

INJUSTICIAS EPISTÉMICAS Y PRÁCTICA MÉDICA

Epistemic Injustice and Medical Practice

Adriana Murguía Lores, UNAM, México

Correo electrónico: amurlores@gmail.com

Recepción: 16/5/2019

Aceptación: 7/11/2019

Resumen. La obra de Miranda Fricker se ha convertido en el curso de dos décadas en una referencia ineludible en la epistemología social analítica para el análisis de cómo incide el poder en las relaciones epistémicas entre agentes socialmente situados. El objetivo de este trabajo es analizar las condiciones que favorecen la comisión de injusticias testimoniales en la consulta médica y argumentar que el naturalismo adoptado por Fricker requiere robustecerse con aportaciones conceptuales y empíricas de las ciencias sociales, que han analizado dimensiones cruciales para comprender por qué la práctica médica en las sociedades contemporáneas es tan propicia a que se cometan injusticias epistémicas sistemáticas que ahondan las condiciones de vulnerabilidad en que se encuentran las personas que enfrentan condiciones médicas.

Palabras clave: Injusticias epistémicas, testimonio, consulta médica, instituciones, tecnología médica

Abstract. Miranda Fricker's work has become an unavoidable reference in analytic social epistemology for the analysis of how social power influences epistemic relations among socially situated agents. The aim of this paper is to analyze the conditions that favor the systematic occurrence of testimonial injustices in medical practice and to argue that Fricker's naturalism needs robust socio-scientific conceptual and empirical tools in order to understand dimensions central to the medical consultation in contemporary societies that deepen the conditions of vulnerability patients find themselves in this situations, dimensions that are not addressed in her work.

Keywords: Epistemic injustice, testimony, medical consult, institutions, medical technology

Introducción

La obra que Miranda Fricker comenzó a publicar en las últimas décadas del siglo pasado abrió una vía en la epistemología social analítica que ha resultado muy fructífera: la reflexión sobre cómo la relación entre las identidades sociales y el poder inciden en las formas en que los individuos y las sociedades producen, comparten y justifican el conocimiento. Este ámbito problemático, que en tradiciones como la marxista y la epistemología feminista ocupan un lugar central, en su trabajo se analiza, a diferencia de estas últimas, manteniendo siempre la distinción entre el poder y la razón, porque a su juicio la confluencia que convierte a la verdad y la razón en funciones del poder conduce a una reducción tan indeseable como la otra cara de la moneda, consistente en ignorar las dimensiones de poder involucradas en los procesos vinculados con la producción de conocimiento, considerándolas irrelevantes para la epistemología.¹

Sus reflexiones encaran problemas en los que convergen la epistemología, la ética y procesos sociopolíticos, por tanto, su trabajo abreva de discusiones tanto de la epistemología social como de la epistemología de la virtud, la ética y de la filosofía política. La suya, afirma la autora, es una posición que se podría caracterizar como un naturalismo humeano, porque aborda prácticas epistémicas tal y como éstas se producen en contextos sociales reales, y sobre esta base parte su análisis filosófico.²

El objetivo central de su obra, afirma la autora, es desarrollar una concepción completamente socializada de los sujetos epistémicos, y vuelca su atención a las prácticas que dan lugar a relaciones epistémicas injustas, dada su presencia ubicua en la sociedad. En su libro de 2007 *Epistemic Injustice. Power and the Ethics of Knowing*, Fricker distinguió dos clases de esta clase de injusticias: las testimoniales y las hermenéuticas. Las primeras refieren a intercambios que suponen la interacción, y las segundas al nivel estructural de los procesos de significación social.

La clase de injusticia a la que Fricker dedicó mayor atención en esta obra fue a la testimonial, es decir, aquella que se produce cuando un prejuicio conduce a un oyente a otorgar un nivel injusto de credibilidad al conocimiento de un hablante. Este desnivel

¹ Miranda Fricker, "Rational Authority and Social Power: Towards a Truly Social Epistemology", *Proceedings of the Aristotelian Society*, vol. 98 (1998): 159-177.

² Susan Dieleman, "An Interview with Miranda Fricker", *Social Epistemology*, vol. 26 núm. 2: 253-261. Recuperado de DOI: 10.1080/02691728.2011.652216.

puede ser deflacionario, con la consecuencia de que se niega la capacidad del hablante en su calidad de sujeto epistémico, y es el más común. Las injusticias que resultan de esta adjudicación causan daños a quienes las sufren tanto en su calidad de sujetos de conocimiento, como perjuicios relacionados con su vida práctica que los colocan en muy diversas situaciones de vulnerabilidad. A juicio de la autora también puede ser el caso, aunque este sería mucho más infrecuente, de que se otorgue una credibilidad mayor de la que un hablante amerita y esto devenga en una injusticia si la consecuencia es la concesión de una autoridad epistémica inmerecida. De manera que las injusticias testimoniales, ya sea por déficit o por exceso, se producen, a decir de Fricker, en la economía de la credibilidad.

En lo que sigue me voy a referir a esta clase de injusticias en el contexto de la interacción entre el médico y el paciente en la consulta. Mi objetivo es argumentar que en esta relación, omnipresente en las sociedades contemporáneas, se producen injusticias testimoniales que tienen causas muy distintas a las analizadas en la obra de Fricker. La autora argumenta que la clase de prejuicios involucrados en la comisión sistemática de injusticias epistémicas son los identitarios. Aunque reconoce que no son éstos la única causa de dichas faltas, su análisis de las injusticias testimoniales se centra en ellos, en la medida en que en la sociedad operan dichos prejuicios (como los relacionados con el género, la clase, el color de la piel) que *siguen* a los agentes individuales o colectivos a contextos diversos y se convierten, por tanto, en fuente de injusticias persistentes. En estos casos, el daño que dichas injusticias producen puede ser muy profundo, y afectar la psicología, la identidad y la vida práctica de las personas y los grupos en ámbitos muy diversos (como el laboral, el legal, el de la participación política, por ejemplo) y devenir en vulnerabilidades estructurales para quienes las sufren.

Fricker afirma que el obstáculo que estos fenómenos imponen a una justa evaluación de los sujetos de conocimiento es que involucran la interacción entre identidades sociales que se construyen siempre mediadas por relaciones de poder, y categorizaciones sociales que adoptan la forma de estereotipos, es decir, mecanismos cognitivos que operan a nivel subdoxástico, heurísticas que permiten reducir la complejidad que implican la evaluación de probabilidades y la predicción de valores en nuestros juicios y que contienen dimensiones evaluativas y afectivas.

