en el sentido que los actores todavía no han tomado conciencia de los riesgos que dicha relación posee si no se mantiene dentro de límites éticos.

En el trabajo de Belkeman et al. (2003) se concluye que la magnitud actual de las interacciones entre el médico y la industria farmacéutica afecta la prescripción y el comportamiento profesional. Los autores proponen que esta situación debe ser tratada con seriedad por los gobiernos, los profesionales y las sociedades científicas.

Tal como lo establece Lama T (Lama T, 2006): “Algunos países han llegado a la regulación legal de la interrelación médico-industria. Pienso que previamente es conveniente agotar todas las posibilidades de autorregulación de esta relación” (pág. 800).

En este marco resulta de importancia, como lo establecen Brennan et al. (2006), que las Universidades como generadoras de los futuros profesionales médicos deberían regular de alguna manera esta relación.

Es Thompson (1993) quien puntualiza que:

...la percepción de que un médico está prescribiendo sobre la base de una influencia comercial puede, ciertamente, socavar la confianza de su paciente, poniendo en duda su probidad profesional al sugerir que antepone el interés personal al del paciente (pág. 574).

Ruiz, eleva la complejidad del conflicto de interés hacia sus profundas raíces en el tejido social y humano haciendo del manejo de estos serios problemas, una tarea ingente de constante

preocupación (Ruiz, 2007). Por otra parte, Lama al tomar como base a Thompson (Lama, 2003), establece que el conflicto de interés debe ser entendido como un conjunto de condiciones y circunstancias que pueden influenciar indebidamente el juicio profesional, primando un interés secundario por un primario. Es Thompson quien puntualiza que el primero incluye el bienestar y el tratamiento del paciente y la validez de la investigación. En tanto un interés secundario hace referencia a un provecho económico, afán de notoriedad, prestigio, reconocimiento y promoción profesional (Thompson, 1993). En tanto Ortiz-Pommier (Ortiz Pommier, 2009) enmarca al conflicto de interés como una situación, la que excede al concepto de comportamiento.

El epidemiólogo Rothman referencia un punto que pone en tensión las observaciones realizadas por otros investigadores al puntualizar que: “aunque dicho conflicto pueda representar una tentación, no por ello ha de convertirse inevitablemente en pecado” (Rothman, 1993). Sin embargo, Pardell, menciona que el conflicto de interés puede ser además un “factor de riesgo capaz de sesgar la actuación del profesional, bajo la influencia del factor generador del conflicto” (Pardell, 2006). Esta aproximación a la problemática no puede menos que ser atravesada por algunos aspectos filosóficos.

Habermas en su obra *Conocimiento e Interés*, define a los intereses como trabajo e interacción a la vez que comprensión y aprendizaje (1968, pág. 199). Para Habermas interés es también la satisfacción que vinculamos a la representación de la existencia de un objeto o de una acción. ¿Podría el interés para el médico ser el paciente y para la industria farmacéutica el medicamento? Según Habermas el interés tiene como meta la existencia presuponiendo una necesidad o generándola (1968, pág. 201). De igual manera este filósofo realiza una diferenciación entre interés práctico y patológico. Al primero le interesa la acción mientras que al segundo el objeto de la acción (Figura 7). Para este punto podríamos avanzar reflexionando

que al médico le interesa medicar a un paciente mientras que a la industria el propio medicamento.

Habermas además transcribe a Kant estableciendo que “a cada facultad de espíritu se puede atribuir un interés, es decir, un principio que contiene la condición con la que tan sólo es promovido su ejercicio” (Habermas, 2010).

De esta manera el interés de nuestra razón converge en tres preguntas:

¿Qué debo conocer? → Especulación

¿Qué debo hacer? → Práctica

¿Qué puedo esperar? → Práctica y/o especulación

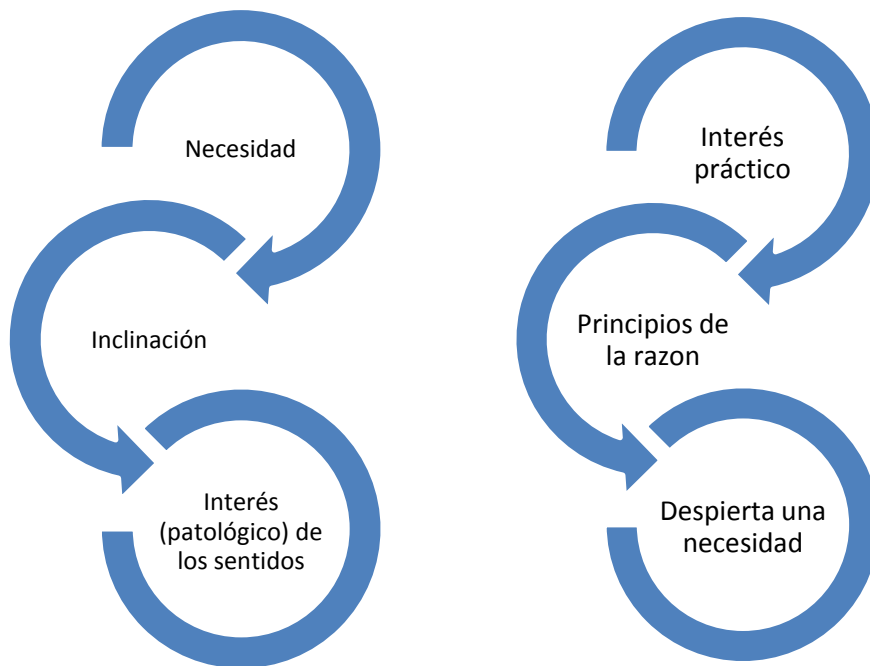


Figura 7. Esquemas en los que podemos ver como se imbrican aspectos inherentes a los intereses como lo plantea Habermas.

Por otra parte para Habermas (1968) llega el punto en el que la razón se unifica en la autoreflexión de conocimiento e interés incluyendo a las categorías del saber, adquiriendo por sí misma la función de intereses rectores del conocimiento (pág. 213). Esta postura me lleva a pensar si tanto médico como industria farmacéutica autorreflexionan sobre su injerencia tanto en el individuo como en los campos sociales. No menos importante es cuando este autor plantea que el interés está vinculado a acciones y estas al conocimiento (pág. 214).

No podemos dejar de mencionar que según este autor el interés más fundamental de la vida humana es el interés por la racionalidad. De esta manera el interés más puro por la razón se expresa de tres formas constitutivas del conocimiento: técnico, práctico y emancipatorio (emancipador). Como vemos aquí se imbrican conocimiento e interés (Habermas, 1968).

Si bien Grundy (1998), hace referencia a los intereses contextualizados a la problemática del curriculum, considero que esta autora sintetiza de una manera más que magistral lo que el filósofo quiso explicar al definir los tres tipos de intereses.

El interés técnico es: un interés fundamental por el control del ambiente mediante la acción de acuerdo con reglas basada en leyes con fundamento empírico. El interés práctico se puede definir como interés fundamental por comprender el ambiente mediante la interacción, basado en una interpretación consensuada del significado. El interés emancipatorio un interés fundamental por la emancipación y la potenciación para comprometerse en una acción autónoma que surge de intuiciones auténticas, críticas, de la construcción social de la sociedad humana. (pág. 6)

Sobre la definición de cada uno de estos tipos de interés vamos a transcribir la frase que expone Habermas “en general el interés es el placer que asociamos a la existencia de un objeto o acción” (Grundy, 1998).

Conflicto de interés es un término muy amplio y atraviesa la práctica médica profesional en sus diversas especialidades, pudiendo adoptar diversas formas. Algunas de ellas puede ser:

regalos directos e indirectos, patrocinio de actividades culturales y científicas, formación continua (seminarios, mesas redondas, conferencias) financiada por la industria farmacéutica, posesión de acciones o títulos financieros, investigación sesgada y financiada por la industria farmacéutica, financiamiento de cátedras académicas o de asociaciones de profesionales, actividades de consultor, o redacción por parte de terceros de artículos científicos (Moynihan, 2003). Explicando una de las situaciones mencionadas podemos decir que un porcentaje significativo de médicos que reciben regalos de las empresas farmacéuticas niega su influencia, a pesar de que las evidencias demuestran lo contrario (Wazana, 2000). Desde la trascendencia social Krinsky (Krinsky, 2003) menciona por ejemplo, que dar o recibir regalos tiene un significado preciso y un carácter muy importante en muchas culturas, incluso un regalo insignificante exige lealtad y amistad. Desde una dimensión psicológica ciertos estudios sobre la toma de decisiones muestran que el interés personal afecta el proceso de reflexión, pudiendo modificar la forma en que los individuos buscan y analizan la información (Dana & Lowenstein, 2003). En esto los médicos podrían no ser inmunes a este tipo de reacción.

Si se analiza específicamente qué se entiende por conflicto de interés en la relación médico-industria la Asociación Médica Americana lo define: cuando el interés económico de un médico entra o amenaza con entrar en conflicto con el mejor interés de y para su paciente (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1992). En Chile, ASOCIMED revaloriza lo ya mencionado y lo define como aquella: “condición donde un juicio o acción que debería estar determinado por un valor primario, definido por razones profesionales o éticas, podría estar o aparecer influido por un segundo interés” (Heerlein, 2005). Cabe puntualizar y remarcar que conflicto de interés no es sinónimo de juicio sobre la honestidad de la persona, ya que a menudo es difícil o imposible detectar una influencia nefasta (Wazana, 2000). A pesar de esto en el

trabajo de Belkeman et al. (Bekelman, Li, & Gross, 2003) se concluye que la magnitud actual de las interacciones entre el médico y la industria farmacéutica afecta la prescripción y el comportamiento profesional. Los autores proponen que esta situación debe ser tratada con seriedad por los gobiernos, los profesionales y las sociedades científicas.

Finalmente, el conflicto de interés también puede ser colectivo cuando el profesional de la salud -a título individual- no tiene ningún vínculo con una empresa, sino que es miembro de una asociación que participa en un evento patrocinado por la industria farmacéutica o recibe donaciones de dicha industria. Este tipo de relación mueve a veces mucho dinero (La Rosa Rodríguez, 2011). Es claro que el médico clínico tiene la obligación de evaluar, en forma crítica y objetiva, la información científica disponible, dejando de lado cualquier posible fuente de sesgo. Esto no necesariamente se ve alterado al recibir donativos, pero existe el riesgo de que se pierda la rigurosidad científica indispensable al evaluar la indicación de nuevos tratamientos. Finalmente, esto lleva a un daño en el paciente, tanto a nivel individual, por medio de prescripciones inadecuadas, como a nivel social, a través del uso de medicamentos cada vez más costosos (Rogers, Mansfield, Braunack-Mayer, & Jureidini, 2004). Tal como lo establece Lama T (2006): “algunos países han llegado a la regulación legal de la interrelación médico-industria. Pienso que previamente es conveniente agotar todas las posibilidades de autorregulación de esta relación” (pág. 800). En este marco, acuerdo con este autor, que la libertad del médico es fundamental, pero también resulta de importancia que las Universidades como generadoras de los futuros profesionales médicos deberían regular de alguna manera esta relación (Brennan, y otros, 2006). Puedo argumentar este hecho tomado en consideración que toda casa de altos estudios cuente con un Comité de Ética en Investigación, el cual tendrá a cargo la evaluación imparcial de todo protocolo que implique la participación de médicos e industria farmacéutica

como reclutadores de pacientes. Sin embargo no podemos desconocer que para algunos autores el hecho de la existencia del conflicto de interés *per se* no tiene ni siquiera por qué comportar un problema ético (Jonsen & Siegler, 2005).

Si bien esta problemática siempre se ha centrado en el protagonismo del médico, tal como lo dice Pardell (2006):

tampoco se limita al profesional individualmente, sino que, por el contrario, puede darse a otros niveles e involucrar a los demás agentes que intervienen en las distintas situaciones susceptibles a la influencia de dicho conflicto: asistencia, investigación, publicaciones científicas, gestión, revisión por pares o consultoría. (pág. 222).

Como ha señalado Fukuyama (1996) atinadamente, “existe una relación inversa entre normas y nivel de confianza, en el sentido de que cuantas más personas dependen de normas y regulaciones para ordenar sus relaciones menos confianza muestran entre ellas y viceversa”.

Tal como lo establece Ruiz (2007):

“la relación de la industria farmacéutica y el complejo médico es inevitable, y puede ser beneficioso para ambas partes, si se mantienen y se respetan las normas y las pautas de comportamiento para preservar los valores fundamentales de la actividad médica”. (pág. 5).

Esta visión de una elección deliberada no es consistente con los hallazgos provenientes de las ciencias sociales, los cuales muestran que incluso cuando las personas tratan de ser objetivas, sus juicios son influidos por un sesgo inconsciente y no intencionado de autoservicio (Messick & Sentis, 1979).

Tal como deja sentado Ruiz R (2007) se necesita un esfuerzo claro y consiente para evitar la contaminación con intereses ajenos al campo médico; el profesional de la salud debe proceder con un criterio formado a través de la mejor literatura médica disponible, y el investigador no

debe perder de vista la objetividad científica y el beneficio al paciente y a la sociedad de sus investigaciones.

Un aspecto que debemos tratar es cómo se afrontan los conflictos de intereses desde la práctica de la Medicina. Los conflictos de intereses no lo tienen las compañías farmacéuticas, sus metas y valores son los propios de una empresa comercial, aunque muchas de sus estrategias de intervención en el complejo médico puedan ser consideradas éticamente reprobables por deshonestas e inescrupulosas. El conflicto de interés –de valores- se da y se vive en los profesionales de la salud, clínicos e investigadores, es en ellos en donde se adultera la tradicional vocación médica de servicio y filantropía (en las investigaciones, la fidelidad a la objetividad científica), para convertirse en agentes, parcial o completamente conscientes, de intereses económicos ajenos, y también propios. No se trata de un conflicto de valores equivalentes, sino que los valores de la profesión médica tienen indiscutible jerarquía, frente a las ganancias económicas u otros intereses personales no relacionados con el servicio al paciente (Ruiz, 2007).

Objetivos

Objetivo general: Analizar si los conflictos de interés entre la población médica y la industria farmacéutica vulneran los fundamentos de diversas corrientes de pensamiento de la Bioética, reflexionado en búsqueda de un curso práctico hacia la enseñanza de este problema en el grado de la Facultad de Ciencias Médicas.

Objetivos específicos:

Objetivo específico 1: Evaluar lo que implica un posible conflicto de interés entre médicos e industria farmacéutica desde diversas corrientes de la Bioética.

Objetivo específico 2: Interpretar el valor que en condiciones de conflicto de interés, se le adjudican al concepto de persona/paciente desde la praxis médica y desde la industria farmacéutica.

Objetivo específico 3: Argumentar en función de la construcción de los saberes médicos como pueden ser vulnerados los derechos de las personas/pacientes implicadas en el que hacer médico.

Objetivo específico 4: Aplicar al análisis del caso problema los conceptos de biopolítica de Foucault y campos de Bordieu con el objetivo de profundizar la valoración que se realiza del término conflicto de interés.