La autora define un prejuicio identitario negativo como

A widely held disparaging association between a social group and one or more attributes, where this association embodies a generalization that displays some (typically, epistemically culpable) resistance to counter-evidence owing to an ethically bad affective investment.³

El diagnóstico de Fricker es, sin lugar a dudas, correcto: los prejuicios identitarios vinculados a estereotipos negativos son fuente de injusticias persistentes y sistemáticas. Sin embargo, el argumento que voy a desarrollar es que en el intercambio testimonial que se produce en la consulta médica ocurren injusticias sistemáticas, pero que las causas no se encuentran primordialmente en los mecanismos que analiza la autora. Mi objetivo es mostrar que la causa fundamental de la ocurrencia de esta clase de injusticias en la relación médico-paciente se encuentra en la historia institucional y sociotécnica de la medicina y en la concepción de conocimiento a la que este desarrollo ha dado lugar, por lo que analizarlas en términos de la interacción entre los participantes, sus identidades, así como afirmar, como hace la autora, que la posibilidad de evitarlas y/o corregirlas se encuentra en el ejercicio de una virtud (ya sea individual o institucional) obstaculiza un análisis adecuado tanto de cómo se producen, como de cómo pueden limitarse. Por supuesto no pretendo negar que en la interacción médico-paciente puedan operar prejuicios identitarios, pero los mecanismos involucrados en la ocurrencia sistemática de injusticias testimoniales en la práctica clínica se encuentran en otros procesos, y, por tanto, su comprensión requiere de la consideración de dimensiones distintas.

En este momento, resulta importante señalar que actualmente Fricker dirige un proyecto titulado *Towards Professional Epistemic Justice: Finance and Medicine*, que cuenta con el apoyo del Consejo Holandés de Investigación y la Universidad de Sheffield. Aunque la información accesible sobre éste es todavía muy poca, en la página del Centro de Humanidades Médicas de la universidad se afirma que el objetivo del proyecto es investigar “*the ways in which certain unwitting biases can affect the credibility that patients receive and their ability to communicate their experiences*”, así como que entre sus propósitos está desarrollar medios que permitan ejercer una

³ Miranda Fricker, *Epistemic Injustice: Power & the Ethics of Knowing* (Oxford: Oxford University Press, 2007), 35.

“*professional virtue of epistemic justice*”.⁴ Es decir, se sigue la línea de investigar los mecanismos psicológicos expuestos en la obra de 2007 a los que me he referido para abordar las injusticias que se producen en el ejercicio profesional de la medicina, así como la afirmación de que su corrección se encuentra en el ejercicio de una virtud.

Ahora bien, para hacerle justicia a la autora, también habría que decir que ella ha reconocido en intercambios con comentaristas y críticos de su propuesta que las injusticias testimoniales no constituyen fenómenos exclusivamente transaccionales, del intercambio entre un oyente y un hablante, y sostiene que debe considerárselas también fenómenos estructurales. En ese sentido, en una entrevista publicada en 2012, afirma:

By the end of the book I try to indicate that the solutions to these problems will not be only ethical but political. That is, they must involve structural social change...rather than merely individual change...it became obvious to me that some of the most important cases, certainly of testimonial injustice, concern the agency of institutional bodies.⁵

Sin embargo, a mi juicio Fricker sostiene nociones problemáticas de que implica esto, debido a sus concepciones poco adecuadas sobre fenómenos y procesos sociales como la autoridad, el poder, así como de las relaciones entre agentes e instituciones. En ese sentido, mi objetivo es mostrar que el naturalismo humeano adoptado por Fricker requiere enriquecerse con elaboraciones de ontología social y de ciencias sociales empíricas más robustas para lograr su meta de desarrollar una concepción completamente socializada de los sujetos epistémicos. Por eso es que para el desarrollo de mi argumento incorporo elaboraciones de la sociología médica y la ciencia política para analizar el intercambio testimonial que se produce en la consulta médica.

⁴ Annamaria Carusi, “Epistemic injustice and medicine”, *Medical Humanities at the University of Sheffield* [sitio web] (Publicado el 4 de abril de 2016). Recuperado de mhs.group.shef.ac.uk/epistemic-injustice-medicine/

⁵ Dieleman, “An interview with...”, 253-261.

Sobre la relación médico-paciente

En la práctica clínica interactúan dos roles sociales que conllevan expectativas muy establecidas sobre el conocimiento de los involucrados. Digo roles y no identidades porque estos son términos que refieren a dimensiones distintas de los agentes sociales.

Efectivamente, la identidad, como afirma Fricker, *sigue* a sus portadores a muy diferentes contextos. Los roles en cambio no lo hacen necesariamente. Una sólo es paciente cuando se enferma o acude al médico. Únicamente en casos de enfermedades crónicas puede la enfermedad convertirse en parte importante de la identidad de un individuo o grupo (por ejemplo, en el caso tan frecuente hoy en día de individuos que forman grupos que se constituyen como tales precisamente porque sus miembros comparten alguna condición médica).

Por otro lado, el médico —en su calidad de experto— personifica un rol que le confiere a sus dichos altas cuotas de autoridad y confiabilidad. Pero la autoridad de la profesión médica no se limita a los contextos específicos en los que éstos ejercen su función. La medicina es, sin lugar a dudas, uno de los saberes más influyentes de la sociedad actual; un saber que está ampliamente desinstitucionalizado, en el sentido de que circula en muy diversos ámbitos y medios, modificando creencias, actitudes y comportamientos de individuos y grupos sin que necesariamente medie una interacción con un médico en lo particular, y cuya influencia se deja sentir en ámbitos de la vida cada vez más diversos.

En las ciencias sociales, en la década de 1970, se acuñó el término medicalización para dar cuenta de los procesos mediante los que la jurisdicción de la medicina se ha expandido continuamente, convirtiéndola en un potente motor de cambio y control social. En ese sentido, el médico personifica uno de los sistemas expertos más influyentes en la actualidad.⁶

Siendo así, desentrañar las formas en las que se ejerce la creciente autoridad de la medicina y se cometen injusticias epistémicas sistemáticas en este sistema experto requiere, tal como afirma Fricker, tanto del análisis filosófico que propone, como de una adecuada comprensión de las dimensiones sociales involucradas en el ejercicio de esta

⁶ Adriana Murguía *et al.* “El estudio de los procesos de medicalización en América Latina”, *Manguinhos. História, Ciências, Saúde*, vol. 23, núm. 3 (2016). Recuperado de DOI: 10.1590/S01104-59702016005000009

profesión. Sin embargo, a mi juicio estas últimas no son adecuadamente tratadas por la autora, dado su escaso acercamiento a las ciencias sociales. Me voy a centrar en dos que atañen a la relación médico paciente en la consulta y a una más que no está presente en sus elaboraciones, pero que juega un papel central para comprender cómo se desenvuelve hoy en día dicha interacción:

1. La falta de una adecuada consideración del contexto institucional en el que se desarrolla el intercambio testimonial entre médicos y pacientes.
2. La indistinción en su trabajo entre poder, autoridad e influencia.
3. Finalmente, una dimensión que no está contemplada en un trabajo filosófico como el suyo, pero que a mi juicio es indispensable considerar para adentrarse en por qué se producen injusticias recurrentes en la práctica clínica, más allá de las intenciones de los individuos involucrados: el desarrollo sociotécnico de la medicina.