Objetivo específico 1: Evaluar lo que implica un posible conflicto de interés entre médicos e industria farmacéutica desde diversas corrientes de la Bioética.

Debo comenzar la argumentación de este objetivo remarcado que los conflictos de interés se dan usualmente en todas las interacciones humanas, y su resolución varía según su contenido y circunstancias. En el caso que me interesa analizar, se trata del conflicto de valores de dos importantes sectores sociales, con un posible detrimento de terceros: los pacientes. Esta situación ha ganado creciente y justa actualidad en los distintos círculos de la actividad médica y asociaciones profesionales, porque constituye claramente un problema ético de considerables proporciones, que exige solución; no se trata de que sea el único conflicto de interés que ocurra en la clínica e investigación médica, pero es sin duda, extenso, y, en cierto modo, más tangible que otros. Cuando hablo de conflictos de interés en Medicina, deseo referirme fundamentalmente a los conflictos de carácter económico. El poder económico y político de la industria farmacéutica es enorme, así como también es enorme su determinación de promover sus productos, y predisponer a los encargados de prescribirlos.

El presente objetivo será abordado desde tres corrientes de la Bioética: el principialismo, la casuística y el personalismo. Sin embargo, quiero dejar sentada mi postura sobre un conflicto de interés. Voy a considerar que si bien tanto conflicto como interés implican definiciones diferentes, a la luz de esta tesis puede que ambos se unifiquen en la idea subyacente del poder, y posiblemente del biopoder.

Pretendo rescatar como componentes del concepto de interés la existencia de trabajo e interacción, además de ser primario o secundario. En tanto para conflicto quiero resumir su definición como la situación en la que un agente S se ve confrontado con la obligación moral de hacer A y cumplir con la obligación moral de hacer B.

Ahora bien, las corrientes de la Bioética mencionadas anteriormente procederé a considerar una serie de dimensiones y sus respectivos indicadores, los que pueden servir para el análisis nunca acabado de las vinculaciones ante conflictos de interés de la industria farmacéutica y la medicina.

Corriente del principialismo

En el marco del **principialismo** (Escobar Triana, 2000) la posible búsqueda de un mayor poder adquisitivo por parte del médico podría conducirlo, en eso de la interacción y trabajo, a recibir remuneración por parte de la industria por prescribir un determinado medicamento. Por otra parte la industria farmacéutica podrá solicitar “fidelidad” al momento de la prescripción y de esta manera el profesional de la salud podrá o no recibir remuneraciones económicas. Al intentar explicar sobre cómo puede una situación de conflicto de interés vulnerar los principios rectores de esta corriente, la prescripción de un fármaco solo por consejo de la industria sería un claro ejemplo de pérdida de la autonomía. Este principio no solo debería ser visto en el paciente, sino también en el médico; disertar en conferencia con subsidios de la industria y no declarar esta situación podría avasallar el principio de beneficencia. Finalmente la prescripción de un medicamento más caro, solo por el hecho de la “marca” implicaría desconocer el principio de justicia en su más amplia acepción de ser distributiva.

Un ejemplo que deseo mencionar es la visita de la industria farmacéutica a los médicos, la que da una información parcial e incompleta. Sin embargo, la responsabilidad referente a la prescripción de medicamentos recae directamente sobre el médico. En materia de riesgo, no se puede aceptar bajo ningún pretexto que un medicamento siga siendo comercializado si los resultados de los estudios demuestran que dicho medicamento tiene efectos nocivos graves para

la salud. Es evidente que dicho fármaco deber ser inmediatamente retirado del mercado en cumplimiento con el principio de no maleficencia señalado en el artículo 4 de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO, 2005).

El principio de no maleficencia debe tener en cuenta el respeto de que no se produzca un daño. Cuando este equilibrio se rompe, en razón de un beneficio mínimo o un riesgo elevado, es éticamente inaceptable hacer correr un riesgo inútil a la persona.

En los últimos decenios, la industria farmacéutica ha comercializado numerosos medicamentos que no aportan a un verdadero progreso terapéutico para los pacientes. Sin embargo, los precios de esas nuevas moléculas son generalmente dos a tres veces más elevados que los de sus similares que se encuentran en el mercado. Simplemente porque el principio de libre comercio se aplica también al sector farmacéutico y las autoridades sanitarias no pueden rechazar el pedido de comercialización de un nuevo medicamento, aun si este no posee un beneficio terapéutico superior a los ya existentes en el mercado. Si bien es cierto que no es posible rechazar esta autorización, sí es posible rechazar el precio de venta propuesto por el laboratorio farmacéutico. En otras palabras, si el nuevo medicamento no representa un progreso terapéutico superior a los ya existentes, su precio no debe multiplicarse por dos, tres o cuatro. Otra alternativa consiste en reevaluar la autorización de comercialización del medicamento al cabo de cinco años con la finalidad de hacer un análisis del beneficio-riesgo y del valor terapéutico agregado.

El principio de justicia defiende la distribución y el acceso equitativo a los recursos sanitarios. El artículo 14.2 inciso «a» de la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO, 2005) reivindica este principio que propicia y defiende «el acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las

mujeres y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano». Sin embargo, estamos aún lejos de satisfacer las necesidades de la población en términos de acceso y de calidad de los medicamentos.

Corriente de la casuística

No puedo dejar de mencionar el valor que esta corriente puede tener en la valoración moral de un caso en el que se manifieste un conflicto de interés. Para Jonsen y Toulmin el método casuístico consta de seis rasgos (Luna, 1998): los paradigmas y las analogías; las máximas; las circunstancias; los grados de probabilidad; los argumentos acumulativos y la resolución final.

Si abordo el tema eje del presente objetivo desde la corriente denominada **casuística** la cual se basa por ejemplo como ya fuera enumerado previamente, en paradigmas, podría considerar que el interés del médico puede radicar en la búsqueda de poder al participar en la elaboración de guías médicas subvencionadas por la industria farmacéutica y no declararlo. Otra situación plausible de ser analizada bajo los principios de la casuística, podría ser cuando el médico pondera entre dos medicamentos de igual composición química que salen al mercado avalados por industrias farmacéuticas diferentes generando la base de una situación conflictiva entre costo/beneficio.

Además, desde la visión paradigmática de esta corriente debemos considerar que todos los pacientes son idénticos al momento de la prescripción médica mientras que los factores morales ejes de la casuística se ponen en juego cuando al recibir obsequios de la industria farmacéutica podría ser un factor para medicalizar al ser humano.

Corriente del personalismo

Desde el **personalismo** (García J. , 2013), cuyo eje de debate es la persona, al abordar la discusión de conflictos de interés la búsqueda de prestigio por parte del médico en donde un interés secundario es la base de esta situación puede quedar plasmada en el financiamiento para la asistencia a congresos por parte de la industria farmacéutica y consecuentemente conducir a que el profesional sienta “un deber” frente a quienes favorecen su progreso científico. En tanto es una suerte de problema el plantear cómo se enfrenta el profesional de la salud al avance social de la industria farmacéutica cuando el paciente solicita el fármaco publicitado y no el genérico cuya eficacia probada es la misma. Así cabe recordar desde esta corriente bioética que sobre el interés de otras personas, instituciones o sociedades está el bien último del individuo. En esta corriente cuyo paradigma es la libertad y responsabilidad, los mismos pasarían a un segundo plano cuando por ejemplo, se prescribe una droga sin valorar sus efectos secundarios más importantes solo por haber recibido regalías o beneficios como asistir a un evento subsidiado por la industria. Deseo rescatar el principio de sociabilidad y subsidiaridad del personalismo. La persona inserta en una sociedad, es su fundamento por lo que debe ser beneficiaria de toda la organización social, porque la sociedad se beneficia de cada hombre. La relación social se vincula por el concepto de subsidiaridad. Es decir, que todo el bien que puede hacer la persona por sí mismo debe ser respetado, así como todo el bien que pueden hacer las personas asociadas -en familia o en las libres asociaciones- debe ser respetado también. Pero este principio no termina ahí. También implica que sean ayudados aquellos que no pueden ayudarse por sí mismos, que no tienen posibilidad de buscar lo necesario por sí mismos, lo necesario para su alimentación, para su salud, para su instrucción. La sociedad es una verdadera sociedad cuando es solidaria. El “Principio de Subsidiaridad” puede definirse también como solidaridad.

El personalismo infiere algunos principios que podrían servir como orientación en la atención médica cotidiana y que podrían ser vulnerados en alguna situación de posible conflicto de interés: el respeto a la vida, al cuerpo, a la identidad, dignidad, autonomía, libertad, justicia y a la solidaridad humana (Escobar-Picasso & Escobar-Cosme, 2010).

Podría concluir que las situaciones antes planteadas podrían vulnerar algunos principios que considero comunes a las tres corrientes presentadas como son el respeto al cuerpo, la dignidad, la autonomía, la libertad, la justicia y la solidaridad humana.

Deseo finalizar este análisis presentando una Tabla de propia autoría (Tabla 1) que puede servir de guía para la enseñanza y debate de este importante capítulo de la Bioética. En ella quedan plasmados los conceptos que interpreto pueden ser abordados tomado en cuenta los componentes que hacen a la mirada de los conceptos de interés, conflicto y paradigmas bioéticos. Quedan además especificadas diversas dimensiones de análisis para cada concepto, mencionado los indicadores que podrían ser analizados en alguna situación de conflicto de interés.

Tabla 1.

Conceptos a implementar para la enseñanza de la relación médico/industria farmacéutica.

| CONCEPTOS | | | |
|-------------|--|---|--|
| | Interés | Paradigmas Bioéticos | Conflicto |
| Componentes | -Según Habermas: interés técnico, práctico y por emancipación “Llamo interés...al trabajo y a la interacción”. -Según Cami: Interés primario vs interés secundario | a-Principialismo b-Casuística c-Personalismo | -Según Realpe: situación en la que un agente S se ve confrontado con la obligación moral de hacer A y cumplir con la obligación moral de hacer B |
| Dimensiones | 1-Búsqueda de mayor poder adquisitivo | a-Autonomía/Beneficencia/ No maleficencia/Justicia | A-La industria farmacéutica solicita “fidelidad” al momento de prescribir para recibir beneficios económicos. |
| | 2-Búsqueda de poder | b-Paradigmas/Factores morales | B-¿Cómo el médico pondera entre dos medicamentos de igual composición química que salen al mercado avalados por industrias diferentes? |
| | 3-Búsqueda de prestigio | c-Totalidad/Libertad y Responsabilidad | C-¿Cómo se enfrenta el médico al avance social de la industria farmacéutica? |
| Indicadores | 1-Recibir remuneración por prescribir un determinado medicamento | a-Prescripción de un fármaco solo por consejo de la industria/ -Disertar en conferencia con subsidios de la industria/ -Prescribir un medicamento más caro, solo por el hecho de la “marca” | A-Viáticos vs no viáticos |
| | 2-Participar en la elaboración de guías médicas subvencionadas por la industria farmacéutica y no declarar | b-Todos los pacientes son idénticos al momento de la prescripción médica -Recibir obsequios de la industria farmacéutica para medicalizar al ser humano | B-Costo/beneficio |
| | 3-Financiamiento de congresos | c-Prescribir una droga sin valorar sus efectos secundarios más importantes -Asistir a un evento científico subsidiado por la industria farmacéutica, solo por haber recibido regalías o beneficios | C-Paciente solicita el fármaco publicitado y no el genérico cuya eficacia probada es la misma |

Tabla en la que se pueden observar aspectos que desde las diversas corrientes de la Bioética se pueden abordar para la enseñanza en el grado sobre el tema conflicto de interés.

Objetivo específico 2: Interpretar el valor que en condiciones de conflicto de interés, se le adjudican al concepto de persona/paciente desde la praxis médica y desde la industria farmacéutica.

Ya presenté una forma de cómo podría ser vista la persona en la fábula de los ciegos y el elefante al igual que en la diversidad de las máscaras. Ante esta última imagen no puedo menos que reflexionar sobre lo de resonar la voz. Si persona implicara solo resonar la voz, al mirar con atención la imagen presente en la Figura 4 entenderemos un aspecto de este concepto que después de muchos siglos fuera introducido al campo filosófico: la importancia de la interlocución en la persona. Cuando se presenta un conflicto de interés, en el que un interés primario es sustituido por uno secundario claramente, puedo argumentar que la persona puede quedar desdibujada del horizonte del análisis bioético.

En esta línea argumentativa no deben justificarse los avances biotecnológicos (y en esto incluyo a la industria farmacéutica) mediante la mera modificación de nuestros conceptos antropológicos. Retomando la interlocución, esta no puede ser el único eje del análisis moral, pues al reducir al lenguaje toda aprehensión posible de la realidad moral del sujeto/paciente sería simplificar demasiado el campo de la moral. Cuando desde la praxis médica se priorizan intereses secundarios que pueden “trabajar” sobre un paciente se podrían menoscabar aspectos que no siempre y no necesariamente deben materializarse mediante el lenguaje. Estos aspectos serían los sentimientos, las sensaciones o las emociones anclados en pensamiento y voluntad de las personas/pacientes. Consecuentemente, la falta de declaración de un conflicto de interés en la praxis médica no transitaría a mí entender solo por las dimensiones estructurales del lenguaje, sino por la realización en el mundo de un valor no percibido: la persona.

En este contexto argumentativo los profesionales del área de la salud tenemos el privilegio y la responsabilidad de atender al ser humano en todo lo relativo a su salud: las

dimensiones biológicas, psicológicas y sociales. Esta intervención biológica, psíquica y social que nos autoriza el paciente merece un comportamiento ético y científico, que voy a aunar bajo el concepto de una Bioética aplicada. Claramente, para entender mejor la importancia que los conflictos de interés no bien resueltos pueden tener sobre esta relación fiduciaria⁴ entre el médico y paciente deberíamos sustentarla en la desigualdad, dado que el primero tiene el poder de sanar. Sin embargo, no puedo olvidar que el paciente enviste al médico con su confianza mediante la cual este protegerá el mejor interés o bienestar de aquel. Por consiguiente, si primara un interés secundario se vería menoscabada esa relación de confianza.

En este contexto, la aparición de algún conflicto de interés, como por ejemplo las situaciones planteadas en el Objetivo Específico 1, dañan la confianza entre la persona/paciente y su médico, llevando a la Medicina a perder su carácter más prominente de actividad moral.

Un aspecto no menos importante que deseo resaltar, es que el médico puede no reconocer la existencia de un conflicto de interés, al punto incluso de negar la posibilidad de que ellos puedan ser influidos por este tipo de situaciones. Esta sensación de “impermeabilidad” que los profesionales de la salud tienen sobre el efecto que la industria farmacéutica ejerce sobre ellos, en particular sobre la toma de decisiones, puede ser causa de un cambio de postura del médico, frente a la persona/paciente. Lo que subyacería es un posicionamiento del claro paternalismo y medicalización de la salud. Cabe recordar el caso problema de esta Tesis en el que al lado del nombre que identifica al saber científico (revista de divulgación médica o página de una sociedad científica médica) se evidencia una fuerte asociación entre vínculos financieros con la industria farmacéutica y la recomendación de sus productos, y por consiguiente se “permeabiliza” la

⁴ Relación fiduciaria: una relación dependiente de la confianza.

propaganda médica en el saber puramente científico. Esto me genera la siguiente reflexión: los médicos frente a la posibilidad de estar ante un conflicto de interés no suelen visualizarlo y lo que es más importante, en caso de que el mismo sea reconocido no hay un cuestionamiento acerca de cómo la persona/paciente queda incluida, inmersa, en tal situación con la consecuente falta de una respuesta adecuada por parte del médico cuando está dentro del conflicto.