El ejercicio de la profesión médica: instituciones e injusticias epistémicas

En la consulta se produce una relación social inherentemente desigual. Por un lado, un experto certificado que cuenta con altas cuotas de autoridad epistémica, por el otro, una persona cuya dolencia, la razón que la lleva a la consulta, la coloca en una situación no sólo de dependencia epistémica, sino de vulnerabilidad.

Esto en sí mismo no tendría por qué dar lugar a injusticias. La dependencia epistémica es un hecho irreductible aun de las sociedades más sencillas. En su libro, Fricker retoma de Bernard Williams el recurso de imaginar un Estado de Naturaleza —es decir, una sociedad de organización mínima— para reflexionar sobre sus necesidades básicas. En este caso, las necesidades epistémicas imprescindibles. La conclusión de Williams es que para ser viable una sociedad requiere: 1) poseer un acervo de verdades que posibiliten su supervivencia; 2) requiere también de prácticas epistémicas que permitan la conservación y circulación y de dichas verdades, así como 3) la disposición de los individuos a estabilizar relaciones de confianza que permitan compartirlas.

Siendo así, confiar en el testimonio de otros constituye una necesidad epistémica básica de toda sociedad, una fuente primaria de conocimiento comparable a la percepción, la memoria y la razón. En el caso ya no de sociedades mínimas, sino de las

complejas sociedades contemporáneas caracterizadas por una vastísima división del trabajo cognitivo y amplios acervos de conocimiento esotérico, la confianza en el testimonio de muy diferentes clases de expertos es no sólo racional, sino obligada.

La sociología médica ha analizado cómo en términos de la institucionalización de la medicina, esta dependencia epistémica ha dado lugar a una muy estricta jerarquización:

social organization of health care... has come to be organized in terms of an asymmetrical hierarchy with respect to the functions of this particular system, of which the two polar aspects are the role of the physician as the highest grade of publicly certified expert in health care and the role of sick person independent of the latter status in other respects.⁷

Paralelamente, y como resultado de las responsabilidades que se han atribuido socialmente a los médicos, una de las expectativas centrales respecto de ejercicio de su rol es que actúen siempre en el mejor interés del paciente, es decir, que honren la obligación fiduciaria derivada de su competencia epistémica y del lugar que ocupan en las instituciones médicas, y sea posible así mantener los estándares de cuidado y la autonomía del paciente con el fin de que se alcancen una terapéutica adecuada y un trato justo.

Sin embargo, es un hecho ampliamente documentado que la comisión de toda clase de injusticias en esta institución es ubicua. Tratándose de injusticias epistémicas, la desestimación del testimonio de los pacientes constituye una práctica cotidiana en la consulta. En la conferencia que dictó en el Centro de Humanidades Médicas de la Universidad de Sheffield en marzo de 2015 titulada *Epistemic Justice and the Medical Expert*, Fricker abordó este problema.⁸ En esa ocasión la autora recurrió a tres ejemplos:

1. El conocido caso de Ignaz Semmelweis y la fiebre puerperal.⁹

⁷ Talcott Parsons, "The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered", *Health and Society*, vol. 5 núm. 3 (1975): 266.

⁸ Dicha conferencia constituyó la semilla del proyecto que se desarrolla actualmente.

⁹ Semmelweis fue un obstetra de origen húngaro que mediando el siglo XIX trabajó en un hospital vienés en el que el índice de mortandad por fiebre puerperal de mujeres parturientas era muy alto. Después de conducir una minuciosa investigación, concluyó, en contra de las teorías miasmáticas de la época, que las mujeres eran infectadas al ser examinadas por médicos que las atendían después de realizar prácticas con cadáveres. Sus conclusiones fueron rechazadas por las autoridades hospitalarias y Semmelweis perdió su trabajo.

2. Un caso en el que una paciente, con una condición mental, hizo una afirmación cierta que fue desacreditada porque el médico infirió que formaba parte de otras que sabía no lo eran, lo que causó un déficit en la credibilidad que el tratante otorgó a la paciente y a un consecuente trato coercitivo.
3. Los múltiples casos en los que pacientes hacen preguntas que no son tomadas en cuenta por los médicos.

El primer ejemplo refiere a una relación entre pares. Las causas que destacó Fricker para comprender por qué no se le otorgó a Semmelweis credibilidad a sus argumentos, a pesar de la robusta evidencia que los respaldaba fueron el paradigma explicativo de la enfermedad que imperaba en el siglo XIX, y, de manera igualmente importante, la afrenta que significaba para el *establishment* médico vienes afirmar que eran ellos la causa de las infecciones y, por tanto, de la muerte de las mujeres.

Este episodio de la historia de la medicina ilustra un problema de adscripción de autoridad *entre expertos*, así como la defensa, contra la evidencia, de los intereses corporativos de un grupo, y constituye un caso muy distinto al de la relación entre expertos y legos, en decir, a la relación entre médico y paciente que ilustran los otros dos casos.¹⁰

Refiriéndose a ellos, Fricker afirma que los médicos enfrentan un predicamento: la obligación de balancear lo que llama su perspectiva evidencial, es decir, considerar todo como un síntoma sujeto a su interpretación experta y la confiabilidad que deben otorgar al testimonio del paciente. Este balance se debe alcanzar, además, bajo presiones de tiempo, estrés y de la responsabilidad del cuidado. No alcanzarlo puede conducir a los médicos, afirma la autora, a reducir a los pacientes a una fuente de evidencia, objetificándolos, o bien a no asumir responsabilidad por sus juicios. Lograrlo, en cambio, conduciría a una virtuosa justicia epistémica.

Hasta aquí los puntos que resaltó Fricker en esa ocasión. De ellos me interesa resaltar dos problemas:

1. En los casos a los que recurrió en esa ocasión Fricker para desarrollar sus argumentos, no queda claro que el déficit de credibilidad que sufrieron los

¹⁰ Alvin I. Goldman, "Experts: Which Ones Should You Trust?", *Philosophy and Phenomenological Research*, vol. LXXX, núm. 1 (2001): 85-110.

pacientes se debiera a un prejuicio identitario. El segundo caso es uno muy problemático, en el que una afirmación verdadera se hizo en el contexto de otras que no lo eran. El tercero, referente a la desestimación de las preguntas de los pacientes, se entiende mejor, como pretendo mostrar, no por la presencia de un prejuicio identitario,¹¹ sino por el contexto institucional y el desarrollo sociotécnico de la medicina.

2. El único constreñimiento institucional al que se refirió la autora como obstáculo para la adecuada escucha de los pacientes fue el tiempo. Lo demás parece quedar en las manos del médico: es éste quien, mediante el ejercicio de la virtud de la justicia epistémica, debiera alcanzar el balance entre su perspectiva evidencial y la evaluación justa de los testimonios de los pacientes para alcanzar el fin del cuidado responsable y apropiado del paciente.

Para entender por qué la práctica médica es tan propicia a que se cometan injusticias testimoniales se requiere ir más allá. No es únicamente la disposición del médico a la escucha lo que entra en operación, aunque, por supuesto, esta dimensión tiene siempre un lugar. Lo que hace falta en el análisis de Fricker es una consideración adecuada de los procesos institucionales involucrados en la relación médico-paciente.

A este respecto, la primera cuestión que habría que abordar es la dinámica entre las instituciones médicas, los agentes involucrados en la adjudicación de autoridad epistémica de sus miembros y los lugares en los que se originan las normas que guían esta práctica.

En relación con esta dimensión Fricker sigue en su libro el argumento de Edward Craig sobre la necesidad social de reconocer a los potenciales buenos informantes mediante *indicator properties*. Sin embargo, la consideración de la dimensión institucional que adquieren dichos indicadores en las sociedades contemporáneas es por demás insuficiente. La autora se limita a afirmar que “*In the State of Nature, indicator properties will naturally be fewer and simpler than indicators of authority might be in any actual, more institutionalized society*”.¹²

¹¹ Sobre todo, si se mantiene la distinción entre rol e identidad. Como sostengo, en la mayoría de los casos, la del paciente no es una identidad social, sino un rol.

¹² Fricker, *Epistemic Injustice...*, 115.

Como afirma Parsons en su análisis sociológico pionero sobre el rol del médico, habría que reconocer que la autoridad epistémica de la que gozan éstos en las sociedades contemporáneas es resultado de los complejos procesos sociales que dieron lugar a las profesiones modernas. A diferencia de otras ocupaciones —incluidas otras relacionadas con el tratamiento de los procesos de salud/enfermedad— la profesión médica se caracteriza no sólo por sus acervos de conocimiento experto, sino de manera igualmente importante, por la formación de sus miembros en universidades; por el establecimiento de asociaciones que regulan las acreditaciones y licencias para su ejercicio; por el desarrollo de códigos éticos, y sobre todo, por su relación con el Estado. Desde el siglo XIX, esta relación permitió a los médicos alópatas subalternizar otros saberes y convertirse en la práctica reconocida y amparada por los nacientes estados modernos. En ese sentido, es que John Chamberlain, en su sociología de la regulación médica afirma que “*the operation of medicine... is very much bound up with the broader governance of society at large. In a very real sense to the patient seeking health care the medical profession is the state*”.¹³

Si bien el desarrollo al amparo del Estado ha permitido a la biomedicina adquirir el monopolio legal sobre el tratamiento de las enfermedades y a los médicos el control sobre *el contenido de su trabajo* —es decir, sobre el diagnóstico y la terapéutica—, paralelamente, ha devenido en que *los términos de su trabajo* —es decir, los arreglos institucionales y normativos bajo las que se desarrolla— no estén en sus manos.¹⁴

De manera que tratándose de las profesiones contemporáneas en general y la medicina en particular, la evaluación más importante de los expertos —aquella que certifica en las sociedades complejas que se trata de buenos informantes— se hace vía la participación de metaexpertos que autentifican la competencia de quienes poseen las capacidades cognitivas especializadas en un dominio y los autorizan a desempeñar las habilidades que hacen parte de ellas.¹⁵ Estas autorizaciones se hacen vía el Estado, y en el caso de la medicina, además, dado que el cuidado de la salud se ha considerado desde su consolidación una de sus funciones, en prácticamente la totalidad de los estados

¹³ John Chamberlain, *The Sociology of Medical Regulation* (New York: Springer, 2013), 3.

¹⁴ Bernice Pescosolido, “Theories and the Rise and Fall of the Medical Profession”, en *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*, ed. William C. Cockerham (Dordrecht, Springer: 2013).

¹⁵ Goldman, “Experts: Which Ones...”, 85-110.

contemporáneos se han desarrollado sistemas de salud, complejos institucionales en los que la comisión de injusticias es sistemática, y en los que el control de las normas, estándares y constricciones para la práctica no se encuentra en manos de los médicos.

A este respecto, y a pesar de que el objetivo de Fricker es desarrollar una concepción de los sujetos de conocimiento en sus prácticas siempre socialmente contextualizadas, su trabajo carece de reflexiones robustas sobre las instituciones. Su libro no las hace, y hasta donde tengo noticia, su análisis más detenido de éstas se encuentra en el artículo *Can there be institutional virtues?*, en el que, como indica el título, para analizar la existencia de virtudes institucionales (a las que la autora atribuye la posibilidad de impedir y/o corregir injusticias epistémicas).¹⁶ Fricker reconoce la necesidad de desarrollar argumentos generales sobre el estatuto ontológico de los grupos y las instituciones.

Fricker sostiene que el sentido de grupo que resulta relevante para sus fines es el que implica agencia, porque la atribución de vicios o virtudes requiere de agentes y conducta intencional. Afirma, asimismo, que los grupos institucionalizados se puede describir ya sea: 1) como un grupo de individuos; 2) como un colectivo —es decir, un sujeto plural—; o, 3) como una estructura institucional consistente de una estructura formal y procedimental.

A mi juicio su distinción no se sostiene. Una estructura formal y procedimental no es un grupo, es el marco normativo que constriñe/habilita la práctica de individuos y grupos, y como tal, antecede a la acción, tiene diferentes propiedades, entre las que, como afirma la autora, no se encuentra la intencionalidad. Sorprendentemente, la conclusión de Fricker concuerda de manera importante con esta afirmación:

We cannot literally apply concepts of virtue and vice to institutions considered purely procedurally for they do not have any of the features of the normal subjects of virtue and vice: they are not agents, they have no will and so they cannot accrue any credit or discredit of the praise and blame variety. I contend, therefore, that it is only in combination with the individuals and groups whose work realizes an institution's procedures at any given time that the institution may literally be said to exhibit virtues and vices.¹⁷

¹⁶ Miranda Fricker, "Can There be Institutional Virtues?", en *Oxford Studies in Epistemology Vol 3*, ed. Tamar Szabó y John Hawthorne (New York, Oxford: 2010).