Ahora cómo visualiza la industria farmacéutica a la persona/paciente es un tema de largo debate. No puedo desconocer que la industria tiende a promover el bienestar de los pacientes por medio de su compromiso con la investigación y el desarrollo de productos medicinales. Sin embargo, la razón de ser de las mismas son, también, sus accionistas, quienes claramente esperan retornos económicos razonables por sus inversiones. No hay duda de que los productores de medicamentos y aparatos medicinales conocen el conflicto entre la vulnerabilidad del paciente y los incentivos financieros en las prácticas de las compañías, la que frecuentemente cruzan la línea entre el bienestar de la persona y la conducta de la búsqueda de la ganancia.

Al visualizar a la persona/paciente en el centro del debate del presente objetivo me pregunto: ¿Sería acaso importante pensar lo corpóreo como sinónimo de persona? Acordando con Estrada-Mesa y Espinal-Correa (Estrada-Mesa & Espinal-Correa, 2014), lo corporal es una construcción histórica, en la que antes que ser solo el producto anatomofisiológico, es el resultado de un proceso social, sometido bajo el peso del rigor moral (médico) o bajo la mirada de una objetividad científica (médico/industria). En este contexto la industria farmacéutica podría vislumbrar que la enfermedad implica un “alejamiento del mundo” y un “acercamiento al cuerpo”. Consecuentemente puedo desde una mirada filosófica-antropológica considerar que la industria farmacéutica hizo y hace de la enfermedad y el dolor un extraño –un extraño a lo corpóreo-, un obstáculo, algo que hay que alejar. Parafraseando a Foucault el cuerpo no es más

que la sólida cosa, que la historia se encargó de negar (Avila, 2012). El devenir histórico de la sociedad humana hizo que el capitalismo asumiera los cuerpos como realidades que hay que diseñar y construir. Deseo puntualizar que en este rediseño y construcción de lo humano la industria de los medicamentos es parte. Es acaso éste el inicio de una “biohistoria” (Castro, 2006) que modelará a la enfermedad. Deseo posicionarme en que la industria farmacéutica podría desarticular al cuerpo/persona inicialmente desde la visión de la anatomopolítica de Foucault, para luego avanzar con una biopolítica del poder sobre las poblaciones humanas.

Resumo este objetivo planteando dos conceptos que pueden atravesar a la persona/paciente, cuando la misma se halla en el centro entre la praxis médica y la industria. ¿Acaso la primera le “comunica a la persona” mientras que la segunda le “transmite información”? Para ampliar esta mirada voy a invocar a Régis Debray quien nos dice: “... comunicar consiste en ‘transportar una información dentro del espacio’, en el interior de una misma esfera espaciotemporal, y transmitir, ‘transportar una información dentro del tiempo’ entre esferas espaciotemporales” (Debray, 2001). Esta postura queda reflejada cuando en el espacio, configurado en el momento del acto médico, el profesional incide sobre la persona/paciente. La publicidad que hace la industria farmacéutica (no solo visibilizada en el caso-problema de la Tesis) de sus productos medicinales va más allá de la relación médico/paciente (confinada a un espacio) pues y como lo dice Debray, se proyecta en el tiempo (Debray, 2001).

Retomo aquí las preguntas que se presentara al tratar conflicto e interés:

¿Qué debo conocer? → Especulación

¿Qué debo hacer? → Práctica

¿Qué puedo esperar? → Práctica y especulativa

Si quisiera dar respuesta a estas preguntas en función del eje del presente trabajo de maestría en Bioética podría decir: El médico debe conocer al paciente, para realizar un diagnóstico, esperando instituir un tratamiento (y curar en el mejor de los casos). La industria debe conocer el mercado, para organizar los medios que “someterán” a sus blancos, esperando que los mismos consuman sus productos (medicamentos).

También deseo plasmar en la siguiente figura el concepto habermasiano de la interdependencia en la que el interés está vinculado a acciones y estas al conocimiento. En esto que interpreto como una espiral dialéctica, una vez que se alcanza el conocimiento surge un nuevo interés y así sucesivamente (Figura 8).

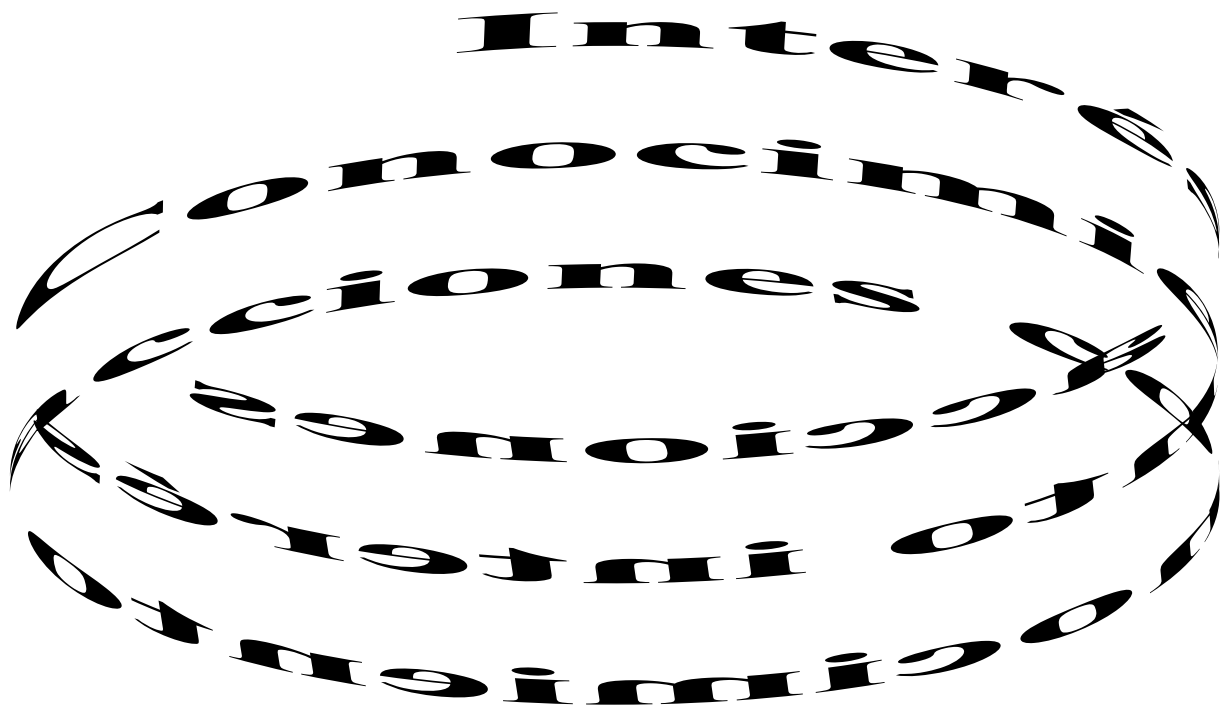


Figura 8. Interpretación de la interrelación entre interés, acción y conocimiento. El esquema alude al efecto que cada uno de los conceptos enunciados ejerce sobre el otro en una espiral dialéctica.

Aquí sí tanto médicos como industria farmacéutica tienen un objeto final en común: el paciente. Sin embargo el médico accionará sobre el mismo en búsqueda de la cura a través de la implementación de la *lex artis*, una cura para qué?. Desde la perspectiva foucaultina será para el manejo del cuerpo como un bien de capital. La industria lo hará tomando a la persona humana también como medio de sus prácticas que de alguna manera pueden, si bien los intereses serían diferentes a los de la Medicina, tener una confluencia con esta en el manejo e implementación del biopoder.

Finalmente, existirá acaso algo de certidumbre en lo que decía Michel Foucault en relación a que los dispositivos de poder: “Nos hacen creer que somos libres” (Foucault, Historia de la sexualidad. Volumen I. La voluntad del saber., 2002).

Objetivo específico 3: Argumentar en función de la construcción de los saberes médicos como pueden ser vulnerados los derechos de las personas/pacientes implicadas en el que hacer médico.

*He ido esta mañana a ver a mi médico Hermógenes (...). Me tendí sobre un lecho luego de despojarme del manto y la túnica. Te evito (...) la descripción del cuerpo de un hombre que envejece y se prepara a morir de una hidropesía del corazón. Digamos solamente que tosí, respiré y contuve el aliento conforme a las indicaciones de Hermógenes (...). Es difícil seguir siendo emperador ante un médico, y también es difícil guardar la calidad de hombre.
[Memorias de Adriano. Marguerite Yourcenar]*

La importancia de la medicina va más allá de que lo a primera vista es esperable. Su impacto se deja sentir en la misma evolución de los saberes y en la evolución de las interacciones que entre ellos se producen. Desde esa perspectiva, nos dice Foucault: “puede comprenderse la importancia de la medicina en la constitución de las ciencias del hombre: importancia que no es solo metodológica, sino ontológica, en la medida en que toca al ser del hombre como objeto del saber positivo” (Díaz, 2005). En efecto, la instauración de la mirada médica, como perspectiva dotada de poder de objetivación y construcción científica, será el punto de partida para la transformación de todas las ciencias humanas.

Para empezar argumentando sobre este objetivo deseo mencionar que el devenir histórico de la ciencia se ha plasmado en cuestiones epistemológicas sobre el contexto de descubrimiento (génesis) y justificación. Sin embargo acordando con Khun como lo presenta Olivé (2013), la ciencia es acción humana y social, por lo que excede a la mera construcción de un individuo ajeno al entorno socio-político.

Pero esto no es todo, el registro del enfermo desde su ingreso hasta que es dado de alta y la respectiva socialización de la información consignada, es lo que posibilitó la producción del saber médico, como lo plantea Foucault (1999):

El saber médico que hasta el siglo XVIII estaba localizado en los libros, en una especie de jurisprudencia médica concentrada en los grandes tratados clásicos de medicina, empieza a ocupar un lugar que no es el texto, sino el hospital. Ya no se trata de lo que ha escrito o impreso, sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que representa el hospital. Así es como se afirma, en el periodo de 1780 - 1790, la formación normativa del médico de hospital. Esta institución, además de ser un lugar de cura, es también un lugar de formación médica. La clínica aparece como una dimensión esencial del hospital, entendiendo por «clínica» a este respecto una organización del hospital como lugar de formación y transmisión del saber. Pero, además, con la introducción de la disciplina en el espacio hospitalario –que permite curar, así como acumular conocimientos y formar–, la medicina ofrece como objeto de observación un inmenso campo, limitado, por un lado, por el mismo individuo y, por otro, por toda la población. (pág. 245).

Esto significa que la práctica y saber médico actúa en los fenómenos patológicos que se pueden observar a partir de los rasgos comunes que presentan los pacientes internados. De ningún modo, la implementación de los mecanismos disciplinarios en el espacio hospitalario ha desplazado de forma definitiva la actividad médica a otros ámbitos que no corresponden al tratamiento de las enfermedades que afectan a los individuos. Lo que sucede es que la medicina también interviene en los asuntos políticos y económicos que tienen que ver con los procesos biológicos de la población.

El saber médico moderno no solo tiene la función específica de restaurar la salud de los enfermos en la medida en que la eficacia de sus técnicas y procedimientos lo hace posible. También posee otros cometidos y es utilizado como elemento esencial en otros procesos cuyo objetivo es mantener la salud física y moral, no solo de un individuo concreto, sino de todo el

cuerpo social. La Medicina, al integrarse como saber básico en el poder biopolítico, proyectará el conocimiento de la salud y la enfermedad sobre el cuerpo social, tras haberlo adquirido mediante el estudio del cuerpo individual.

Si acordara con que el saber científico se mueve entre una “tensión dialéctica de ruptura y fidelidad” tal como lo expresa Pérez Serrano (Pérez Serrano, 2014), no puedo más que retrotraerme a una obra que me ha conmovido cuando la observé desde la mirada médica: Manos dibujando de Escher (Figura 9).

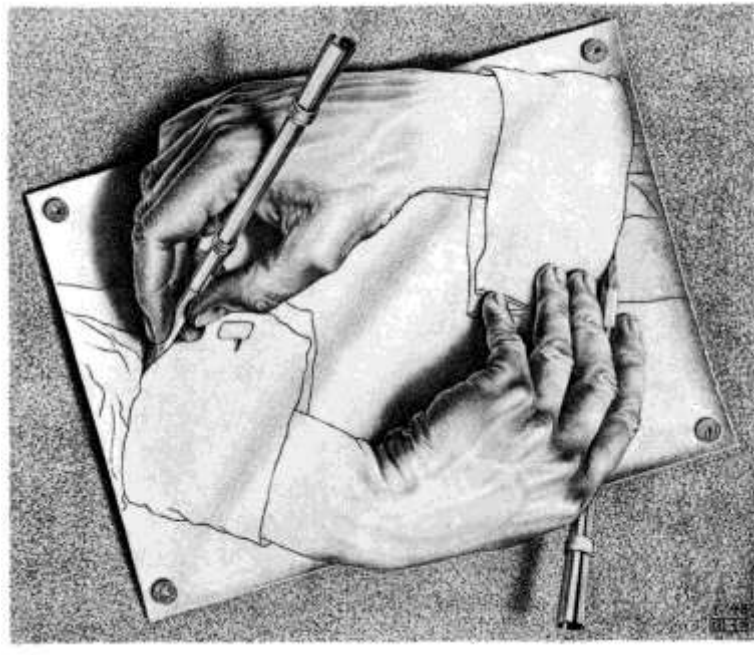


Figura 9. Manos dibujando de Escher. Extraída de <https://www.flickr.com/photos/alvy/167726587>

Posiblemente si hago la lectura que una de las manos, veo al médico en ese acto fiduciario “prescribiendo un medicamento” a partir de la configuración del saber científico que lo empodera. Mientras que la otra mano -la que “dibuja sobre el médico”- sería un saber científico acabado cuando la industria farmacéutica a través de la publicidad va rediseñando al

“ser médico” y consecuentemente puede vulnerar algún derecho de la persona como por ejemplo el de la justicia distributiva.

Considero que el grado de permeabilidad, muchas veces sin control de las ganancias desde la treintena final del siglo XX, de la medicalización que los ámbitos sociales y médicos conceden al saber generado en la industria, podría vulnerar algunos aspectos de los que ya expuse en relación a ese ser con un valor -pero no con un precio- como lo es la persona.