¹⁷ *Ibid.*, 25.

Efectivamente, en sentido literal a las instituciones no se les puede atribuir vicios o virtudes, aunque en el habla cotidiana lo hagamos. Afirmar que sólo debe hacerse en combinación con la agencia de individuos o grupos es una respuesta insatisfactoria porque equivale, ya sea a reiterar que son éstos quienes mediante su conducta actualizan vicios o virtudes —como de hecho lo hace Fricker— o a hacer una indeseable confluencia de las propiedades de agentes individuales o colectivos y las de las instituciones, lo que impide una adecuada conceptualización de las propiedades distintivas de los diversos componentes de la realidad social y de las relaciones entre ellos.

Si esto es así, la respuesta a la pregunta sobre si existen virtudes institucionales es no. Las instituciones son más o menos justas, equitativas, eficientes, etc., dependiendo de las estructuras normativas y los procedimientos que establecen, así como de los mecanismos mediante los que aseguran el cumplimiento de éstos por parte de los agentes que forman parte de ellas.

En el caso de la medicina, la complejidad del conjunto de instituciones en las que se producen encuentros entre médicos y pacientes es una fuente de injusticias epistémicas sistemáticas que tienen su origen tanto la estructura jerárquica de las instituciones, en la falta de condiciones adecuadas para la atención en muchos sistemas públicos, hasta en la internalización de la socialización autoritaria que sufren los futuros practicantes.

Este complejo institucional constituye la estructura normativa y procedimental en la que los médicos ejercen su profesión, que, como afirmé antes, ha estado mediada históricamente por las relaciones con el Estado y, más recientemente, por la intervención de otros organismos (como las farmacéuticas y las aseguradoras) que han cobrado cada vez mayor injerencia, haciendo más acuciante el problema de que no son los médicos quienes tienen el control sobre los términos de su trabajo. Esta injerencia ha adquirido tal peso que los estudiosos de la profesión postulan que desde la década de 1980 ésta ha sufrido una importante reestructuración que obedece a las complejas relaciones que se producen entre los diversos agentes con intereses igualmente diversos en la medicina contemporánea.¹⁸

¹⁸ Juan Irigoyen, “La reestructuración de la profesión médica”, *Política y Sociedad*, vol. 48, núm. 2 (2011): 286.

Ignorar estos hechos impide reconocer que el origen de muchas de las injusticias epistémicas que se cometen en la práctica médica se encuentra en complejos procesos meta-intencionales que se extienden en el tiempo y el espacio,¹⁹ y, por tanto, que la posibilidad de su corrección no está más que marginalmente en el ejercicio de una virtud de agentes individuales o colectivos. En todo caso, éstos pueden —dependiendo del poder con el que cuenten— modificar los marcos normativos para hacerlos más justos, procurando (mediante mecanismos institucionales) que los agentes guíen su conducta por éstos *con independencia de si lo hacen con la motivación de realizar una virtud o no*. Esta afirmación abre la puerta al segundo aspecto que quiero desarrollar, el tratamiento que hace Fricker del poder.

Poder, autoridad, influencia

Dado el interés de Fricker por analizar las relaciones epistémicas de sujetos socialmente situados, considera ineludible el tratamiento del poder. En ese sentido es que el primer argumento que desarrolla en su libro es sobre “the nature of social power in general and the particular kind of social power...that I shall call identity power”.²⁰

La autora concibe el poder social como una capacidad relacional: una capacidad de agentes sociales individuales o colectivos ejercida sobre otros agentes sociales en el contexto de un mundo social compartido. A su juicio, la operación de esta capacidad puede ser agentiva o estructural. Siendo así, define el poder social como “a practically socially situated capacity to control other’s actions, where this capacity may be excersized (actively or passively) by particular social agents, or alternatively, it may operate purely structurally”.²¹

La pregunta que suscita inmediatamente esta definición es qué significa *controlar* la acción de otros. A este respecto la autora afirma, en contra de concepciones puramente negativas del poder, que el control no tiene por qué ejercerse en contra de los intereses de quienes son controlados. En ese sentido, la relación médico-paciente constituye un muy

¹⁹ En el tiempo porque la reestructuración de la profesión médica que se ha producido tanto por la mayor influencia que han adquirido otros agentes durante las últimas décadas, como por el paralelo retraimiento del estado de bienestar; en el espacio por la presencia de organismos internacionales e industrias trasnacionales que inciden en la práctica de la medicina.

²⁰ Fricker, *Epistemic Injustice...*, 9.

²¹ *Ibid.*, 13.

buen ejemplo: ambas partes comparten el interés que está en el núcleo de la relación: diagnosticar y tratar adecuadamente la condición que lleva a la paciente a la consulta.

Sin embargo, a diferencia del ejemplo al que recurre Fricker para ilustrar cómo el ejercicio del poder no implica conflicto de intereses —el de la relación profesora-alumna, en la que también hay un interés compartido—, el médico no puede sancionar a la paciente que no sigue sus instrucciones.²² Esta última correrá el riesgo de no recuperar la salud, pero será su decisión (si es que efectivamente es una decisión y no el resultado de constreñimientos sociales, económicos, de tiempo, etc.). En cambio, la profesora sí puede sancionar a la alumna (su rol conlleva derechos y obligaciones diferentes). Esta diferencia me parece muy importante. Tratar indistintamente relaciones que involucran la posibilidad de imponer sanciones y otras que no lo tienen resulta problemático.

Por supuesto, éste es un tema que ha sido ampliamente discutido en las ciencias sociales y políticas. Del artículo más citado en la historia de la ciencia política, *Decisions and non Decisions: An Analytical Framework*, de Peter Bachrach y Morton Baratz (1963), retomo la distinción entre poder, autoridad e influencia que me parece indispensable para comprender las relaciones entre sujetos epistémicos, entre legos y expertos, y la amplia circulación de los saberes de estos últimos en lo Fricker llama la imaginación social.

Aunque no comparto con los autores la condición de que el poder implica un conflicto de intereses (y en este punto estoy de acuerdo con Fricker), concuerdo con ellos en que lo que lo diferencia de la autoridad y la influencia es la posibilidad de aplicar una sanción. Los ejemplos se pueden replicar en muy diversos ámbitos y encajan claramente con nuestro uso cotidiano de la distinción. Pensemos en el caso de personajes históricos cuyo pensamiento ha sido profundamente influyente pero que carecieron de poder. O, para poner un caso muy acuciante, el fracaso de los expertos en el cambio climático —a pesar de su enorme autoridad epistémica— para cambiar los cursos de acción de quienes toman decisiones políticas.