Aquí deseo expandir esta postura hacia la argumentación de que la industria puede también orientar que es lo valioso para investigar. En esta línea retomo nuevamente a Rose (2012):

“cuando es necesario disponer de fondos para generar una posible verdad en el campo de la biomedicina y cuando la asignación de esos fondos depende, de manera ineludible, del cálculo del rendimiento financiero, la inversión comercial determina la dirección, la organización, el ámbito de problemas y los efectos de las soluciones de la biomedicina y de la biología básica que la sustenta. No se trata tanto de la fabricación y comercialización de falsedades como de la producción y configuración de verdades. La reconfiguración de los seres humanos se está produciendo, entonces, en el marco de una nueva economía política de la vida cuyas características y consecuencias no hemos delineado aún” (pág. 77).

En este contexto de la construcción del saber científico, Marcuse posiciona a la civilización como la gradual y penosa realización de la ciencia en donde la neutralidad en la que la ciencia se vuelve adaptable queda amarrada a los objetivos predominantes en la sociedad (Marcuse H. , 1968).

En relación a la construcción del saber médico clínico, muchas veces no ha reflexionado sobre aquellos intersticios cotidianos y tecnologías de poder que inciden en la constitución del mismo, dejando de lado a la forma (recordemos las imágenes que iniciaron este trabajo) de como este conocimiento se incorpora tanto en la vida social como en la vida de los sujetos.

Uno de los propósitos de la antropología moderna o de las ciencias humanas es liberar al hombre ante la finitud por medio de la ciencia, viendo la invención del mismo hombre como ser natural, marcado por el deseo de vida, trabajo y lenguaje (Gil Claros, 2013). A partir de dicha revelación se constituye un modo de subjetivación. Pero la pregunta que queda por resolver es el cómo, todo el complejo trayecto que explica la incorporación de la racionalidad médica en los cuerpos de los seres humanos. La arqueología de la mirada médica ha permitido ver la formación de un saber y sus efectos en torno a la comprensión del hombre, pero no explica el proceso y la constitución de ese hombre.

En el concepto de biohistoria quedan imbricadas la historia del hombre y la vida. Cuando Foucault nos dice que el no saber ya ha dejado de ser peligroso y el peligro radica en el propio saber, resulta de sumo interés ahondar en lo que se llama el problema del saber sometido. Estos saberes sometidos podríamos resumirlos en dos vertientes; aquellos que trasciende mediante la erudición y aquellos que en palabras del autor son calificados como saberes ingenuos, saberes jerárquicamente inferiores, saberes por debajo del nivel del conocimiento o de la científicidad exigida. En esto la mirada de Olivé acerca de si el conocimiento se puede usar para bien o para mal desde lo ético, se abra la posibilidad de una ciencia y una tecnología como sistemas de acciones intencionales con intereses en los que se ponen en juego creencias, conocimientos, valores y normas.

Si retomo el método científico, según Popper, me permito hacer una pregunta: ¿La industria farmacéutica admite su falibilidad? Según Popper el conocimiento verdadero es siempre un conocimiento crítico (Popper, 1991).

¿Tiene acaso el manejo del conocimiento de las ciencias médicas el objetivo de producir un efecto económico?

Para dar repuesta a esto deseo recapitular a Foucault en el análisis que sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico médico hacen De La Fuente-Rocha y Delgado-Wise (2015):

Dar a la sociedad individuos fuertes, es decir, capaces de trabajar, de asegurar la constancia de la fuerza laboral, su mejoramiento y reproducción. Se recurrió a la medicina como un instrumento de mantenimiento y reproducción de la fuerza laboral para el funcionamiento de la sociedad moderna (pág. 129).

Puedo argumentar en esta línea de análisis que la industria farmacéutica puede tomar pie para convertir a la salud en un objeto de consumo, consumido por otros –los enfermos- e introducida al mercado del devenir económico.

Al considerar el párrafo precedente en el que se mencionan la producción y configuración de verdades ¿un derecho puede ser vulnerado? Claramente la respuesta es sí. Ahora desde un abordaje bioético resulta más que fundamental debatir sobre la vulnerabilidad. Una cosa es la vulnerabilidad que todo ser humano por su finitud y fragilidad intrínseca es poseedor, la cual no se discute por la propia naturaleza que ese valor tiene. Sin embargo, cuando una persona padece alguna enfermedad que lo posiciona en una circunstancia desfavorable, la vulnerabilidad se proyecta hacia un estado con capacidad o libertad limitada. El manejo del saber científico en manos del médico puede transformar a los vulnerables en “vulnerados” por lo cual, la comprensión sobre factores e instancias como estado, comunidad, sistemas económicos y sociales, cultura y la propia moralidad vigente en el contexto en que se expresa la vulnerabilidad deben ser identificada.

Se han planteado diversas situaciones concernientes a la vulnerabilidad: aquella sentida o percibida por el propio sujeto o por el grupo, la atribuida por otros y una vulnerabilidad “objetiva”, sobre la cual hay consenso pleno y universal. Me centraré en esta última para

argumentar, en función de ser sobre la que la Bioética debe trabajar. Hay que considerar situaciones en las que el saber científico, impacta sobre la persona. En este momento la vulnerabilidad puede ser explícita o implícita, siendo esta última muchas veces ignorada por los profesionales de la salud. Desde el campo de la Bioética se ha abordado tanto la vulnerabilidad social como la moral. Sobre esta última deseo hacer observaciones vinculadas al campo del saber desde las prácticas médicas. Se ha debatido en sentido amplio acerca que la discriminación negativa es la instrumentalización de la alteridad, constituida a favor de la exclusión. Por lo tanto cuando un médico observa la persona/paciente como el otro no poseedor del conocimiento puede que lo esté aceptando bajo la concepción de que un humano vale más que otro. Esta ideología de las relaciones de poder, solo proclaman a mi entender, verdades ocasionales por las que el médico (sujeto 1) enumera los atributos del conocimiento científico que detenta para probar que el paciente (sujeto 2) es inferior por no tener las mismas condiciones y atributos que él. Este entramado no siempre consciente puede conducir a que se genere una vulneración moral del otro: el sujeto 1 por ser propietario del conocimiento médico es quien tiene el atributo objetivo de elaborar los fundamentos del proceso salud/enfermedad. De esta manera todos los sujetos 1 se atribuyen un valor superior a los humanos 2.

Michael Foucault en *Crisis de la Medicina o la Antimedicina* (Foucault, 2018), realiza una dura crítica, no a la cientificidad de la Medicina, sino al médico en sí, atribuyendo a la persona/médico la capacidad de distorsionar el propósito último del saber científico. Si bien hace referencia al total de personas hospitalizadas en 1970 a causa de efectos de la absorción de medicamentos, menciona la poca habilidad analítica de los médicos a la hora de reportar estos efectos, dejando en al desnudo al “saber de la persona/médico”. El cuestionamiento que podría surgir es cuantas veces la ignorancia no intencional de los profesionales de la salud podría estar

gestando un verdadero conflicto (lucha) de interés (trabajo e interacción) entre el más sublime fin de la Medicina y el acto médico en sí.

Concluyo esta argumentación considerando que mientras el médico solo priorice el saber científico desde una construcción del mismo basado en el poder, los derechos de los pacientes podrán ser vulnerados.

Un aspecto que deseo reformular es ¿cómo se siente el médico, como persona/paciente ante el avance del conocimiento científico?

Finalmente ¿cómo se podría evitar vulnerar a la persona/paciente y de esa manera no transformar a los clásicos principios de la Bioética en meras palabras discursivas? Sería mediante el uso de las virtudes que considero deben acompañar al quehacer de la Medicina: respeto, sinceridad, compasión, olvido de sí. Arendt (2009) postula que la integridad moral radica en el pensamiento y el juicio, esto es, en la capacidad de pesar antes de actuar. Deberíamos distanciarnos de los propios intereses para que así, la decisión tomada pueda ser calificada como correcta.

La figura 10 muestra cómo se pueden esquematizar dos sistemas técnicos vinculados por algún tipo de valor, en este caso el conocimiento.

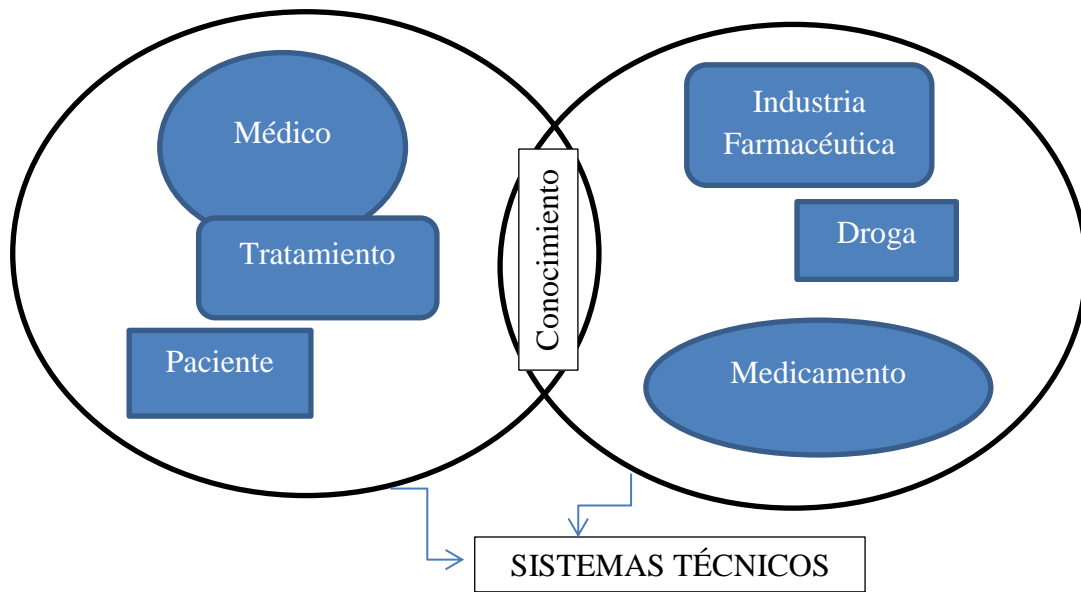


Figura 10. Sistemas técnicos emparentados por un valor. Si bien cada sistema puede ser independiente en un punto pueden converger en un denominador común.

Pese a toda esta argumentación no puedo negar tampoco que el conocimiento científico favorece el desarrollo y devenir de la humanidad; posee problemas al igual que el conocimiento humano, pero los estudia y analiza con mayor detalle y precisión.

Objetivo específico 4: *Aplicar al análisis del caso problema los conceptos de biopolítica de Foucault y campos de Bordieu con el objetivo de profundizar la valoración que del término conflicto de interés se realiza.*

Hasta aquí se argumentó como la persona/paciente puede ser eje en un conflicto de interés, en el que los saberes científicos de los propios médicos y aquellos generados desde la industria farmacéutica pueden impactar sobre aquella. Sin embargo retomando el caso problema me interesa agregar que entre los patrones de legitimación debemos ubicar a la publicidad de los productos farmacéuticos.

Parfraseando a Mateo y Antoniucci (Mateo & Antoniucci, 2013) la persona/médico al estar en el panóptico representado aquí por la sociedad, no está permanentemente vigilada, pero sí *se sabe* vigilada continuamente. Esto conduce a una automatización y desindividualización del poder disciplinar.

Cuando estos autores mencionan que el poder se refiere al hacer sin aparecer me conduce a la reflexión en la que el eje es el saber médico, a través del cual se pueden operar mecanismos de poder que si bien se centran en un individuo, los mismos son intangibles. Al expandir el panóptico hacia lo social el saber científico podría reconfigurar las relaciones sociales entre el interjuego de aquellos involucrados en lo que se llama conflictos de intereses.

La biopolítica opera no solo el cuerpo individual sino el de la población tendiendo delicadas redes entre el poder y la vida. Esta última se conforma en un objeto de poder, sobre la que se pueden configurar conflictos (Pfeiffer, 2009) e intereses (Habermas, 1968). Foucault ya lo mencionaba cuando analizaba la vinculación entre Medicina y Economía (Foucault, 2018). Esto claramente queda definido en la llamada medicalización, escenario en donde las que no eran consideradas entidades médicas, ya no lo son (Rodríguez Zoya, 2010).

Siempre me pregunto quién puede ser el que articula ese vínculo de la medicalización que podría ser fuente de conflictos de interés. Los médicos -actuando como agentes para que este mecanismo prospere o como agentes sobre los que la sociedad deposita sus expectativas-, como la industria farmacéutica que construye patrones de legitimación de los medicamentos; son algunos de los actores de este escenario multifactorial (Rodríguez Zoya, 2010). En este sentido Conrad (Conrad, 2005), sugiere un giro de nuestra mirada, que siempre se halla depositada en el médico, hacia la industria como motor del proceso de interés del mercado, donde se consolidan en facciones de poder.

Voy a proceder a esquematizar en la Figura 11, lo que Rodríguez Zoya (Rodríguez Zoya, 2010) plantea cuando hace uso del esquema de las cinco W para dar respuesta a los entornos de la biopolítica y medicalización, trascendiendo hacia la problemática de los conflictos de interés.

Si retomo los campos de Bourdieu creo que también debemos empezar a ver la existencia de otros dos campos: el científico médico y el de la industria farmacéutica que podría homologarlos al social y al económico respectivamente (Figura 12), dada la complejidad de la estructura de estos sistemas técnicos (Kottow, 2013).

Cuándo las imágenes que construyen el caso guía de esta Tesis son observadas ¿podríamos decir que se configura la situación bioética de conflicto de interés?

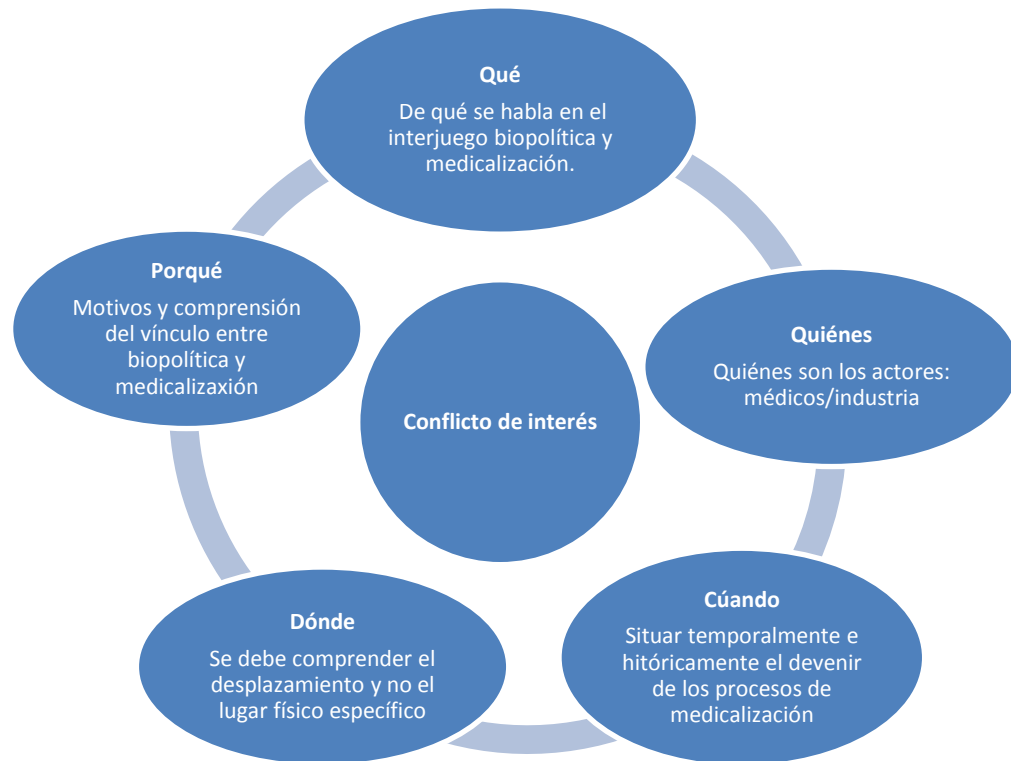


Figura 11. Esquema que dibuja el interjuego circular de los posibles cuestionamientos que deberíamos plantearnos al momento de vincular biopolítica y medicalización pero tomando el en centro de la argumentación a los conflictos de interés.