²² Agradezco a Marcia Villanueva el señalamiento de que en el Subsistema de Salud Pública mexicano la imposición de sanciones por parte de los médicos es constante. Sin embargo, habría que reconocer que este hecho constituye una extralimitación de sus derechos, obligaciones y de las normas institucionales. El ejercicio del rol del médico no contempla esas imposiciones. Hacerlo fractura la obligación fiduciaria consustancial a la profesión, viola sus códigos éticos y constituye un abuso de autoridad, que, sin lugar a dudas, es una fuente adicional de vulnerabilidad para los pacientes.

Sucede también cotidianamente que hoy en día el ejercicio del poder se legitima afirmando que las decisiones se fundamentan en el conocimiento experto pertinente, pero entonces quienes ejercen el poder no son los expertos mismos. Éstos —haciendo la excepción obvia de expertos que ocupan puestos de poder— de lo que gozan es de altas cuotas de influencia y autoridad.

La autoridad, afirman Bachar y Baratz, es la cualidad de una comunicación que posee “el potencial de elaboración razonada”. En una situación que involucra autoridad se reconoce que el mandato es razonable en términos de los intereses y valores de aquellos sobre quienes se ejerce:

in a situation involving authority, B complies because he recognizes that the command is reasonable in terms of his own values; in other words B defers to A not because he fears deprivation, but because his decision can be rationalized. It is not essential, however, that A's directive be supported by reasoning; it is sufficient that the potentiality of such reasoning be present and recognized.²³

Esta afirmación empata no sólo con nuestra noción de autoridad epistémica, sino también —a mi juicio— con la posición intermedia entre el inferencialismo y el no-inferencialismo que adopta Fricker en relación a la epistemología del testimonio: la decisión de deferir a la autoridad epistémica del médico tiene el *potencial* de ser racionalizada, pero no siempre lo es; no es producto de un proceso inferencial.²⁴ Como miembros de las sociedades actuales simplemente *percibimos* a los médicos como agentes con una alta competencia epistémica.

La indistinción en el trabajo de Fricker ente poder, autoridad e influencia pasa por alto diferencias importantes. Aunque los tres términos se refieren a capacidades relacionales que tienen efectos sobre las creencias, actitudes y acciones de otros, considerar las formas distintas en que lo hacen resulta imprescindible. En el caso del experto médico es evidente. En la imaginación social, para usar el término de Fricker, los médicos no se nos presentan como actores sociales con poder. Con muchísima autoridad

²³ Peter Bachar y Morton Baratz, “Decisions and Non-Decisions: An Analytical Framework”, *The American Political Science Review*, vol. 57, núm. 3 (1963): 638.

²⁴ Fricker, *Epistemic Injustice...*, 60-85.

e influencia en cambio sí,²⁵ porque efectivamente, en el ejercicio de su profesión y también en la circulación desinstitucionalizada de sus saberes, la medicina tienen la capacidad de cambiar creencias, actitudes y acciones en ámbitos cada vez más amplios de la vida cotidiana de la mayoría de los miembros de las sociedades contemporáneas.

Esta posibilidad la comparten con muchos otros expertos, y desentrañar las maneras en que lo hacen requiere, tanto una concepción adecuada de las características distintivas de la experticia médica, como de las formas en que opera. Fricker tiene razón al afirmar que el poder puede ejercerse de forma agentiva o estructural. Lo mismo aplica para la influencia y la autoridad. No podríamos dar cuenta de la forma tan profunda en que los saberes expertos en general y la medicina en particular participan en la construcción de los ordenamientos sociales contemporáneos sin una consideración adecuada de lo que la autora denomina el nivel estructural de su influencia, es decir, su posibilidad de operar independientemente de que exista un agente específico ejerciéndolas. En el caso de la consulta, en cambio, la interacción y el intercambio testimonial resultan cruciales, y para comprender cómo se desarrollan éstos actualmente, y por qué en la práctica médica se comenten injusticias epistémicas sistemáticas, resulta necesario considerar la evolución del conocimiento médico.

La evolución sociotécnica de la medicina y el testimonio del paciente

En las secciones anteriores desarrollé dimensiones para el análisis de las injusticias epistémicas que a mi juicio resultan imprescindibles para comprender cómo operan en diferentes contextos, como lo son las instituciones, el poder y la autoridad.

En éste me interesa plantear uno que, a pesar de que no está presente en el trabajo de Fricker, abona a la comprensión de la recurrencia de las injusticias testimoniales en la práctica clínica que no se encuentra en los mecanismos analizados por la autora (y que, hasta donde sabemos, guían su proyecto sobre la justicia epistémica en la profesión médica), pero que en cambio echa luz sobre los procesos involucrados en las instituciones productoras de conocimiento médico que explican por qué el intercambio testimonial que

²⁵ La diferencia entre autoridad e influencia radica en que esta última no requiere razones ni explícitas ni potenciales.

se produce en la consulta es tan propicio a que se desestimen las narrativas que los pacientes elaboran sobre sus dolencias.

En su libro *Technological Medicine* (2009), Stanley Reiser relata la manera en que la tecnología ha relegado paulatinamente el testimonio de los pacientes como fuente de evidencia a partir de 1816, año en que se inventó el estetoscopio. A este respecto sostiene que

The rise of the stethoscope and the triumph of auscultation is not only the story of a good idea getting its due: it is also a tale of a transforming relationship. With the transfer of doctor's attention from the words spoken by patients to the sounds produced by their organs, the beginnings of modern therapeutic distancing arrived.²⁶

Si el invento del estetoscopio marcó el inicio de este proceso de distanciamiento, en el transcurso de ese momento hasta hoy se han desarrollado una multitud de tecnologías (imágenes, pruebas de laboratorio, manuales diagnósticos, entre otros) que arrojan datos sobre los cuerpos de las pacientes independientemente de los síntomas que éstas reportan. Datos que, tal y como está normada la práctica hoy, el médico debe priorizar para tomar decisiones. Inclusive los registros que el clínico produce a partir de los testimonios de las pacientes son reelaborados con el fin de convertirse en representaciones médicas —abstractas y estandarizadas— de las experiencias que las pacientes describen.²⁷ De manera que la evolución de las tecnologías biomédicas ha ido de la mano del desplazamiento del testimonio de las pacientes. Es más: la tecnología le dice al médico lo que ellas en muchas ocasiones no podrían, porque no presentan síntomas ni están enfermas —como las millones de personas que forman parte de lo que actualmente se consideran poblaciones en riesgo—, pero las mediciones, visualizaciones, el monitoreo que posibilitan los ensamblajes tecnológicos han cambiado radicalmente nuestras nociones de salud-enfermedad, la relación entre expertos y legos y, por tanto, el lugar de la palabra de estos últimos en la consulta. A este respecto Havi Carel e Ian James afirman que

²⁶ Stanley Reiser, *Technological Medicine* (Cambridge: Cambridge University Press, 2009), 12.