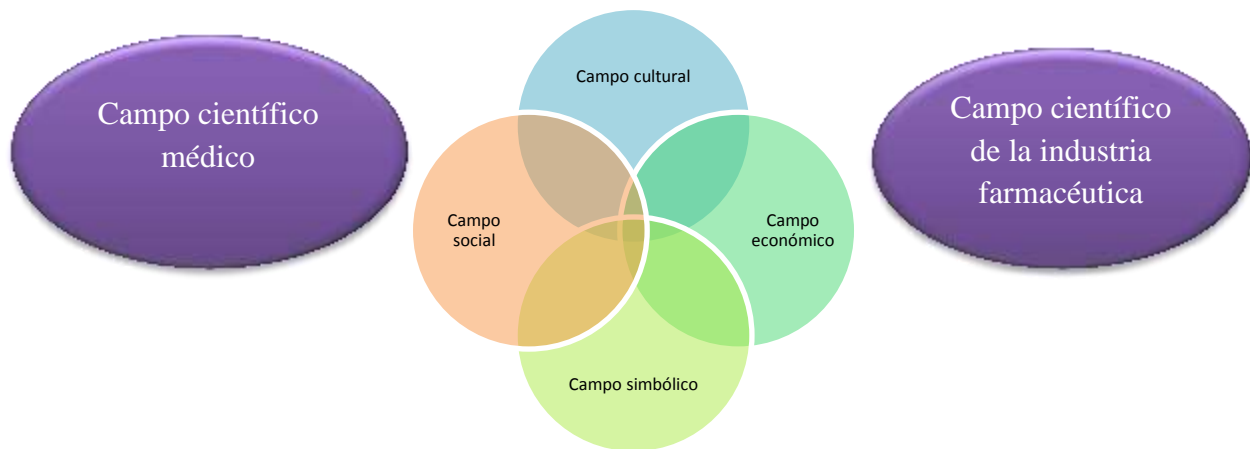
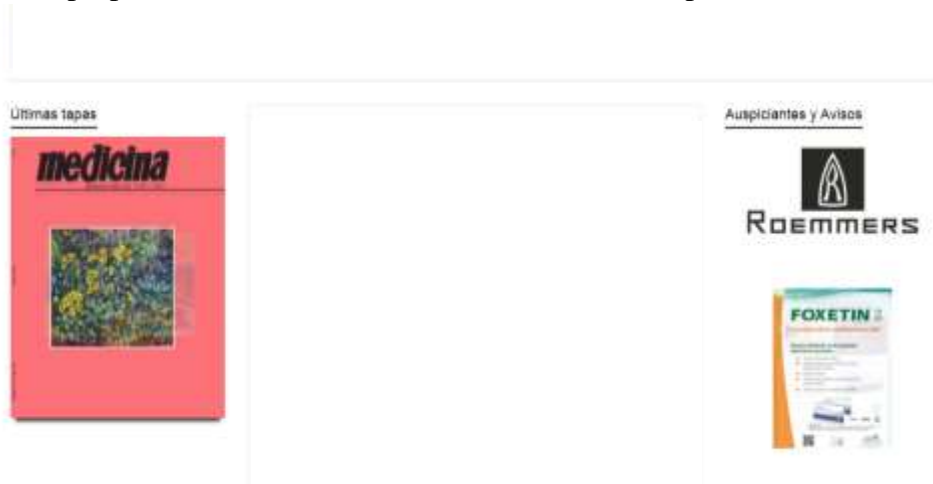


Figura 12. Campos en los que se intervienen en función de intereses económicos, relaciones sociales, prestigio y/o conocimiento y la capacidad de legitimar significaciones.

Desde mi saber en el campo de la Bioética le corresponde un sí. La repregunta que surge es si podría expandir el criterio de conflicto de interés más allá de una relación bidireccional entre una persona (médico) y una industria (farmacéutica) hacia la relación entre el saber científico médico (revista de divulgación) y un medicamento (industria farmacéutica). En el devenir del siglo XXI sería no solo lícito, sino también esclarecedor, que la relación previamente mencionada sea visibilizada ante y para toda la sociedad por parte de sus actores (médico/industria) y de no ser así desde la Bioética debería plantearse como un conflicto de interés. ¿Por qué? Porque tras esta situación -se puede argumentar- es que se sostiene un poder que despliega su efectividad debida a la potencialidad de su ejercicio, legitimando su origen en la necesidad de existir como tal.

Tal como lo mencionara con antelación la lucha por la autoridad científica, vista como capital social, según Bourdieu, tiene a los productores de dicho capital como clientes a los propios competidores (Kottow, 2013). Este aspecto me permite reflexionar si acaso médicos e industria farmacéutica, cada uno de ellos en su propio campo, no son a su vez productores y competidores, en el que los productos tales como poder, reputación, prestigio y autoridad, no son reconocidos en su propio valor.

Rescataré una de las imágenes presenta con anterioridad, la cual ha sido modificada con un determinado propósito, el cual es vislumbrar esta relación de poder.



Frente a esta nueva estructura cuales serían los mecanismos de reproducción (de acuerdo a los campos de Bordieu) que encuentran el conocimiento médico publicado (grupo social A) y representantes de la industria farmacéutica (grupo social B) para la permanencia en este andamiaje social. Considero que tal como se visualiza y puede analizarse en esta imagen ambos grupos se encuentran emparentados en un mismo nivel; al punto que la importancia del saber científico que en la revista de divulgación pretenden difundir queda reproducido con el producto medicinal promovido por la industria. De esta manera puedo argumentar que queda entretejido un andamiaje en el que el poder de la ciencia se vincula de manera más que directa con el de la producción de medicamentos.

Otras preguntas que surge son ¿Es factible ver en aquella figura el interjuego control-poder? ¿Hacia dónde podríamos direccionar las fuerzas del control y del poder? En esto deseo aventurar el argumento de un reforzamiento mutuo para la creación -recordando a la molecularización de Rose- de un saber central que para Mateo y Antoniucci (2013) “aspira a fabricar cierto tipo de individuos con la particularidad y distinción de que el poder ahora no inhibe deseos, no destruye individuos, sino que los crea de una determinada manera”. Entonces la situación graficada es definitivamente un conflicto de interés.

Esto permite abrir el camino hacia el control mediante lo simbólico es decir hacia lo que no se ve. En esto puedo mencionar que el poder disciplinar (de Foucault) y el poder simbólico (de Bordieu) se aúnan en un mismo terreno que para el caso que presento, lo vemos al observar cómo tanto la “imagen del nombre de la revista” está incluso a la misma altura que “la imagen de los auspiciantes”.

Deseo ahondar el presente objetivo dejando un pensamiento de Bourdieu (como lo menciona Mateo y Antoniucci, 2013):

Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significados e imponerlos como legítimos disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica a esas relaciones de fuerza. (Mateo & Antoniucci, 2013)

Con este párrafo deseo concluir mencionado que toda aquella situación en la que se pueda evidenciar una relación de poder simbólico, debería ser presentada como un potencial conflicto de interés.

Al mencionar el poder simbólico, no puedo dejar de considerar como establece Bourdieu, que la violencia simbólica puede ser ejercida incluso de un modo inconsciente, en la que cada campo -como este sociólogo lo propone- es un lugar de ejercicio de una violencia social. ¿Es acaso la figura precedente un ejemplo de esta clase de violencia? Puedo considerar que dentro de estas matrices simbólicas de las prácticas sociales configuradas por la propaganda farmacéutica y el saber científico médico, puede ser la base para la construcción de sistemas de poder.

Si se considerara que la fundamentación de la llamada violencia simbólica reside en el poder que se otorga a los dominantes (industria farmacéutica), los dominados (saber médico) podrían terminar por aceptar la dominación. El propio Bordieu plantea que la violencia simbólica es aquella que se ejerce sobre un agente social con la ausencia de este. Sin embargo, si como el autor dice, el agente social es consciente y estructura aquello que lo determina -contribuyendo a producir la eficacia de la estructura social-, puedo argumentar que cuando se plantea un conflicto de interés, el involucrado (y aquí pongamos el nombre que deseemos) en esta situación entraría en un círculo de auto-perpetuación.

Un aspecto no menos importante es la concepción del capital cultural que se reproduce en el campo de producción simbólica. La pregunta que podría surgir, es ¿este campo sería importante al momento de pensar en los conflictos de interés? Considero que este concepto es de

gran ayuda al menos para la comprensión de algún aspecto más. ¿Cuál? Si posicionamos en el campo de los bienes científicos a los médicos y a la industria farmacéutica, ubicándolos en lugares con relativa autonomía de relaciones, pese a que ambos agentes estarían comprometidos en la misma competencia (persona/paciente) por la conquista de prestigio y autoridad, quedaría configurada una situación de conflicto de interés donde el campo del capital cultural sería el límite externo de esta lucha de poder.

Deseo cerrar este objetivo para intentar reagrupar elementos en un punto que cuando tuve oportunidad de conocer, me proyectó más allá del verbo disciplinar que Foucault empezó a usar en 1970. Es la mirada de una sociedad de control, tal como la propone Deleuze (Deleuze, 2006). Este control -que a los fines del presente trabajo de Tesis y a diferencia de los disciplinarios- prescinde de los tabiques físicos de encierro, pues las nuevas tecnologías de la estadística y de la comunicación servirían para cumplir las funciones de sujeción y moldeamiento de los sujetos, convertidos ya en sujetos estadísticos de información.

De esta manera el asunto del biopoder, por tanto, se diluye en el marco general de la gubernamentalidad. La cuestión ahora no pasa en potenciar la vida y nutrir la existencia biológica de las poblaciones. Lo importante ahora será el empleo de los mecanismos para conducir la vida del cuerpo social. El gobierno de la vida, la intervención en lo biológico, será solo un ensamblaje más de una temática que empezará a aparecer de manera significativa en las investigaciones de Foucault: la historia de la gubernamentalidad. Hablar de hombres y mujeres modernos implica referirse a una humanidad que ha sido desarrollada a partir de constructos tecnológicos. La medicina deviene como un ejemplo inmejorable para revelar el carácter técnico de la subjetividad. El mejor testimonio de ello se hace tangible en los cuerpos de la actualidad.

Puede resultar pretencioso hacer una traslación al caso problema, dos conceptos desde la mirada foucaultiana: la anatomopolítica y la biopolítica. Quiero homologar como al ver una revista científica estamos observando al cuerpo máquina; mientras que cuando vemos a la publicidad médica vemos a la biopolítica como la mecánica regulatoria de lo viviente.

Reflexiones para la enseñanza de los Conflictos de Interés en la Carrera de Medicina

You see things, and you say, "Why?"
But I dream things that never were, and I say,
"Why not?"
[George Bernard Shaw]

Este capítulo final, que me atraviesa de una manera particular dado el centro de mi ser como docente universitario, se enmarcará en una pregunta ¿Se puede enseñar conflictos de intereses en la práctica médica en el grado de la Carrera de Medicina?

Empezaré con la respuesta a esta pregunta: Sí.

A partir de ahora argumentaré la misma en virtud de la realidad en la que se aprecia imbuido el tema a lo largo del Plan de Estudio actual de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba.

Para esto no puedo comenzar esta escritura sin intentar plantear interrogantes que como médico, docente-investigador de la Universidad Nacional de Córdoba me surgen: cada vez que uno diseña un protocolo experimental con cultivos celulares, humanos o no y se sigue una "receta"-puesta entre comillas para resaltar que a veces es solo la suma de ingredientes- con el uso de fármacos, ¿por qué esto a la hora de una publicación no es un conflicto de interés? ¿Acaso solo es necesaria una relación directa con la industria biotecnológica y/o farmacéutica, de la que reciba, por ejemplo obsequios o prebendas para que uno declare tal situación? Cuando nuestras casillas de correo electrónico, se inundan de mensajes de la industria productora de reactivos biotecnológicos, sin dejarnos a veces la libertad de optar ¿deberíamos a conciencia, también referir esto y declarar como un conflicto de interés? Mucho se ha avanzado en los aspectos bioéticos del manejo de los animales de experimentación -como por ejemplo en la aplicación del principio de las tres erres de Russel y Burch (Principio de las tres erres en la experimentación

animal)⁵ - en los laboratorios, pero también me surge un cuestionamiento sobre: ¿cuáles son las implicancias bioéticas de usar semivivos, como los cultivos celulares/tisulares? Si bien en la Declaración de Taipéi de la Asociación Médica Mundial (AMM) (2016) se contempla que los biobancos son recopilaciones de personas y poblaciones que producen la misma preocupación sobre la dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad y discriminación. ¿Porque estos aún no tienen una regulación para su uso? Tal vez sea tiempo de agregar algo que exceda a las implicancias del conflicto de interés y mencionar que *todo esto* debe ser declarado siempre como un conflicto bioético. Puesto en claro esto, intentaré, rescatando a diversos autores, buscar algunas reflexiones más sobre mis dudas que sobre mis certezas respecto a este campo de la Bioética.

Empezaré retomando la palabra “conflicto” a la que vengo haciendo referencia a lo largo de este trabajo de Tesis de Maestría. Recordemos que proviene del latín *conflictus*, y está formada del prefijo *con* (convergencia, unión) y el participio de *fligere* (flictus: golpe), lo que al unir ambas palabras se traduce como “el golpe entre varios” o simplemente pleito. También debe ser concebido como problema, cuestión o materia de discusión, o también apuro, situación desgraciada y de difícil salida, y coexistencia de tendencias contradictorias en el individuo, capaz de generar angustia y trastornos neuróticos. Otro de los conceptos que se articula en esta presentación es el de interés. Este concepto proviene del latín *interesse* que puede ser traducido como importar. Entre las múltiples acepciones de la Real Academia Española tomaremos: provecho, utilidad, ganancia y conveniencia o beneficio en el orden moral o material.

⁵ Este principio lo formularon a comienzos de la década de los 60 dos biólogos ingleses, Russel y Burch, en su libro “The Principle of Humane Experimental Technique”. Las tres erres hacen referencia a reemplazar, reducir y refinar.

Tal como lo establece Maliandi (2006):

Los científicos, demasiado ocupados en sus tareas de investigación y experimentación, demasiado urgidos por los empresarios que financian esas tareas, y, ahora, además, fascinados, maravillados ante las inmensas posibilidades inéditas con que se encuentran, no tienen tiempo, ni tampoco muchas ganas, de ponerse a calcular los riesgos que todo esto implica para la salud y el medio ambiente (pág. 96).

Puedo consecuentemente considerar que un conflicto verdadero podría estar latente y pasar desapercibido por la sociedad aun cuando el resultado de la investigación médica sea lo suficientemente impactante (Rosenbaum, 2015).

En *Reglas para el parque humano*, Sloterdijk nos emplaza de acuerdo a lo ya citado por Quintanas Feixas (Quintanas Feixas, 2009) a plantearnos qué actitud pensamos tomar ante una época aún por venir, pero ya muy cercana, en la que muy probablemente deberemos tomar decisiones en términos de “política de la especie”. Parfraseando a Quintanas Feixas (2009), tanto Bioética como Biopolítica han discurrido desde que se instalaran en nuestra sociedad por dos vías paralelas que no se juntaban, ni en el infinito. Sin embargo, considero que ya es momento de evitar esta dicotomía y generar un juego interdisciplinar de ambas. Esto permitirá la asimilación del acervo de ambas áreas para entender o al menos cuestionar de manera más clara las relaciones de poder que atraviesan los intereses y conflictos dentro de la Ciencia y Tecnología. De igual manera voy a mencionar a Esposito (Esposito, 2006) cuando puntualiza sobre la imbricación de vida y política, en la comunidad. Lo hago, pues acuerdo con Esposito en que el modelo ideal de comunidad biopolítica sería una sociedad étnicamente mixta en la cual los procesos de universalización no pasarían por la identidad, sino por la diferencia.

Esposito (2006) nos invita a reflexionar acerca de las consecuencias de “aplstar” los elementos culturales, políticos y económicos sobre lo puramente biológico. ¿Cómo se puede analizar ese gesto de “aplastamiento” desde una perspectiva ética? ¿Qué consecuencias tendría

esta decisión para el campo de la Bioética? Estas preguntas claramente implican que los saberes que surgen del devenir científico-tecnológico deben fundirse en la multiplicidad de dimensiones que los atraviesan.

Retorno a mi pensamiento diciendo que la vida, el *bios*, es ¿sólo el cuerpo íntegro humano o animal? La referencia al *bios* abre la discusión acerca de si toda vida es política o se puede pensar en formas de vida “desnuda”, desprovista de todo carácter político como plantea, por ejemplo Agamben en *Homo sacer* (William Rojas, 2010). En un caso o en el otro las consecuencias éticas que pueden extraerse serían diferentes o ¿esas placas de cultivo celulares sobre las que ejercemos nuestro poder, también deberían estar atravesadas por estos campos disciplinares y “respetadas por su “seidad” en la comunidad? Tal vez la respuesta sea: No. Sin embargo, solo como ejemplo haré mención como el hombre-científico se apropió de Henrietta Lacks. El linaje celular conocido como HeLa, pertenece a los semivivos derivados de una muestra del cáncer cérvico-uterino de Henrietta, obtenidos en 1951 de aquella persona, quien falleció el 4 de octubre de ese mismo año debido al tumor, tal como nos los cuenta Skoot (Skoot). ¿Sólo un homenaje a esa mujer? Sin embargo, Gey, quien reprodujo estas células, nunca recibió el permiso de la paciente o sus familiares para cultivar esos “semivivos”.

Ya Foucault, habla de un “hacer vivir (hacer morir)” (Lopez, 2016), si bien referido a los cuerpos como fuerza de trabajo. El avance del siglo XXI, y el devenir de la biotecnología, nos ubica en un más allá del cuerpo, en pequeñas partes separadas y manipuladas con el fin de entender el cómo funciona esa maquinaria celular. A pesar de esto, no he podido aun percibir desde los ámbitos académicos-científicos un verdadero decir sobre cómo somos manejados por la industria farmacéutica/biotecnológica -por ejemplo-, y mucho menos declarar que esto es un conflicto que excede a la mera clasificación que el hombre intenta realizar de los mismo, como

interés primario vs interés secundario (Thompson, 1993) (Camí, 1995). Es así como saber y poder, dos aspectos que no se pueden separar de manera arbitraria (Quintanas Feixas, 2009), se ven reflejados en el devenir histórico de nuestra cultura occidental.

Parafraseando a Catts y Zurr (Catts & Zurr, 2006) quienes retoman a Sloterdijk, hay un valor que va más allá de la pura metafísica. En cada parte del todo “hay información”, como tercer valor, creo no solo en lo que él menciona como ejemplos del ordenador o de un gen, sino también en el entramado social complejo en el que el hombre, al igual que el experimento de la abeja está “extendido” hacia la sociedad, tecnología y cultura, no pudiendo en muchas situaciones, según mi entender, escindirse de las influencias del poder instalado y de los intereses de un mundo globalizado. ¿Se puede todo reducir de manera tan radical a la mera interpretación del hombre como un animal técnico, en palabras de Sloterdijk? Esta visión para mí, un poco desalentadora, viene reforzada en el artículo de Castro-Gómez titulado *Sobre el concepto de antropotécnica en Peter Sloterdijk* (Castro-Gómez, 2012), donde el autor menciona que: “Lo que llamamos “cultura” no es otra cosa que el resultado de unas técnicas de distanciamiento frente a la naturaleza” (pág. 67). Aquí, ¿podría tomarme la licencia de expandir el concepto de antropotécnica de Sloterdijk, -claro está sin faltar el respeto a este filósofo- hacia toda intervención que nosotros hacemos en las esferas de las ciencias biológicas y sociales? Tal vez sea un modo de restarle esa estrictez taxonómica de “hombre que se deja operar” y “hombre autooperado” avanzando hacia una apertura que pueda enriquecer el devenir de la interdisciplina de la Bioética y la Biopolítica. Los intereses en la práctica médica y científica son componentes ineludibles del avance biotecnológico, particularmente si tomamos una idea que Galíndez (2013), menciona al decir que “en la recursividad espirítica que llamamos vida, todo se teje junto”. El autor encuadra bajo el término –no menos importante- de *biología filosófica* a la

bioética, biopolítica y biosemiótica. Podría ser quizás este concepto un intento superador hacia la transdisciplina, para evitar lo que él mismo menciona como una debilidad de los campos disciplinares que al ser puestos en tensión no quieren ceder, volviendo a empoderarse siempre de sus lógicas discursivas, sin permitir una mirada biohermenéutica. Puede que esta mirada dé respuestas a mis preguntas de cómo operan los intereses sobre los seres humanos, atravesados por el avasallante progreso de una biotecnología, que hasta parecería “no humanizada”.

No puedo, sin embargo, ser tan simplista en mi análisis, y marcar como dice Galvin (Galvin, 2013) en la introducción de su artículo sobre lo posorgánico, que ya Sibilía (Sibilía, 2005) puntualizaba “asistimos en el mundo actual a una redefinición de la condición humana, mediante el aporte a la biología de las tecnologías digitales, sobre todo informáticas y anexas a las nuevas ciencias de la vida: la biología molecular y la genética”. Si bien me problematizo como los conflictos de interés “secundarios” que pueden subyacer -y que tal vez nunca se visibilicen en su real dimensión-, al accionar de los hombres en las ciencias biomédicas, pueden llegar a ser hegemónicos y afectar la direccionalidad de la investigación, no debo olvidar algo que Galvin (2013) menciona:

“...posibilidad real de superar la pretérita condición humana. Estamos arribando acaso a un punto donde se efectivizará de un modo hasta descarnado la total, absoluta e irreductible autonomía del ser humano, que al entender de este autor “asistimos a la real posibilidad de correr (que tiene el ser humano) sus propios límites en cuanto al nacimiento, la muerte, la relación con los animales, la sexualidad, la reproducción en cuanto a su propia condición orgánica” (pág. 53).

Tal vez sea muy reduccionista mi pensamiento -aquí sesgado por mi formación médica- al enmarcar el conflicto de interés solo en la Medicina. Nunca una mirada más parcial. Intentaré avanzar más allá...Una propuesta interesante es aquella que considera a la Biotecnología como una disciplina de carácter horizontal, tal como la presentan Luján y Moreno (Luján & Moreno,

1994), que excede a los meros aspectos sanitaristas siendo abordada como un fenómeno tecnológico e industrial de gran importancia que requiere planificación, análisis económico y sociológico, evaluación y negociación política (Luján & Moreno, 1994). Es en esta última faceta, donde la comunidad general merece ser partícipe y estar informada. Para que esto pueda darse, debo convertirme en agente de información y formación a nuestra sociedad sobre los alcances de esto que ya se instaló en el debate: “las tecnologías no son creaciones mágicas de los mecanismos del mercado, sino que emergen a través de un tortuoso proceso de invención, promoción, aproximación, negociación e implantación” (pág. 24). Si bien la AMM dice que algunos conflictos de interés son inevitables y la cuestión crucial es como son abordados (2018), ¿los médicos-investigadores son conocedores de esto? Quiero tener una mirada esperanzadora y afirmar de manera contundente que sí. Deseo también, avanzar más allá de lo que AMM nos dice y plantear que si bien el médico-investigador (como generador de nuevos conocimientos) y el médico-docente (como transmisor del saber científico a sus discípulos) deben priorizar el bienestar del probando o del paciente, respectivamente -con una mirada sobre el individuo doliente- deberíamos empezar por expandir el concepto de *derechos*, hacia lo que Leff (Leff, 2001) nos propone al abrir el debate sobre derechos ambientales, culturales y colectivos. Leff refuerza la idea que “los *mundos de vida* del ser comunitario juegan un papel fundamental para comprender el conflicto de interés que se debate en el campo de la ecología política y la política ambiental; que se plantea una reapropiación del mundo que no puede resolverse dentro de la lógica unitaria del mercado o de los códigos jurídicos del derecho privado” (pág. 4). Pretendo además con este planteo, no desdibujar los límites de mi narración, sino más bien deseo reflexionar que cuando un médico-investigador se enfrenta a un paciente o a una cápsula de Petri

con un semivivo, a los que podrá “invadir”, vea en ellos al mundo comunitario del que procede ...¿una colmena o una abeja?

Aquí hare una digresión y aprovecharé este resquicio para mencionar otra duda que tengo: ¿porque aquellos que invocan al bioarte⁶ como una forma de transgresión, no declaran conflictos de interés? Tal vez la respuesta sea más que obvia: es arte...Pero inmediatamente apelo al siguiente pensamiento: se basan en la biotecnología...En la tesis titulada: Bioarte: una estética de la desorganización, su autora, Benítez Valero (Benítez Valero, 2013), nos propone en su conclusión que una “estética de la desorganización toma las potencialidades de la prácticas artísticas para desorganizar el cuerpo, desorganizar los códigos, las narrativas y las taxonomías” (pág. 280). Además, supone la composición de un paisaje fractal en la que será necesario re-pensar-se (Benítez Valero, 2013).

Intento ir más allá y me pregunto ¿cuándo un investigador se sienta frente a un “cultivo de tejidos” y lo ve crecer en su medio, imagina que podría estar frente a una obra de arte en que él es, como dice Matewecki en su texto *Las figuras de espectador en el arte contemporáneo* (Matewecki, 2014), un espectador-protagonista (al establecer el vínculo entre esa suspensión de células y lo que él debe aportarles para la vida). O, tal vez un espectador-intruso (al tener que tomar decisiones sobre la obra); o quizás un espectador-coprodutor (al seguir las instrucciones de un protocolo de la industria biotecnológica/farmacéutica)?

Cada una de las sentencias que escribo entre paréntesis son reflexiones que surgen de ver el trabajo en los laboratorios, de intentar vislumbrar como a veces queda esfumada nuestra

⁶ Bioarte. Es una de las más recientes corrientes desarrolladas por el arte contemporáneo. Tiene la particularidad de asumir a la biotecnología como un medio. Cultivo de tejidos vivos, genética, transformaciones morfológicas y construcciones biomecánicas son algunas de las técnicas utilizadas por los artistas del bio-art, planteando cuestiones éticas y sociales al desarrollo en biotecnología. <https://www.ecured.cu/Bioarte>

percepción de “lo vivo”, por más que sabemos que allí hay materia orgánica altamente estructurada.

Una vez presentadas las diversas aristas de este problema que a mi entender no debería ser direccionado a los intereses sino más bien a un conflicto bioético más abarcativo, en esta última parte me posicionaré en el tema: *como enseñar a la comunidad* esto que es transversal a la práctica médica y que los diversos autores llaman conflicto de interés (Thompson, 1993) (Camí, 1995). Además, intentaré redireccionar esta situación hacia la biotecnología. Creo que empezaría enseñando la *deliberación en bioética* que según algunos autores es la *via regia* para aproximarnos a los problemas y dilemas propios de esta disciplina (García D. , 2001). Sin embargo, acuerdo con Kottow, expositor que va más allá, y expande el discurso de la deliberación resolutoria, planteando que hay situaciones “más problemáticas que dilemáticas” (Kottow, 2011). Este autor incluye en tales áreas de la Bioética a los fundamentos de la investigación biomédica (Kottow, 2011) y aquí me tomo la licencia de agregar el conflicto de interés y a la biotecnológica. En este punto se me hace necesario recapitular un tema de neto corte filosófico y que me ayuda siempre cuando debo argumentar en temas de bioética y que considero debe ser un eje de enseñanza general: como lo estipula Engelhardt o estamos frente a amigos morales, o frente a extraños morales, llegando a conformar la pluralidad de visiones morales (Engelhardt, 1995).

Otro aspecto que debe ser tenido en cuenta cuando uno intenta intervenir enseñando Bioética es lo que se ha dado en denominar *horizontes de significación* que los interlocutores han elaborado a partir de su propia cultura (Kottow, 2011). Debo plantear aquí un aspecto que a mi juicio tendría relevancia social y que debe ser aprendido y enseñado. Kottow propone que quien se aventure en la educación de la Bioética debe tener presente y hasta orientarse hacia una ética

global o una ética local, con las costumbres de nuestros pueblos. Por otra parte avanza y reflexiona:

“La persona llamada a tomar decisiones en (algún) conflicto ¿es un representante de la ley nacional, de una ética de principios y de un código profesional (universalismo)?, ¿o decide aceptar posturas personales y culturales y respetarlas aunque le sean incomprensibles (pluralismo)?” (pág. 271).

Sin embargo, me parece que volvemos al tema de la dicotomía constante que ha “enlutado” nuestros ojos en todo el campo del saber científico mundial, impregnándolo de visiones demasiado antagónicas. Considero que uno debe tener una mirada integradora y tomar de cada una de las visiones los diferentes constructos que nos permitan entendernos como personas humanas (Daros).