²⁷ Marc Berg, "Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work", *Sociology of Health and Illness*, vol. 18 núm. 4 (1996): 499-524.

the structures of contemporary healthcare practice encourage epistemic injustice because they privilege certain styles of articulating testimonies, certain forms of evidence, and certain ways of presenting and sharing knowledge, e.g., privileging impersonal third-person reports, in ways that structurally disable certain testimonial and hermeneutical activities.²⁸

Concuero con los autores en que las causas de que se comentan injusticias en la práctica médica son estructurales: devienen tanto de los marcos institucionales para la práctica como de la clase de evidencia que se prioriza para la toma de decisiones. Esto, como afirman los autores, no excluye que en muchas ocasiones se le otorgue al testimonio de los pacientes una credibilidad deficitaria en razón de las condiciones emocionales y/o cognitivas asociadas a la vulnerabilidad en que los coloca su condición. Sin embargo, es la evolución del conocimiento médico lo que se coloca en el centro de la marginación del testimonio de los pacientes. Este hecho queda claramente ilustrado considerando la forma como se construye hoy el texto médico, como lo denomina Drew Leder (1990).²⁹ Este se constituye mediante cuatro subtextos que parten de la consideración de la *persona-enferma* con que inicia la consulta:

1. *El texto experiencial.* En este caso el testimonio del paciente ocupa el lugar central. Se trata del recuento que construye con base en sus síntomas. A pesar del lugar prominente que tiene dicho testimonio, este texto, inevitablemente, tiene que ser coproducido por el médico:

the ill's person's hermeneutic insufficiency is...rooted in the structure of human embodiment itself. Most of the biological functions on which one's life and health rest...escape the province of personal consciousness and will...the perceptual text available to me is radically incomplete when it comes to my own physiology...hence the doctor is needed not simply to interpret the text but to bring it into being.³⁰

2. *El texto narrativo* construido por el cuerpo y sus signos, el recuento del paciente y su reelaboración en términos médicos en la historia clínica.

²⁸ Javi Carel e Ian James, "Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis", *Medical Health Care and Philosophy*, vol. 17 (2014): 530. Recuperado de DOI:1007/S11019-014-9560-2

²⁹ Drew Leder, "Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine", *Theoretical Medicine*, Vol 11 (1990): 9-24.

³⁰ *Ibid.*, 13.

3. *El texto físico* resultado de la examinación experta. Éste es un texto no-colaborativo en el que se objetifica el cuerpo del paciente y en el que la mirada médica se construye mediante la aplicación de habilidades clínicas y el uso de herramientas.
4. *El texto instrumental* producto de las tecnologías biomédicas actualmente disponibles. Este texto se independiza tanto del paciente como del médico y reemplaza la imagen perceptual por signos abstractos:

while an X-ray presents an obvious picture of the inner body, an ultrasound, an EKG tracing, blood chemistry results, move progressively away from an image-based text to a set of symbols which demand decoding. The representational form no longer closely corresponds to what is represented [...] it involves calculation, manipulation of figures according to rules.³¹

Esta producción del texto médico con base en formas cada vez estandarizadas, formales y cuantitativas adquiere su última expresión institucional el modelo de la Medicina Basada en Evidencia (MBE), en la que se produce la desestimación no sólo del testimonio de los pacientes, sino inclusive, a que el juicio de los expertos se devalúe.

En el afán de hacer que las intervenciones médicas cuenten con fundamentos cada vez más confiables, en Canadá, en la década de los noventa se propuso el modelo de la MBE, que postula que la práctica se estandarice vía el uso de herramientas para toma de decisiones que jerarquizan la evidencia bajo criterios que pretenden eliminar *bias* y errores privilegiando los datos arrojados por estudios científicos formales en la toma de decisiones clínicas.

³¹ *Ibid.*, 15.

Tabla 1. Tipos de estudio o investigación nivel de evidencia

Metaanálisis, guías clínicas y revisiones	1
Ensayos controlados aleatorizados	2
Estudios de cohorte	3
Casos y controles, casos únicos, Estudios correlacionales/transversales	4
Opinión de expertos	5

Fuente: Edgar Landa Ramírez, Aime Edith Martínez Basurto y Juan José Sánchez Sosa, “Medicina Basada en Evidencia y su importancia en la medicina conductual”, *Psicología y Salud*, vol. 23 núm. 2 (jul-dic, 2013).

Como muestra el cuadro, este modelo no otorga lugar alguno al testimonio de los pacientes, y el saber de los médicos —teórico y experiencial— se reduce a una opinión. A pesar de que quienes propugnan por la adopción del modelo insisten en que éste no desestima el conocimiento tácito y corporeizado derivado de la experiencia clínica ni los valores y preferencias de los pacientes, existe evidencia de que su adopción sí ha tenido estas consecuencias.³² Entre otras razones, es por eso que desde que se propuso, la comunidad médica se ha dividido entre quienes consideran la MBE una vía imprescindible para mejorar la práctica y quienes por el contrario sostienen que conduce a una mayor deshumanización de la medicina.³³

En ese sentido, por ejemplo, en 2014 en la *Gaceta Médica de México* se publicó un texto que —retomando una editorial británica— reflexiona sobre la crisis de la MBE y afirma que ésta ha dado lugar al surgimiento de la *Real Evidence Based Medicine*:

que considera la prioridad del paciente, la necesidad de que la evidencia individualizada tenga un formato que tanto clínicos como pacientes entiendan, que lo que se aplique sea un juicio experto y no tan sólo el seguimiento de ciertas reglas, que las decisiones se compartan con los pacientes mediante conversaciones comprensibles y que se constituyan relaciones médico-pacientes más sólidas.³⁴

³² Katrina Hutchinson y W. A. Rogers, “Challenging the epistemological foundations of EBM: What Kind of Knowledge Does Clinical Practice Require?”, *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, vol. 18 (2012).

³³ Entre las críticas que se han elaborado en torno a la MBE se encuentran las dificultades para su implementación, así como otras de carácter epistémico relacionadas con el problema que implica tomar decisiones para la atención de individuos con base en datos estadísticos, así como respecto al diseño y validez de los ensayos aleatorizados.

³⁴ Alberto Lifshitz, “La crisis de la medicina basada en evidencia”, *Gaceta Médica de México*, vol. 150 (2014): 150.