Kottow (2011) enseña aspectos de gran relevancia en relación a la enseñanza de la Bioética. El autor menciona: “(la) enseñanza de la bioética debe preocuparse del eje deliberativo formal de la problematización en situaciones donde no se ha solicitado la opinión o la intervención de terceros, ...” (pág. 272). Esta consideración me permite potenciar el rol que los futuros médicos deberían tener frente a toda situación dilemática/problemática de su quehacer profesional, incluidas aquellas en las que se presente un conflicto de interés. Además me posiciona -debido a que estoy en el camino del aprendizaje de esta disciplina- como un agente multiplicador que debe estar en continua opinión frente a todo tipo de cuestión bioética.

Hafferty -como lo presenta Feito Grande- (Feito Grande, 2014) ha insistido en que la facultad, el hospital y, en general, los individuos que trabajan en las instituciones, transmiten determinados valores y actitudes, actuando como una comunidad moral, dentro de la cual hay ciertos presupuestos implícitos que modelan a las personas en formación, socializándolas en un determinado rol. Y, finalmente, voy a rescatar al profesor deliberativo, que trata no solo de

ofrecer información, sino también de analizarla, propiciando el pensamiento creativo, la multiplicidad de perspectivas y el diálogo fructífero y enriquecedor entre sus alumnos.

Rosenbaum (Rosenbaum, 2015) nos menciona que las interacciones entre médicos e industria son muy diversas, sin embargo nos incita a reflexionar sobre la siguiente pregunta: “La pregunta, entonces, es cómo gestionar mejor los conflictos de intereses mientras se preservan las colaboraciones de las que dependen los avances médicos” (pág. 1861). La autora presenta dos casos en los que los conflictos atravesaron a personas:

“No solo cada tipo de interacción tiene un conjunto único de riesgos y beneficios, sino que dentro de cada categoría hay matices”. Creo que, por lo tanto, debemos comenzar por explorar nuestras impresiones generales de las interacciones de la industria, el papel que estas impresiones han desempeñado en la configuración de nuestro enfoque regulatorio y las implicaciones para nuestra capacidad de lograr un equilibrio ideal.” (pág. 1861)

Además Rosenbaum reflexiona:

“Aunque creo que la indignación por el comportamiento de la industria ha dificultado la regulación razonada, no creo que debamos excusar las malas acciones del pasado o eliminar la supervisión. Por el contrario, creo que debemos cambiar la conversación de una dirigida por la indignación hacia una que represente mejor la diversidad de interacciones, las compensaciones concomitantes y nuestra dependencia de la industria para avanzar en la atención del paciente. Sin embargo, antes de poder desarrollar un enfoque razonado, es útil considerar las raíces de las emociones perdurables, algunas de las cuales se encuentran en las historias canónicas de conflicto de intereses y los escándalos de comercialización farmacéutica”. (pág. 1861)

Esta misma autora nos invita a reflexionar sobre una pregunta: ¿las políticas más estrictas de conflicto de interés hubieran impedido la tragedia que afectó a Jesse Gelsinger⁷ Para Rosenbaum es muy difícil responder a esta pregunta. Sin embargo nos instruye al sentenciar que:

⁷ Caso de Jesse Gesinger: 17 de Septiembre de 1999, el joven Jesse Gelsinger, de 18 años de edad, falleció como resultado de su participación voluntaria en un experimento de terapia genética, convirtiéndose así en la primera víctima humana conocida de esta tecnología.

“independientemente de la participación financiera y de la eficacia con la que se administre, el papel del sesgo es imposible de probar; es tan fácil atribuir un mal resultado a un motivo financiero como sugerir que una relación financiera es irrelevante” (pág. 1861).

Me surge la pregunta en cuanto a publicitar fármacos en páginas de revistas de divulgación científica. ¿Los editores médicos cuánto han investigado a cerca de lo que están publicitando? En esto quiero rescatar el caso Vioxx® (Rosenbaum, 2015).

Aunque resultó que Vioxx® también probablemente creó un ambiente más trombogénico, Merck no reconoció esa posibilidad hasta meses después de que se publicara el ensayo Vioxx® Gastrointestinal Outcomes Research (VIGOR) en la revista científica, cuando envió a la FDA más datos que incluían tres eventos no reportados en el artículo. Los autores del artículo habían atribuido la discrepancia (más pequeña reconocida) en el riesgo cardiovascular no a un efecto nocivo de Vioxx®, sino a un efecto cardioprotector del naproxeno. Esto condujo a que se consumiera la droga, con resultados catastróficos. Aquí la primera avalancha de la industria sobre la persona humana tal como lo menciona Rosenbaum (2015): “Todas las drogas presentan riesgos, pero es inconcebible negarles a médicos y pacientes información sobre esos riesgos” (pág. 1862).

Sobre lo precedente puedo mencionar que el comportamiento egregio de una compañía farmacéutica es capaz de empañar la reputación de todos los que están asociados con ella.

En este punto deseo acordar con el psicólogo social Zajonc acerca de que el sentimiento precede a la cognición, en lugar de viceversa. Según nos dice nada es emocionalmente neutral (Zajonc, 1980). Este concepto es importante a la hora de plantear que valores emocionales se imponen en un conflicto de interés de los médicos y de la industria. Si para un médico cuyas interacciones primarias con la industria son del tipo de la comercialización, la naturaleza

beneficiosa de otras relaciones con la misma puede carecer de tracción emocional, como olvidar que cuando es invitado a reclutar pacientes, estos son plausibles de derechos propios de la humanidad que los enviste. Por supuesto, el hecho de que los beneficios de las interacciones industriales a menudo son imperceptibles no excusa las ofensas hacia la persona. Pero el desequilibrio de visibilidad ayuda a explicar por qué nuestra aversión a ciertos comportamientos de la industria colorea profundamente nuestras impresiones generales hacia la misma. Sin embargo, es importante tal como lo presenta Rosenbaum (2015) no confundir casos que dejan lecciones cognitivas con situaciones de conflicto de interés y ejemplos de fraude en la industria. Cada escándalo ofrece lecciones "cognitivas", que a menudo no tienen nada que ver con los conflictos. Tal es el caso que se presentara con anterioridad, el caso Vioxx®, en el que se llegó a asumir que sirvió para una mejor vigilancia poscomercialización. El mayor planteo de nuestro eje de análisis de cómo se valora a la persona desde la perspectiva de médicos e industria, es mi aflicción que de que se puedan conjugar: "industria corrupta" con "médicos corruptibles". Y como argumentó Zajonc, ¿se puede en este contexto separar las lecciones cognitivas de las emocionales? (Zajonc, 1980). Pienso que no y esta lectura se puede traslucir en lo que James Wilson, participante del caso Gelsinger planteó:

Si esas cosas suceden (un mal resultado, la sospecha de error y la aparición de un conflicto financiero), y llaman la atención de la prensa..., los puntos estarán conectados. No importa lo que hagas, los errores se percibirán como hechos a propósito. (Rosenbaum, 2015)

¿Hay acaso en estas palabras una visión aunque sea parcial de que se trataba de una persona la que se sometió -por más voluntaria y autónoma que fuera su decisión- a un estudio de terapia génica?

Sin embargo, Wilson también expresa y aconseja que la investigación no debe nublar el juicio. Pese a este cuestionamiento también debemos ser lo suficientemente claros en reconocer como lo plantea Rosenbaum la importancia de nuestro sentir frente a estas situaciones:

Nuestros sentimientos sobre la codicia y la corrupción impulsan nuestras interpretaciones de las interacciones entre médicos y la industria, las historias resultantes intensifican nuestras impresiones sobre la omnipresencia de ese mal, y cuando ocurre el siguiente mal resultado, somos más rápidos en culpar a los motivos financieros. (Rosenbaum, 2015)

A esto debo añadir que no solo lo financiero es lo que atraviesa esa relación de como valoramos a la persona desde la praxis médica y la industria, ya que también se mezclan intereses de índole afectivo, académicos de poder y saber.

Para cerrar el presente capítulo pretendo rescatar lo que nos dice Cortina (Cortina, 2001) en relación a la humanización de los valores. En esto y acordonando con ella no debo olvidar que existen seres que son en sí mismos valiosos, siendo este el caso de las personas. Son poseedores de lo que se entiende como valor absoluto. Para concluir la autora otorga a la persona los siguientes atributos:

- No son instrumentos
- No se puede fijar para la persona un precio
- Tiene dignidad
- Es digna de respeto

Casi al final de esta Tesis deseo tomar un párrafo que leí en un libro publicado por un estudiante de la Carrera de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba: "...el progreso es siempre una buena excusa para pasar por alto la esencia del bien y el mal. En este caso tal vez la ciencia tenga razón, pero ¿a qué costo? Eso es lo que

deberíamos preguntarnos...” (Erazo, 2018, pág. 52). Así pensaba David, el personaje central de esta historia.

Por último, concluyo esta parte de la reflexión dejando los siguientes interrogantes para dar paso a nuevas y futuras reflexiones:

¿Cuánto nos estamos esforzando por lograr gestionar adecuadamente desde una mirada bioética, nuestros conflictos de interés? ¿Cuánto éxito hemos logrado en este largo camino?

No puede cerrar la reflexión sobre la enseñanza de los conflictos de interés en el grado sin abordar el concepto del profesionalismo.

Bajo una serie de reflexiones es mi intención que eso que puede ser un tanto abstracto y muchas veces intangible como son los conflictos de interés queden enmarcados en ciertas consideraciones del profesionalismo médico. En nuestra profesión tal como lo menciona en su trabajo Morales-Ruiz la formación integral es uno de sus pilares fundamentales (2009). Parfrasenado a Wojtczak (2006) y proyectando hacia el campo de la Bioética, la propia Medicina es un cometido moral y entabla un contrato con la propia sociedad. Es la definición de profesionalismo (Morales-Ruiz, 2009) donde se deben visibilizar los más elevados estándares no solo científicos y humanísticos sino también éticos. En este sentido deseo concluir que frente a tantas posibilidades que pueden vulnerar aspectos ejes de la Medicina que van desde la comercialización de la salud hasta intereses individuales debe enseñarse que como nos lo dice muy atinadamente Rodríguez-Portales (2007): “En Medicina debe afincarse la naturaleza misma de la profesión médica, entendida esta como una forma de vida, asentada en la ética”.

Conclusiones

✓ Los conflictos de interés entre médico e industria farmacéutica amenazan con vulnerar diversas dimensiones en torno a la relación médico-paciente. Por ello resulta necesario analizar la situación desde perspectivas diversas en el campo de la Bioética.

✓ Cuando desde la praxis médica se priorizan intereses secundarios se puede menoscabar la interlocución, los sentimientos, las sensaciones y las emociones anclados en el pensamiento y la voluntad de la persona/paciente.

✓ Para la sociología de Bourdieu tanto el médico como la industria farmacéutica podrían constituirse en campos, es decir espacios de acción e influencia que se articulan a partir de la dimensión económica y social configurando sistemas técnicos.

✓ Si compartimos la mirada de Foucault sobre los conflictos de interés, podemos recapacitar para dar respuestas al qué, quienes, cuándo y por qué de la medicalización en el devenir de la biohistoria ya que la medicalización indefinida ha permitido el desarrollo de nuevas tecnologías de intervención y control.

✓ La enseñanza en el grado de la problemática de los conflictos de interés debiera ser más inclusiva, superadora de la relación médico-industria, diversificando su contenido con otros debates como por ejemplo, el manejo que se hace de células y tejidos humanos, para tomar decisiones en términos de política de la especie.

✓ La asimilación del acervo de la Bioética y la Biopolítica, mediante la adscripción de esta a la deliberación ética eje de la primera y como una forma de gobierno sobre la vida, permitirá entender o al menos cuestionar de manera más clara las relaciones de poder que atraviesan los intereses y conflictos dentro de la Ciencia y Tecnología.

Referencias

- Abrutzky, R., Bramuglia, C., & Godio, C. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina. Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 102-130.
- AMM. (2016). *Declaración de la AMM sobre las consideraciones éticas de las bases de dato de salud y los biobancos*. Obtenido de Declaración de la AMM sobre las consideraciones éticas de las bases de dato de salud y los biobancos.: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-las-consideraciones-eticas-de-las-bases-de-datos-de-salud-y-los-biobancos/>
- AMM. (2018). *Declaración de la AMM sobre conflictos de intereses*. Obtenido de Declaración de la AMM sobre conflictos de intereses.: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-la-amm-sobre-conflictos-de-intereses/>
- Arendt, H. (2009). *La codición humana*. Paidós.
- Avila, M. (2012). El cuerpo como lugar de la utopía. *Estud filos práct hist ideas*, 9-16.
- Ávila-Fuenmayor, F. (2007). El concepto de poder en Michel Foucault. *A Parte Rei. Revista de filosofía.*, 1-16.
- Bacarlett Pérez, M., & Lechuga de la Cruz, A. (2009). Canguilhem y Foucault: de la normatividad a la normalización. *Ludus Vitalis*, 65-85.
- Bekelman, J., Li, Y., & Gross, C. (2003). Scope and impact of financial conflicts of interest in biomedical research. *JAMA*, 454-465.
- Benítez Valero, L. (2013). *Bioarte. Una estética de la desorganización*. Obtenido de Bioarte. Una estética de la desorganización.: <https://www.tdx.cat/handle/10803/129126>
- Boso, J. (2012). Habitus, campo y prácticas del conocimiento. *Argonautas*, 72-79.
- Botticelli, S. (2015). La gubernamentalidad del Estado en Foucault: un problema moderno. *Praxis Filosófica*, 83-106.
- Bourdieu, P. (1994). *El campo científico*. Obtenido de El campo científico: <https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/317/07R1994v1n2.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Bourdieu, P. (1997). 1.Espacio social y espacio simbólico. En P. Bourdieu, *Razones Prácticas sobre las teorías de la acción*. (págs. 11-26). Anagrama.

- Brennan, T., Rothman, D., Blank, L., Blumenthal, D., Chimonas, S., Cohen, J., . . . Smelser, N. (2006). Health industry practices that create conflicts of interest: a policy proposal for academic medical centers. *JAMA*, 429-433.
- Bunge, M. (2014). *La ciencias, su método y su filosofía*. Editorial Sudamericana.
- Bustamante-Zamudio, G. (2016). Sobre el concepto de campo en Bourdieu. *Revista Internacional de Investigación en Educación.*, 49-66.
- C., G.-Q. (2014). Karl Popper y la ética médica. *Rev CONAMED*, 86-88.
- Camí, J. (1995). Conflicto de intereses e investigación clínica. *Med Clin (Barc)*, 174-179.
- Cannellotto, A., & Luchtenberg, E. (2008). *Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Obtenido de Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión : <http://www.observatorio.gov.ar/media/k2/attachments/MedicalizacinZyZSociedad.ZLecturasZCríticasZsobreZunZFenmenoZenZExpansin.ZAoZ2008.-.pdf>
- Castro, E. (2006). Michel Foucault: sujeto e historia. *Tópicos*, 2-13.
- Castro-Gómez, S. (2012). Sobre el concepto de antropotécnica en Peter Sloterdijk. *Rev Estud Soc*, 63-73.
- Catts, O., & Zurr, I. (2006). Hacia una nueva clase de ser-El cuerpo extendido. *artnodes. Revista de intersecciones entre artes, ciencias y tecnología*, 3-12.
- Ceriani Cernadas, J. (2012). La creciente medicalización de la vida: ¿somos los médicos conscientes de los perjuicios que produce? *Arch Argent Pediatr*, 459-461.
- Ciuro Caldani, M. (2017). *Persona humana, filosofía, ética, bioética y derecho*. Obtenido de Persona humana, filosofía, ética, bioética y derecho.: <http://www.salud.gov.ar/dels/entradas/persona-humana-filosofia-etica-bioetica-y-derecho>
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 3-14.
- Cortina, A. (2001). La ciencia del siglo XX: ciencia, política y sociedad. En F. García de Cortázar Ruiz de Aguirre, *El siglo XX : mirando hacia atrás para ver hacia adelante*. (págs. 287-318). FAES Fundación para el Análisis y los Estudios Sociales.
- Council on Ethical and Judicial Affairs, A. (1992). Conflicts of interest. Physician ownership of medical facilities. *JAMA*, 2366-2369.

- Dana, J., & Lowenstein, G. (2003). A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry. *JAMA*, 252-255.
- Daros, W. (s.f.). *La Persona Humana en la Filosofía de A. Rosmini y la cuestión de la autonomía personal*. Obtenido de La Persona Humana en la Filosofía de A. Rosmini y la cuestión de la autonomía personal: <https://williamdaros.files.wordpress.com/2009/08/w-r-daros-la-cuestion-de-la-persona-humana-y-autonomia-rosmini-y-kant.pdf>
- De La Fuente-Rocha, J., & Delgado-Wise, M. (2015). Reflexiones sobre el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico, influidos por el pensamiento del siglo xx. *Pensamiento. Papeles de Filosofía*, 113-136.
- Debray, R. (2001). 1. El tiempo de la transmisión. El ángulo de ataque. En R. Debray, *Introducción a la mediología* (págs. 13-22). Huropc, S.L.
- Deleuze, G. (2006). Post-scriptum sobre las sociedades de control. *Polis Revista Latinoamericana.*, 1-7.
- Díaz, E. (2005). *La filosofía de Michel Foucault*. Buenos Aires: Biblos.
- Engelhardt, T. (1995). *Los fundamentos de la bioética*. Barcelona: Paidós.
- Erazo, B. (2018). *Lobotomía*. Tinta Libre.
- Escobar Triana, J. (2000). Bioética: origen y tendencias. *Revista de la Facultad de Medicina*, 219-223.
- Escobar-Picasso, E., & Escobar-Cosme, A. (2010). Principales corrientes filosóficas en bioética. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 196-203.
- Esposito, R. (2006). *Bíos. Biopolítica y filosofía*. Amorrortu .
- Estrada-Mesa, D., & Espinal-Correa, C. (2014). El cuerpo: entre la negación, la utopía y la instrumentalización. *Curare*, 61-69.
- Feito Grande, L. (2014). Educación en Bioética. En A. d. Clínica, *La Bioética y el arte de elegir* (págs. 146-157). Madrid: Asociación de Bioética Fundamental y Clínica, 2014.
- Foucault, M. (2001). *Defender la sociedad*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Foucault, M. (1999). *Estética, ética y hermeneutica. Obra esenciales, Volumen III*. Barcelona: Paidós.
- Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. Volumen I. La voluntad del saber*. Madrid: Siglo XXI.

- Foucault, M. (2018). La crisis de la medicina o la crisis de la antimedicina. *Revista Cubana de Salud Pública*, Vol. 44, No. 1 .
- Fukuyama, F. (1996). *Trust: The Social Virtues and The Creation of Prosperity*. New York: Free Press Paperbacks.
- Galindez, O. (2013). Biopolítica, bioética y biosemiótica. Tres dimensiones de una misma mirada a través de la biología filosófica. *Ciencias Sociales y Educación* , 143-152.
- Galvin, C. (2013). La condición post-orgánica: tema de encuentro y tensión entre bioética y biopolítica. . *Rev Latinoam. Bioet* , 50-63.
- García Algarra, J. (2012). La reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y su plasmación en modelos. 1-22.
- García, D. (2001). Moral deliberation: The role of methodologies in clinical ethics. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 223-232.
- García, J. (2013). Bioética personalista y bioética principialista. Perspectivas. *Cuadernos de bioética XXIV*, 67-76.
- García-Algarra J. (2002). La reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y su plasmación en modelos arquitectónicos. *Conference Paper.*, 1-22.
- García-Algarra, J. (2012). La reforma carcelaria en el pensamiento ilustrado y su plasmación en modelos arquitectónico. 1-22.
- Gil Claros, G. (2013). El discurso de las ciencias humanas y sociales. *Boletín Virtual*, 59-74.
- González-Qintana, C. (2014). Karl Popper y la ética médica. *Rev CONAMED*, 86-88.
- Gonzales-Quintana, C. (2014). Karl Popper y la ética médica. *Rev CONAMED*, 86-88.
- Grundy, S. (1998). *Product o praxis del curriculum*. Morata.
- Habermas, J. (1968). *Conocimiento e interés*.
- Habermas, J. (1982). *Conocimiento e interés*. Taurus.
- Habermas, J. (2010). El concepto de dignidad humana y la utopía realista de los derechos humanos. *Diánoia*, 3-25.
- Heerlein, A. (2005). Recomendaciones para un control de los conflictos de intereses en medicina. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*, 83-87.
- Jonsen, A., & Siegler, M. (2005). *Ética clínica*. Barcelona: Ariel.

- Kottow, M. (2007). *Participación informada en clínica e investigación biomédica. Las múltiples facetas de la decisión y el consentimiento informado*. Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, UNESCO y Universidad Nacional de Colombia.
- Kottow, M. (2011). Aspectos Didácticos en Bioética Intercultural. *Revista Brasileira de Educacao Médica*, 268-274.
- Kottow, M. (2013). Pierre Bourdieu: sociología reflexiva para salud pública y su bioética. *Nuevos folios de bioética*, 5-21.
- Krimsky, S. (2003). Small gifts, conflicts of interest, and the zero-tolerance threshold in medicine. *The American Journal of Bioethics.*, 50-52.
- La Rosa Rodríguez, E. (2011). Los conflictos de intereses. *Acta Bioethica*, 47-54.
- Lama T, A. (2006). Conflictos de intereses: Una propuesta académica. *Rev Méd Chile*, 800.
- Lama, T. (2003). El médico y los conflictos de intereses. *Rev Méd Chile* , 1464-1468.
- Leff, E. (2001). *Los Derechos del Ser Colectivo y la Reapropiación Social de la Naturaleza*. Obtenido de Los Derechos del Ser Colectivo y la Reapropiación Social de la Naturaleza.: https://www.researchgate.net/profile/Enrique_Leff/publication/294427869_Los_Derechos_del_Ser_Colectivo_y_la_Reapropiacion_Social_de_la_Naturaleza/links/56c0d6fc08ae55cacf66823/Los-Derechos-del-Ser-Colectivo-y-la-Reapropiacion-Social-de-la-Naturaleza.pdf?
- Lopez, C. (2016). "Hacer vivir, dejar morir" en la era de la gubernamentalidad. Acerca de la actualidad y de los alcances del enfoque foucaultiano de la biopolítica. *Revista de Filosofía*, 123-137.
- Luján, J., & Moreno, L. (1994). Biotecnología y Sociedad: Conflicto, Desarrollo y Regulación. *Arbor*, 9-47.
- Luna, F. (1998). *Reflexiones sobre los casos y la casuística en bioética*. Obtenido de Reflexiones sobre los casos y la casuística en bioética.: https://www.palermo.edu/derecho/publicaciones/pdfs/revista_juridica/n3N2-October1998/032Juridica09.pdf
- Maliandi, R. (2006). *Ética: dilemas y convergencias*. Buenos Aires: Biblos.
- Marcuse, H. (1968). *Ensayo sobre política y cultura*. Planeta Agostini.
- Marcuse, H. (1986). *Ensayos sobre política y cultura*. Barcelona: Planeta- Agostini.

- Márquez, S., & Meneu, R. (2003). La medicalización de la vida y sus protagonistas. *Gestión clínica y Sanitaria.*, 47-53.
- Mateo, N., & Antonucci, M. (6 al 8 de Noviembre de 2013). <https://www.aacademica.org/000-076/55>. Obtenido de <https://www.aacademica.org/000-076/55>: <https://www.aacademica.org/000-076/55>
- Matewecki, N. (2014). Las figuras de espectador en el arte contemporáneo. El caso del bioarte. *Boletín de Arte* , 40-48.
- Messick, D., & Sentis, K. (1979). Fairness and preference. *J Exp Soc Psychol* , 418-434.
- Michellini, D., & Romero, E. (2011). Persona humana y dignidad. Una perspectiva ético-discursiva. *Rev. Filosofía Univ. Costa Rica.*, 141-153.
- Morales-Ruiz, J. (2009). Formación integral y profesionalismo médicos: una propuesta de trabajo en el aula. . *Educ Med*, 73-82.
- Moreno, H. (2006). Bourdieu, Foucault y el poder. *Iberoforum. Revista de Ciencias Sociales de la Universidad Iberoamericana*, 1-14.
- Moynihan, R. (2003). Who pays for the pizza? Redefining the relationships between doctors and drug companies. *BMJ*, 1189-1196.
- Olivé L, P. T. (2011). *Temas de ética y epistemología de la ciencia. Diálogos entre un filósofo y un científico*. Fondo de Cultura Económica.
- Olivé, L. (2005). La cultura científica y tecnológica en el tránsito a la sociedad del conocimiento. *Revista de la Educación Superior*, 49-63.
- Olivé, L. (2013). La Estructura de las Revoluciones Científicas: cincuenta años. *Revista Iberoamericana de Ciencias, Tecnología y Sociedad*, 133-151.
- OPS. (1976). *Educación médica y salud*.
- OPS. (1977). *Educación Médica y Salud*.
- Ortiz Pommier, A. (2009). Gestión Clínica y conflicto de intereses. . *Acta bioeth*, 157-164.
- Orueta Sánchez R, S. R. (2011). Medicalización de la vida. *Rev Clín Med Fam*, 150-161.
- Ostachuk, A. (2015). La vida como actividad normativa y auto-realización: debate en torno al concepto de normatividad biológica en Goldstein y Canguilhem. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos, Rio de Janeiro*, 1999-1214.

- Pardell, H. (2006). Esponsorización comercial de la formación médica continuada y conflicto de intereses. *Med Clin (Barc)*, 222-226.
- Pérez Serrano, G. (24 de Octubre de 2014). *Desafíos de la investigación cualitativa*. . Obtenido de Desafíos de la investigación cualitativa. : http://www.academia.edu/6457324/DESAF%C3%8DOS_DE_LA_INVESTIGACI%C3%93N_CUALITATIVA
- Pfeiffer, M. (2009). Conflicto de intereses. En S. Cecchetto, M. Pfeiffer, & A. Estévez, *Peligro y riesgos en las investigaciones*. (págs. 93-114). Buenos Aires: Antropofagia.
- Polo Santillán, M. (2004). Bioética y persona Peter Singer. . *Escritura y Pensamiento*. , 61-78.
- Popper, K. (1944). *Conocimiento objetivo. Un enfoque evolutivo*. Madrid: Tecnos.
- Popper, K. (1978). Miseria del historicismo. En K. Popper, *Miseria del historicismo*. (pág. 170). Madrid: Alianza.
- Popper, K. (1991). *Conjeturas y Refutaciones. El desarrollo del conocimiento científico*. Barcelona: Paidós.
- Prada Marquez, B. I. (1994). Ensayos en torno al pensamiento de Karl Popper. En B. I. Prada Marquez, *Ensayos en torno al pensamiento de Karl Popper* (pág. 24). Universidad Industrial de Santander.
- Principio de las tres erres en la experimentación animal*. (s.f.). Obtenido de Principio de las tres erres en la experimentación animal: http://ec.europa.eu/health/scientific_committees/opinions_layman/es/primates-no-humanos/glosario/pqrs/principio-tres-erres.htm
- Quintanas Feixas, A. (2009). Bioética, Biopolítica y Antropotécnicas. *Agóra- Papeles de Filosofía*, 157-168.
- Rodríguez Zoya, P. (2010). La medicalización como estrategia biopolítica. *A Parte Rei. Revista de Filosofía*, 1-27.
- Rodríguez-Portales, J. (2007). Profesionalismo y educación Médica. *Ars Médica*, <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/144/84>.
- Rogers, W., Mansfield, P., Braunack-Mayer, J., & Jureidini, J. (2004). The ethics of pharmaceutical industry relationships with medical students. *Med J Aust* , 411-414.
- Rose. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.

- Rose, N. (2012). *Políticas de la vida. Biomedicina, poder y subjetividad en el siglo XXI*. UNIPE: Editorial Universitaria.
- Rosenbaum, L. (2015). Reconnecting the Dots — Reinterpreting Industry–Physician Relations. *N Engl J Med*, 1860-1864.
- Rothman, K. (1993). Conflict of interest. The new McCarthyism in science. . *JAMA*, 2782-2784.
- Ruiz, R. (2007). Una mirada a la ética. Ética médica y conflictos de intereses. *Fuente Psiquiatria Com* , 34-37.
- Seijo, C. (2009). Los valores desde las principales teorías axiológicas: Cualidades apriorísticas e independientes de las cosas y los actos humanos. *Economía.*, 145-160.
- Sen, A. (1998). Capital humano y capacidad humana. *Cuadernos de economía.*, 67-72.
- Sgreccia, E. (2013). Persona Humana y personalismo. *Cuadernos de Bioética XXIV.*, 115-123.
- Sibilia, P. (2005). V. Biopoder. En P. Sibilia, *El hombre postorgánico. Cuerpo, subjetividad, tecnología digitales*. (págs. 97-111). Titivillus.
- Skoot, R. (s.f.). *The Immortal Life Of Henrietta Lacks*. Obtenido de The Immortal Life Of Henrietta Lacks.: <http://www.eaton.k12.oh.us>
- Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud Colectiva, Buenos Aires.*, 275-293.
- Thompson, D. (1993). Understanding financial conflicts of interest. *N Engl J Med* , 573-576.
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Obtenido de Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- UNESCO. (2005). *Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos*. Obtenido de Declaración universal sobre Bioética y Derechos Humanos.: http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
- Vargas Chávez, M., & Cortes Villarreal, G. (2010). Una reflexión sobre valores y principios bioéticos en la práctica de Enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* , 43-45.
- Wazana, A. (2000). Physicians and the pharmaceutical industry, is a gift ever just a gift?. . *JAMA*, 373-380.

William Rojas, V. (Enero-Junio de 2010). *Cuadernos de Ciencias Jurídicas y Política Internacional*. Obtenido de Cuadernos de Ciencias Jurídicas y Política Internacional:
<https://revistas.usb.edu.co/index.php/criterios/article/viewFile/1931/1674>

Wojtczak, A. (2006). Profesionalismo médico: una problemática global. *Educ Med* , 144-145.

Zajonc, R. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 151-175.