En términos del problema de las injusticias epistémicas en la práctica clínica, las discusiones sobre la evolución de la MBE muestran que la marginación de los testimonios de los pacientes está estrechamente vinculada con el desarrollo de las tecnologías médicas y con las concepciones de evidencia que han coevolucionado con ellas, así como que el reciente llamado a revalorar tanto el conocimiento de los médicos como la experiencia de los pacientes se hace en términos de *cambios institucionales* (que otorguen un lugar pertinente al testimonio de los pacientes) y *epistémicos* (revalorando el juicio experto). En estos cambios radica la posibilidad de recuperar estas dimensiones, y frente a ellos, el ejercicio de virtudes por parte de los médicos como vía para corregir las injusticias se presenta como algo siempre deseable, pero por demás insuficiente.

A manera de conclusión

El trabajo de Miranda Fricker ha abierto un camino que la filosofía analítica tradicionalmente ha descuidado: el análisis de las injusticias que sufren individuos y/o grupos en su calidad de sujetos epistémicos, y en vista de su interés en las prácticas reales de agentes socialmente situados que dan lugar a dichas injusticias, adopta un naturalismo indispensable para el logro de sus objetivos. Siendo así, su trabajo filosófico no puede más que enriquecerse con las aportaciones de las ciencias empíricas que comparten el interés por la investigación de los procesos sociales mediante los que se genera, valida y distribuye el conocimiento.

Mi pretensión ha sido ahondar en nociones centrales para la comprensión de los procesos involucrados en la recurrencia de las injusticias testimoniales en un ámbito que hoy es objeto de un proyecto encabezado por la autora en el que la ocurrencia de injusticias es sistemática, y en el que una de las partes involucradas en el intercambio testimonial se encuentra en situaciones de vulnerabilidad asociadas a las muy diversas condiciones que son motivo del encuentro. Sostengo que atribuir la ocurrencia sistemática de injusticias epistémicas en la práctica clínica a prejuicios identitarios haciendo abstracción de las condiciones institucionales y de la evolución tecnológica de la medicina equivale a no naturalizar plenamente la relación entre médicos y pacientes, y

en última instancia, a cometer una injusticia epistémica consistente en ignorar los acervos de conocimiento científico social que abonan a la comprensión de dimensiones involucradas en la producción, circulación y justificación del conocimiento experto en las sociedades contemporáneas, y los efectos que estos procesos tienen en la producción de ordenamientos sociales y agencias individuales y/o colectivas.

A mi juicio, en el proceso de naturalización de la epistemología, la relación entre esta y las ciencias cognitivas ha avanzado mucho más que aquella entre la epistemología social y las ciencias sociales. Cuando la epistemología social se vuelca al análisis de las injusticias y vulnerabilidades a que están sujetos los agentes sociales situados en relaciones de autoridad y poder, la colaboración con las ciencias empíricas de lo social resulta imprescindible. Queda ahí un largo camino por recorrer.

Bibliografía

- Bachrar, Peter, y Morton Baratz. “Decisions and Non-Decisions: An Analytical Framework”. *The American Political Science Review*, vol. 57, núm. 3 (1963): 632-642.
- Berg, Marc. “Practices of Reading and Writing: The Constitutive Role of the Patient Record in Medical Work”, *Sociology of Health and Illness*, vol. 18, núm. 4 (1996): 499-524.
- Carel, Javi, e Ian James. “Epistemic Injustice in Healthcare: A Philosophical Analysis”. *Medical Health Care and Philosophy*, vol. 17 (2014): 529-540. Recuperado de DOI:1007/S11019-014-9560-2
- Chamberlain, John. *The Sociology of Medical Regulation*. Nueva York: Springer, 2013.
- Claridge, J. A., y Timothy C. Fabian. “History and Development of Evidence-Based Medicine”. *World Journal of Surgery*, vol. 29, núm. 5 (2005): 547-553. Redactado de DOI:10.1007/s00268-005-7901.
- Cockerham, William C. (ed.) *Medical Sociology on the Move. New Directions in Theory*. Dordrecht: Springer, 2013.

- Dieleman, Susan. "An Interview with Miranda Fricker". *Social Epistemology*, vol. 26, núm. 2 (2012): 253-261. DOI: 10.1080/02691728.2011.652216
- Goldman, Alvin I. "Experts: Which Ones Should You Trust?". *Philosophy and Phenomenological Research*, vol. LXXX, núm. 1 (2001): 85-110.
- Fricker, Miranda. "Rational Authority and Social Power: Towards a Truly Social Epistemology". *Proceedings of the Aristotelian Society*, vol. 98 (1998): 159-177.
- Fricker, Miranda. "Testimony and Epistemic Autonomy". En *The Epistemology of Testimony*, Jennyfer Lackey y Ernest Sosa, eds. New York: Oxford, 2006.
- Fricker, Miranda. *Epistemic Injustice: Power & the Ethics of Knowing*. Oxford: Oxford University Press, 2007.
- Fricker, Miranda. "Can There be Institutional Virtues?". En *Oxford Studies in Epistemology Vol. 3*, Tamar Szabó y John Hawthorne, eds. Nueva York: Oxford, 2010.
- Fricker, Miranda. "Replies to Alcoff, Goldber and Hookway". *Episteme*, vol 7, núm. 2 (2010): 164-178. Recuperado de DOI: 10.3366/E174223600100000894
- Hutchinson, Katrina, y W. A. Rogers. "Challenging the Epistemological Foundations of EBM: What Kind of Knowledge Does Clinical Practice Require?". *Journal of Evaluation of Clinical Practice*, vol. 18 (2012): 984-991.
- Irigoyen, Juan. "La reestructuración de la profesión médica". *Política y Sociedad*, vol. 48, núm. 2 (2011): 277-293.
- Landa Ramírez, Edgar, Aime Edith Martínez Basurto y Juan José Sánchez Sosa. "Medicina Basada en Evidencia y su importancia en la medicina conductual". *Psicología y Salud*, vol. 23 núm. 2 (jul-dic, 2013): 273-282.
- Leder, Drew. "Clinical Interpretation: The Hermeneutics of Medicine". *Theoretical Medicine*, vol. 11 (1990): 9-24.
- Lifshitz, Alberto. "La crisis de la Medicina Basada en Evidencia". *Gaceta Médica de México*, vol. 150 (2014): 393-394.
- Murguía, Adriana, Teresa Ordorika y León F. Lendo. "El estudio de los procesos de medicalización en América Latina". *Manguinhos. História, Ciências, Saúde*, vol. 23, núm. 3 (2016): 635-651. Recuperado de DOI:10.1590/S01104-59702016005000009.

Parsons, Talcott. “The Sick Role and the Role of the Physician Reconsidered”. *Health and Society*, vol. 5, núm. 3 (1975): 257-278.

Pescosolido, Bernice. “Theories and the Rise and Fall of the Medical Profession”. En *Medical Sociology on the Move*, William C. Cockerham, ed. New Directions in Theory. Dordrecht: Springer, 2013.

Reiser, Stanley, *Technological Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009.